

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'EXPÉRIENCE DE FORMATION VÉCUE PAR DES INTERNES
EN SERVICES ÉDUCATIFS
OFFERTS EN MILIEU PÉDIATRIQUE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION (3701)

PAR
MANON CHAMPAGNE

JANVIER 2003

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de cette recherche et il est particulièrement important pour moi de les en remercier.

Pour leur soutien financier, qui m'a permis de poursuivre mes études de maîtrise avec moins de soucis en tête, merci à Dr Suzanne Véronneau-Troutman, à la Fondation Desjardins ainsi qu'au Syndicat des professeures et professeurs de l'Université du Québec à Montréal.

Pour leur participation enthousiaste et leur collaboration à la réalisation de cette recherche, merci à mes collègues de travail.

Pour leur générosité, leur enthousiasme et leur désir d'apprendre, merci aux deux internes qui ont participé à l'implantation du programme d'internat et qui ont accepté de se plier aux exigences reliées au plan de cette recherche.

Pour avoir été un guide exceptionnel, alors que j'accomplissais mes premiers pas dans le monde de la recherche, merci à Louise Gaudreau, ma directrice de maîtrise.

Pour leur soutien moral, leur affection et leurs encouragements répétés, merci aux membres de ma famille d'origine, de ma belle-famille ainsi qu'à Michel, mon conjoint, et à nos trois beaux adolescents, Simon, Benoit et Martin.

*À la mémoire de Kathie, qui est décédée
au moment où la rédaction de ce mémoire
s'achevait. Elle a été non seulement
l'instigatrice de cette recherche, mais
un mentor incomparable, toujours prête
à écouter, à soutenir, à partager ses
nombreuses connaissances et à
encourager. Merci Kathie...*

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE	3
1.1 La profession d'éducatrice en milieu pédiatrique	5
1.2 Évolution récente de la profession	5
1.3 La formation pratique en internat	7
1.4 Questions et objectifs de recherche	8
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE	10
2.1 Définitions	10
2.2 Les principaux fondements théoriques et les pratiques de formation dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique	12
2.2.1 Théories en formation pratique d'intervenantes dans les milieux de l'éducation et de la santé	12
2.2.2 Modèle d'apprentissage expérientiel utilisé dans l'élaboration et l'implantation du programme d'internat	14
2.2.3 Stratégies d'enseignement et d'apprentissage utilisées dans le programme de formation conçu pour la présente recherche	19
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE	21
3.1 Caractéristiques du milieu, des services éducatifs et des deux internes	23
3.2 Première phase de la démarche générale de recherche : développement du programme	23
3.2.1 Focus groups	24
3.2.2 La conception du programme d'internat	26

3.3	Deuxième phase de la démarche générale de recherche : expérience de formation professionnelle vécue par les deux internes	34
3.3.1	Entretiens individuels	34
3.3.2	Tests de connaissances et d'attitudes	37
3.3.3	Liste de vérification	42
3.3.4	Journal de bord	43
3.3.5	Entretien de groupe	44
3.3.6	Bilan-synthèse	46
3.4	Aspects déontologiques	46
3.5	Analyse générale en vue de la rédaction des études de cas	47
3.6	Analyse des données en vue de l'identification des composantes essentielles d'un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique	48
CHAPITRE IV		
RÉSULTATS		49
4.1	Le programme	49
4.1.1	Résultats de l'analyse de contenu du premier focus group	49
4.1.2	Résultats de l'analyse de contenu du deuxième focus group	56
4.1.3	Programme d'internat proposé aux deux internes	62
4.2	L'histoire de Diane et de Sara	64
4.2.1	Antécédents et motivations de Diane	64
4.2.2	Trajectoire de formation de Diane	66
4.2.3	Conditions ayant présidé à la formation de Diane	78
4.2.4	Antécédents et motivations de Sara	86
4.2.5	Trajectoire de formation de Sara	88
4.2.6	Conditions ayant présidé à la formation de Sara	101
4.3	Comparaison des expériences de Diane et Sara	107
4.3.1	Antécédents et motivations des internes	107
4.3.2	Trajectoires de formation des internes	107
4.3.3	Conditions ayant présidé à la formation des deux internes	110
4.4	Composantes essentielles d'un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique	113
4.4.1	L'expérience d'internat selon le personnel des services éducatifs	113
4.4.2	Identification des composantes essentielles d'un programme d'internat selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs	117

CHAPITRE V	
DISCUSSION	128
5.1 Des préalables importants	130
5.2 Trajectoires de formation des internes	131
5.2.1 Confrontation entre les trajectoires de formation des internes et le modèle de Kolb (1984)	135
5.2.2 Auto-évaluation et évaluation	138
5.3 Difficultés et succès rencontrés par les internes et par l'équipe des services éducatifs	139
5.3.1 Ajouts aux responsabilités de la superviseure et des accompagnatrices	141
5.4 Limites et forces méthodologiques	143
CONCLUSION	145
APPENDICE A	
INSTRUMENT POUR LE PREMIER FOCUS GROUP	148
APPENDICE B	
INSTRUMENT POUR LE DEUXIÈME FOCUS GROUP	150
APPENDICE C	
ÉLÉMENTS DE CONTENU RELEVÉS DANS TROIS LIVRES DE BASE	152
APPENDICE D	
COMPÉTENCES DE L'ÉDUCATEUR EN MILIEU PÉDIATRIQUE	155
APPENDICE E	
SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS DE CONTENU DES COMPÉTENCES ÉTABLIES PAR LE CHILD LIFE COUNCIL (1994)	161
APPENDICE F	
SYNTHÈSE DE QUATRE PROGRAMMES D'INTERNAT	164
APPENDICE G	
COMPÉTENCES DE L'ÉDUCATEUR EN MILIEU PÉDIATRIQUE APRÈS RÉVISION	174
APPENDICE H	
PROGRAMME D'INTERNAT EN SERVICES ÉDUCATIFS	182
APPENDICE I	
GRILLE POUR LE PREMIER ENTRETEN INDIVIDUEL AUPRÈS DES INTERNES	232
APPENDICE J	
GRILLE POUR LE DEUXIÈME ENTRETEN INDIVIDUEL AUPRÈS DES INTERNES	233
APPENDICE K	
GRILLE D'ENTRETEN DE GROUPE	234
RÉFÉRENCES	235

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure		Page
2.1	Les dimensions structurales sous-jacentes au processus d'apprentissage expérientiel et les types de savoirs qui en résultent	16
Tableau		Page
3.1	Tableau des spécifications de l'examen de certification et du test de pratique	39
4.1	Les objectifs émergeant des résultats du premier focus group	50
4.2	Les éléments de contenu émergeant des résultats du premier focus group	52
4.3	Les activités et méthodes de formation émergeant des résultats du premier focus group	54
4.4	Synthèse du contenu du deuxième focus group	57
4.5	Compilation des objectifs spécifiques originaux, retirés, ajoutés, modifiés et proposés dans le programme d'internat	63
4.6	Résultats de Diane au test de connaissance et aux tests d'attitudes passés en début et en fin d'internat	71
4.7	Résultats de Diane à l'examen de certification	73
4.8	Résultats de Sara au test de connaissance et aux tests d'attitudes passés en début et en fin d'internat	94
4.9	Résultats de Sara à l'examen de certification	96
4.10	Les composantes essentielles d'un programme d'internat selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs	118

RÉSUMÉ

Depuis 1982, année de création du Child Life Council aux États-Unis, les bases de la profession d'éducatrice en milieu pédiatrique ont été jetées de manière officielle. Depuis 1998, la certification professionnelle de ces éducatrices est dépendante de la réussite d'un examen dont la passation doit être précédée de 480 heures de pratique clinique. Cette période d'internat est une étape décisive dans le processus conduisant à la certification. Cependant, il y a un manque de points de repère, de ressources et de moyens en rapport avec l'internat des éducatrices en milieu pédiatrique.

Or, l'objectif général de cette recherche consistait à témoigner de l'expérience de formation de deux internes dans le domaine des services éducatifs en milieu hospitalier pédiatrique. Deux études de cas ont été réalisées et deux groupes de répondants ont participé à cette recherche : les membres du personnel des services éducatifs d'un milieu hospitalier pédiatrique et deux internes accueillies dans ce milieu. La première phase de la recherche a permis d'analyser les besoins de formation et d'élaborer un programme d'internat. Pour ce faire, les techniques retenues ont été l'analyse de contenu d'écrits spécialisés et de programmes déjà existants dans le domaine ainsi que deux focus groups auprès du personnel des services éducatifs du milieu hospitalier impliqué.

La deuxième phase de la recherche étudiait l'expérience de formation vécue par les deux internes. La principale technique utilisée était l'entretien individuel, auquel se sont ajoutés un test de connaissances, trois tests d'attitudes, une liste de vérification remplie par chacune des internes, un journal de bord tenu par l'auteure de cette recherche, un entretien de groupe auprès du personnel des services éducatifs et un bilan-synthèse rédigé par chacune des internes.

Les résultats produits par cette recherche sont de trois types : un programme de formation, la trajectoire de formation vécue par les deux internes qui suivaient ce programme et l'identification des composantes essentielles de ce dernier. Le programme de formation, d'une durée de 490 heures réparties sur 14 semaines, peut être offert à une ou quelques internes à la fois. Leur encadrement est assuré par deux accompagnatrices pour chacune des internes et par une superviseure responsable de l'ensemble du groupe. Le but du programme est de former des professionnelles polyvalentes dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique, à partir du développement d'habiletés d'intervention, de travail sur soi et de l'acquisition de connaissances. Son contenu est réparti selon les quatre volets suivants : les soins à l'enfant et à la famille; la supervision et la formation de bénévoles, étudiants et professionnels; l'administration d'un programme de services éducatifs et le développement de l'identité professionnelle. Ses activités sont principalement sélectionnées et organisées selon le modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb (1984). Elles comprennent, entre autres, une semaine d'orientation au milieu hospitalier et aux services éducatifs; deux rotations, dont l'une en services ambulatoires et l'autre, dans les unités de soins; des lectures; des rencontres

de supervision en petit groupe; des présentations orales d'études de cas et d'un article de périodique; la création d'un projet; divers travaux écrits dont des faits d'observation et des réflexions. Une évaluation formative permet un suivi rigoureux des apprentissages.

Les résultats des études de cas montrent qu'en suivant ce programme, les internes ont vécu des expériences de formation principalement positives et qu'elles ont pu acquérir des connaissances et développer des habiletés d'intervention et des attitudes leur permettant d'atteindre leurs buts : devenir des éducatrices certifiées et entreprendre une carrière dans le domaine. Enfin, les résultats montrent aussi que les composantes essentielles du programme sont les suivantes : au plan de la structure générale, il s'agirait de la planification détaillée du programme, du recours à un modèle d'apprentissage favorisant le développement de la pensée réflexive et d'une progression permettant l'atteinte, à chaque semaine, d'un certain nombre d'objectifs regroupés en fonction d'un aspect particulier du rôle de l'éducatrice en milieu hospitalier pédiatrique. Quant aux objectifs primordiaux de ce programme, ils concerneraient l'intervention auprès des patients et des familles et le développement de l'identité professionnelle. De façon plus particulière, les objectifs considérés essentiels se rapporteraient aux soins centrés sur la famille, à la compétence multiculturelle, aux stratégies de gestion du stress et de la douleur ainsi qu'à la communication auprès des familles et des professionnels. En rapport avec le développement professionnel, trois axes prioritaires ont été identifiés : l'historique des services éducatifs, la connaissance approfondie du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique et la connaissance de soi. En ce qui concerne les activités de formation, les suivantes ont semblé particulièrement formatrices : la semaine d'orientation, les rotations en services ambulatoires et dans les unités de soins, l'observation des éducatrices, les supervisions hebdomadaires en petit groupe, la participation à des rencontres multidisciplinaires, les lectures, les travaux écrits, l'écriture aux dossiers, et, finalement, l'auto-évaluation et l'évaluation du développement des compétences.

ÉDUCATRICE; MILIEU HOSPITALIER; PÉDIATRIE; PÉDIATRIQUE; INTERNAT;
STAGE; FORMATION PRATIQUE

du programme d'internat auquel les deux internes ont participé. Il s'agit d'un programme adapté aux besoins des internes et du milieu de formation et répondant aux exigences du Child Life Council en matière de certification. Les études de cas permettront de révéler la trajectoire de formation vécue au sein de ce programme original.

INTRODUCTION

Depuis 1982, année de création du Child Life Council aux États-Unis, les bases de la profession d'éducatrice en milieu pédiatrique¹ ont été jetées de manière officielle (Rubin, 1992). L'étude de la formation de ces éducatrices² constitue le thème de cette recherche portant plus spécifiquement sur la formation des internes dans ce domaine.

Les services éducatifs³ en milieu pédiatrique visent les deux objectifs suivants : aider les enfants et adolescents à faire face aux stress et à l'anxiété reliés à une condition médicale et / ou à l'environnement pédiatrique ainsi que promouvoir un développement optimal chez ces enfants et adolescents pendant leur(s) séjour(s) en milieu pédiatrique (Thompson et Stanford, 1981; Child Life Council, 1994). En 2000, l'American Academy of Pediatrics recommandait que de tels services soient offerts dans les hôpitaux fréquentés par des enfants et adolescents. Selon cette organisation, «Les programmes de services éducatifs sont devenus la norme dans les milieux pédiatriques majeurs afin de répondre aux besoins psychosociaux reliés à l'hospitalisation et autres expériences de soins de santé⁴» (p. 1).

L'objectif général de cette recherche consiste à témoigner de l'expérience de formation professionnelle de deux internes dans le domaine des services éducatifs en milieu hospitalier pédiatrique. Pour atteindre cet objectif, deux études de cas ont été réalisées. Elles seront présentées plus loin, suite à une mise en contexte faisant état de l'élaboration et du contenu

¹ Traduction libre de Child Life Specialist.

² Le genre féminin est utilisé comme générique dans ce document dans le but d'éviter d'alourdir le texte.

³ L'expression «services éducatifs» est ici utilisée comme traduction de Child Life Services et ne fait donc pas référence à la définition habituelle qui en est donnée dans les milieux scolaires.

⁴ Child Life programs have become the standard in large pediatric settings to address the psychosocial concerns that accompany hospitalization and other health care experiences. (American Academy of Pediatrics, 2000, p.1156)

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

La douzième édition du répertoire des programmes de services éducatifs publié par le Child Life Council (2001a) rapporte qu'il existe approximativement 400 programmes aux États-Unis et au Canada, dont 40 au Canada et trois au Québec. De ce nombre, 224 programmes accueillent des internes. Le nombre de programmes offrant l'internat peut paraître assez élevé. Cependant, le nombre d'étudiantes qui suivent la formation et travaillent ensuite dans le domaine est relativement faible. La principale raison en est que peu d'éducatrices sont simultanément à l'emploi d'un même milieu hospitalier. De plus, ces programmes sont donnés en mode d'internat individualisé et non à de grands groupes à la fois. Par exemple, dans le milieu hospitalier où cette étude a eu lieu, seulement deux personnes ont suivi le programme de formation offert en 2001-2002.

Dans l'édition d'été 2000 du bulletin publié par le Child Life Council, il est mentionné qu'en date du mois de mai 2000, 6,4 % des 1855 membres provenaient de l'extérieur des États-Unis, soit 98 du Canada, 4 du Japon et de la Nouvelle-Zélande, 2 des Philippines ainsi qu'un membre provenant de chacun des pays suivants : Australie, Finlande, France, Allemagne, Israël, Koweït, Mexique, Singapour, Suisse et Royaume-Uni (Brouse, 2000). Il est à souligner qu'une association très bien organisée et procédant à la formation et à la certification des éducatrices en milieu pédiatrique existe au Royaume-Uni, l'Hospital Play Staff Education Trust (Barnes, 2000). Par ailleurs, en Suède, il s'agit d'une obligation légale de fournir des services éducatifs dans les hôpitaux pédiatriques (Hall et Cleary, 1988). Dans les pays francophones de l'Europe, le rôle de l'éducatrice est moins répandu et, la plupart du temps, il est limité à la normalisation du milieu pédiatrique, soit à la mise en place de conditions de vie les plus normales possibles pour les enfants et adolescents (ex. : maintien

des routines, animation d'activités récréatives et de jeu) (Algarra et Decelle, 1981; Seilleur-Pazard, 1983; Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants [APACHE], 1992; Réhel, 1994).

Selon Harvey (1984), plusieurs connaissances et habiletés sont nécessaires à l'exercice satisfaisant de la profession d'éducatrice en milieu pédiatrique, parmi lesquelles la capacité à entrer rapidement en relation avec les enfants et les familles; une grande flexibilité; la capacité à travailler avec des enfants dont l'âge peut varier de quelques jours à dix-huit ans et dont les conditions médicales, les capacités intellectuelles et les milieux culturels diffèrent grandement; la connaissance d'un répertoire d'activités pouvant s'adapter à toutes les limitations dont les enfants hospitalisés peuvent faire l'expérience; une compréhension des effets du stress chez l'enfant et sa famille; assez de sensibilité et de maturité pour côtoyer quotidiennement la souffrance et, parfois, la mort.

Or, un écart important apparaît entre le discours sur la professionnalisation des éducatrices en milieu clinique pédiatrique et les ressources disponibles pour leur formation en internat. En effet, il y a un manque de points de repère et de moyens en rapport avec l'internat des futures éducatrices en milieu pédiatrique. Pourtant, il s'agit d'une étape cruciale de leur formation professionnelle qui aura des répercussions directes sur la qualité des services qu'elles offriront aux enfants, aux adolescents et aux familles ainsi que sur la qualité de leurs relations avec les autres professionnels de la santé.

La question de la formation et de la supervision des internes n'est pas nouvelle au sein du Child Life Council (Brown, 1982; Jessee, 1990), mais un nouveau mode de certification¹ par examen, institué en 1998, l'a fait resurgir de plus belle (Jessee, 1999; Reilly et Brooks, 2000). Afin de mieux situer et définir cette question, voici un bref historique du mouvement des services éducatifs, qui sera complété par la description de l'évolution récente de la profession et par un exposé des principales préoccupations ayant trait à la formation des internes. Cet exposé sera suivi de la question, des sous-questions et des objectifs spécifiques de cette recherche.

¹ Selon le Child Life Council (2000), la certification favorise l'uniformité et l'amélioration des normes de pratique et d'éthique en même temps qu'elle rehausse le statut et la crédibilité de la profession. Elle valide la connaissance professionnelle et procure un sens de fierté et d'accomplissement professionnels.

1.1 La profession d'éducatrice en milieu pédiatrique

La profession d'éducatrice en milieu pédiatrique est relativement jeune. Elle a d'abord fait timidement son apparition sous les traits des «Play Ladies» dans les années 1930 et 1940. Mais, suite aux travaux d'un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels René Spitz, John Bowlby, James Robertson et Anna Freud, qui soulevaient le voile sur les conséquences désastreuses de l'hospitalisation des enfants, le mouvement s'est développé sur des bases théoriques plus solides (Thompson et Stanford, 1981; Child Life Council, 1997). Des programmes, reconnus aujourd'hui comme les véritables précurseurs des services éducatifs actuels, sont apparus presque simultanément aux États-Unis, en 1957, à Cleveland (Rubin, 1992) et à Londres, en Angleterre, en 1963 (Lansdown, 1996).

Plusieurs dates significatives jalonnent le développement de la profession sur le continent nord-américain, dont les deux suivantes : en 1982, établissement d'une association professionnelle (Child Life Council) et, en 1986, ratification des premières normes de la pratique clinique et création de la commission de certification (Child Life Certifying Commission). Cette commission était la seule habilitée à décerner le titre de «Certified Child Life Specialist», après un examen attentif des dossiers scolaires et professionnels des candidates qui en faisaient la demande (Rubin, 1992).

Un sondage effectué en 1990 auprès de représentantes de 205 programmes de services éducatifs en milieu pédiatrique révélait que 33 % des membres de ces services avaient une formation initiale dans le domaine («child life»), mais 27 % en développement de l'enfant, 13 % en éducation, 12 % en «therapeutic recreation» et 15 % dans d'autres domaines. De ce nombre, 57 % possédaient un baccalauréat et 43 %, une maîtrise (Snow et Triebenbacher, 1996). Un autre sondage (Nowakowski et Wallinga, 1993) faisait état de l'existence de 29 programmes universitaires dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique («child life»), dont un localisé au Canada, à l'Université McMaster (Hamilton, Ontario).

1.2 Évolution récente de la profession

Plusieurs transformations ont touché le domaine de la santé ces dernières années et elles ont affecté la manière dont les éducatrices en milieu pédiatrique perçoivent et jouent leur rôle (Bolig, 1990). D'abord, la présence des parents à l'hôpital et leur participation aux soins de leurs enfants sont désormais la règle. De plus, bien que la condition médicale de la majorité

des patients soit devenue de plus en plus complexe, la fréquence et la durée des hospitalisations ont décliné. Le virage ambulatoire a touché la population pédiatrique au même titre que la population adulte et les patients sont désormais beaucoup plus nombreux à être suivis dans les services ambulatoires et à vivre des chirurgies d'un jour. Ces différents facteurs ont mené à l'apparition, au sein de plusieurs services éducatifs, d'un modèle de pratique professionnelle basé sur des théories des approches cognitives et axé sur la préparation psychologique des enfants aux interventions médicales et chirurgicales (par exemple, Gaynard *et al.*, 1990). Ce modèle, dans bien des cas, a relégué au second plan le modèle traditionnel basé sur les théories du développement de l'enfant et axé sur les programmes de jeu spontané et non dirigé en salle de jeu (Bolig, 1990).

En plus de ce changement de «culture professionnelle», la vague de rationalisation des services qui a touché les services de santé aux États-Unis (Devries *et al.*, 1998) et au Canada a également affecté la profession (Snow et Triebenbacher, 1996). Déjà, depuis quelques années, des voix s'élevaient, soulignant l'importance de l'évaluation des programmes et du contrôle de la qualité pour les services éducatifs (Thompson, 1981; Skalko, 1984). De plus en plus, les services éducatifs auront à rendre des comptes sur l'efficacité et l'efficacité de leurs programmes (Hochstadt et Bowditch, 1987). Ces changements structurels dans les milieux de soins de santé ont amené le Child Life Council à vouloir élargir l'horizon professionnel de ses membres et à redéfinir les milieux de pratique potentiels : centres de soins dentaires, cliniques pédiatriques indépendantes, hospices, maisons pour femmes violentées, centres funéraires (McCue, 1995).

L'apparition de nouvelles technologies de l'information et de la communication, et plus particulièrement la création d'un site Web par le Child Life Council, a provoqué une augmentation du nombre de membres provenant de l'extérieur du continent nord-américain. Il est raisonnable de penser que ce phénomène ira en s'accroissant. Cependant, ce mouvement d'ouverture sur le monde du Child Life Council est compromis par le fait que très peu de matériel en français soit disponible dans le domaine des services éducatifs.

Plusieurs des actions posées par le Child Life Council ces dernières années ont contribué au processus de professionnalisation des éducatrices en milieu pédiatrique, processus qui n'est pas sans rappeler celui qui touche le monde de l'enseignement (Raymond et Lenoir, 1998; Anadón, 1999; Gohier *et al.*, 1999). Selon Karsenti et Savoie-Zajc (2000), la

professionnalisation est le «Processus et cheminement d'un groupe de professionnels visant une certaine légitimité et un certain statut dans la société. Ce processus se caractérise par un ensemble de démarches et par des contenus orientés vers le développement des compétences requises pour l'exercice du métier» (p. 311).

Ainsi, en lien avec l'aspect de la légitimité et du statut social de la profession, une semaine de reconnaissance des éducatrices en milieu pédiatrique sera instaurée à partir de 2001 (Palm, 2000). Dans le cadre de cette recherche, cependant, c'est le deuxième aspect du processus de professionnalisation qui est déterminant, soit l'aspect relatif au développement des compétences. En effet, parmi les démarches entreprises à ce titre par le Child Life Council, ces dernières années, deux décisions ont eu et continuent à avoir une influence considérable sur la formation des internes. Ainsi, depuis 1998, la certification professionnelle est dépendante de la réussite d'un examen. De plus, la passation de cet examen doit être obligatoirement précédée d'une ou de quelques expériences de pratique clinique totalisant un minimum de 480 heures effectuées sous la supervision d'éducatrices certifiées (Child Life Council, 2000). L'internat des futures éducatrices est donc devenu une étape particulièrement décisive dans le processus conduisant à la certification professionnelle.

1.3 La formation pratique en internat

Une analyse de contenu de 48 messages échangés sur le forum de discussion du Child Life Council par 36 participants (22 éducatrices, 5 étudiantes, 3 professeures en «child life» et 6 personnes non identifiées), entre le 23 septembre 1999 et le 6 juillet 2000 (dont 35 messages entre le 23 septembre et le 3 octobre 1999), montre quelques-unes des préoccupations des membres en rapport avec la formation initiale et pratique des éducatrices. Voici les principales préoccupations relevées : le besoin de normes plus précises en rapport avec l'internat, le manque de connaissances et d'habiletés des éducatrices en exercice en rapport avec la supervision des internes et l'importance pour chaque milieu d'identifier ses propres capacités à offrir des expériences d'internat de qualité avant d'accueillir des internes. Par ailleurs, toujours à l'intérieur de ce forum de discussion s'est tenu un débat passionné entre les tenants d'une formation initiale obligatoire en «child life» et les partisans d'une formation initiale dans un domaine connexe (éducation, développement de l'enfant, «therapeutic recreation», etc.).

Ces préoccupations saisies sur le Web rejoignent des inquiétudes déjà exprimées dans le domaine. Ainsi, les difficultés reliées à la formation et à la supervision des étudiantes stagiaires avaient été éloquemment décrites par Brown (1982), Klein, Applebaum et Breiner (1983) et Kingson (1984). Il serait faux de prétendre que ces préoccupations n'ont pas été entendues. Ainsi, en 1992, des normes générales ont été fixées pour les programmes d'études et plus particulièrement pour les stages (Child Life Council, 1994). Ces normes ont été révisées en 2001 (Child Life Council, 2001b).

Cependant, la formation des étudiantes à l'intérieur de programmes de stage ou d'internat n'a apparemment pas fait l'objet de recherche. En effet, aucune recherche portant sur la formation des étudiantes dans le domaine des services éducatifs n'est répertoriée dans les bases de données consultées², ni dans la littérature consacrée à la recherche dans ce domaine (Thompson, 1985). Parmi les rares études répertoriées, celle de Watkins-Giles et Bradbard (1987) visait à observer les interactions entre des enfants, des internes, des parents et des membres du personnel, en présence et en l'absence des internes, mais le but de cette recherche n'était pas en lien avec la formation des internes.

Lors des conférences professionnelles annuelles du Child Life Council, ces dernières années, quelques présentations avaient un lien avec le thème des programmes d'internat (Cantore et Daigneau, 1997; Ash et Goldberger, 1999; Fingerhut et Bright, 1999; White et Brechwald, 2000). Cependant, aucune ne faisait état de résultats de recherche relatifs à la formation des internes. Finalement, aucun projet de recherche sur la formation des étudiantes dans les services éducatifs en milieu pédiatrique n'a été porté à la connaissance du Child Life Council, selon sa directrice interrogée en juillet 2000. Cette recherche-ci s'avère donc très pertinente dans le domaine.

1.4 Questions et objectifs de recherche

Dans le but d'enrichir les connaissances sur la formation pratique des étudiantes dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique, l'objectif général de cette recherche consiste à témoigner de l'expérience de formation professionnelle de deux internes, et plus

² CBCA Fulltext Education (1976- Novembre 2001); ERIC (1982-Septembre 2001); MEDLINE (1985-Novembre 2001); PsycINFO (1967 à Novembre 2001), incluant tous les numéros de la revue *Children's Health Care* parus à partir de 1981.

particulièrement d'internes n'ayant pas de formation initiale dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique.

Deux études de cas permettent de répondre à la question suivante.

Lorsqu'une formation initiale dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique n'a pas été préalablement reçue, comment se vit l'expérience de formation professionnelle dans le cadre de l'internat offert par une équipe de services éducatifs d'un hôpital montréalais pour enfants?

Cette question de recherche se prête à un découpage en deux sous-questions, l'une sur ce que vivent les internes et l'autre, sur le programme qui suscite ce vécu. Ces sous-questions sont les suivantes.

1. Quel est le vécu de deux internes quant aux apprentissages effectués pendant l'internat et face aux conditions de formation mises en places dans le cadre du programme d'internat?
2. Quelles composantes sont essentielles dans un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique lorsque les internes ne possèdent pas de formation initiale dans le domaine immédiat?

Les principaux objectifs spécifiques de cette étude consistent donc à : 1) établir l'expérience de formation professionnelle telle que vécue par deux internes dans le cadre d'un programme d'internat offert par les services éducatifs d'un hôpital pédiatrique et 2) identifier les composantes jugées essentielles à cette formation.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

Cette recherche s'inspire de certaines théories reliées à la formation pratique d'intervenantes en santé et en éducation et plus particulièrement d'un modèle d'apprentissage expérientiel; ce modèle a servi de référent théorique lors d'une des phases de cette recherche, soit celle de l'élaboration du programme d'internat. Mais avant de décrire les éléments de ce cadre de référence, il convient d'abord d'explicitier les principaux concepts impliqués dans cette recherche, soit ceux d'internat, de formation professionnelle et de conditions de formation.

2.1 Définitions

Selon Legendre (1993), l'internat est une «Période relativement longue durant laquelle une personne en formation exerce une pratique supervisée dans le cadre d'une profession» (p. 754). Selon Simmons et Haggarty (1980, cités par Premont, 1990), les internats, malgré leur diversité, ont trois caractéristiques en commun. Premièrement, la plupart se déroulent à l'intérieur de quelques mois à quelques années. Deuxièmement, les internats offrent aux étudiants l'opportunité d'observer et de travailler dans des situations réelles de travail par opposition à des situations de simulation. Troisièmement, l'internat représente une expérience d'apprentissage par la pratique de certaines activités («learning by doing»).

Quelques particularités de l'internat peuvent être dégagées des deux définitions précédentes : la durée (l'internat doit être assez long), le destinataire (un étudiant, une personne en formation), le type de formation (axée sur la pratique) et le contexte (un milieu de travail). Legendre ajoute qu'il s'agit d'une activité reliée à l'exercice d'une profession et que cette activité doit être supervisée. Toutes les particularités précédemment

énumérées, sauf la durée, sont comprises dans la définition suivante du concept d'internat, proposée par le Child Life Council (2001b, p. 3).

Expérience pratique pour les individus qui planifient de poursuivre une carrière dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique. Procure à l'étudiant l'occasion d'exploiter les connaissances acquises dans ses cours et de mettre la théorie en pratique en travaillant dans une variété d'hôpitaux et de milieux connexes sous la direction d'un éducateur certifié. Quelques hôpitaux offrent des internats sans être affiliés à un programme universitaire.

Les buts incluent :

1. L'amélioration des connaissances en rapport avec les soins psychosociaux aux enfants, adolescents et familles
2. La démonstration d'habiletés d'appréciation et d'intervention
3. L'accroissement de l'indépendance dans la pratique professionnelle
4. Le développement d'habiletés qui peuvent être appliquées à n'importe quel poste de débutant dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique

En ce qui concerne la durée, le Child Life Council (2000) précise que l'internat doit avoir une durée minimum de 480 heures, ce qui équivaut à environ trois mois et demi de formation à temps plein et concorde donc avec la caractéristique de longue durée relevée par Simmons et Haggarty (1980, cités par Premont, 1990) ainsi que Legendre (1993).

Pour les besoins de cette recherche, une définition de base de la «formation professionnelle» a été retenue. Ainsi, ce type de formation consiste en l'«Ensemble des activités, des situations pédagogiques et des moyens didactiques ayant comme objectif de favoriser l'acquisition ou le développement de savoirs (connaissances, habiletés, attitudes) en vue de l'exercice d'une tâche ou d'un emploi» (Legendre, 1993, p. 622).

Quant à l'expression «conditions de formation», elle réfère, selon le Bureau international du travail (1987, *in* Legendre, 1993, p. 238), aux «Caractéristiques à respecter pour garantir la pertinence et la réussite des programmes ou des cours de formation (méthodes d'enseignement et de formation appliquées, nombre de stagiaires-participants, moyens utilisés, durée, contenu, etc.)». Cette notion a été utile pour statuer sur les composantes essentielles et les conditions de la formation en internat auxquelles les deux sous-questions de recherche font allusion.

2.2 Les principaux fondements théoriques et les pratiques de formation dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique

Puisqu'une formation professionnelle vise «l'acquisition ou le développement de savoirs [...] en vue de l'exercice d'une tâche ou d'un emploi» (Legendre, 1993, p. 622), un recours aux écrits spécialisés dans le domaine des services éducatifs s'imposait afin de dégager les finalités des services éducatifs, les théories contributives, les modèles de pratique, et, de manière plus particulière, les connaissances, habiletés et attitudes pouvant conduire à l'exercice satisfaisant de la profession. À cette fin, plusieurs documents produits par le Child Life Council (1994, 1995, 1997) ont été utilisés, ainsi que deux livres qui, vraisemblablement, constituent présentement les synthèses les plus complètes dans le domaine, soit celui de Thompson et Stanford (1981) et celui de Gaynard *et al.* (1990). D'autres documents plus récents se sont greffés à ce corpus de base, en rapport avec des thèmes plus spécifiques (par exemple, Lansdown, 1996).

2.2.1 Théories en formation pratique d'intervenantes dans les milieux de l'éducation et de la santé

Selon Pelpel (1989), «Une pédagogie des stages doit [...] trouver son chemin quelque part entre la pédagogie scolaire et l'organisation du travail, sans jamais se réduire ni à l'une, ni l'autre» (p. xi). Cela peut sembler évident à première vue mais, dans les faits, trouver le chemin qui peut permettre à des internes de vivre une expérience réussie n'est pas une mince affaire. Il est fréquent que des étudiantes ne retirent pas tous les bénéfices qui pourraient être associés à une expérience de stage ou d'internat. Selon Roth (1989, cité par Dumas, 1995) ainsi qu'Armaline et Hoover (1989, cités par Dumas, 1995), l'expérience clinique sans réflexion critique «peut même nuire à l'étudiante [...] en favorisant l'assimilation à la routine du milieu et l'accumulation pure et simple d'expériences répétitives» (p. 39).

Certaines théories et tendances en formation pratique d'intervenantes dans les milieux de l'éducation et de la santé peuvent être dégagées afin d'élaborer et d'implanter un internat de qualité. D'abord, il est recommandé d'établir, dès le départ, des objectifs d'apprentissage bien définis, de s'y référer régulièrement et de les utiliser pour l'évaluation formative et sommative de l'étudiante (Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Fortin, 1984; Kingson, 1984; Bernard et Fontaine, 1989; Ferland et Hachey, 1989; Pelpel, 1989; Delisle et Cantin, 1994; Hébert, 1996). De plus, les mérites d'une structure précise dans l'organisation de la formation

pratique et d'une définition claire des rôles de chacun sont soulignés par plusieurs auteurs (Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Fortin, 1984; Kingson, 1984; Pempel, 1989; Gouvernement du Québec, 1994; Hébert, 1996). L'implication de l'interne dans la prise de décisions concernant le déroulement du stage et dans le choix d'objectifs d'apprentissage personnels a également été valorisée à plusieurs reprises (Chan, 1983; Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Kingson, 1984).

La richesse de la pratique de l'observation par l'étudiante est soulignée par Chan (1983), Fortin (1984), Kingson (1984), Rikard et Beacham (1992), Perrenoud (1998) ainsi que Duquette et Cook (1999). Quant à l'importance de la pratique de l'analyse réflexive, elle est mise en relief par plusieurs auteurs (Chan, 1983; Rikard et Beacham, 1992; Gouvernement du Québec, 1994; Kingson *et al.*, 1996; Clarke, 1998; Desjardins, 1998; Perrenoud, 1998; Duquette et Cook, 1999; Moon, 1999; Boutin et Camarais, 2001). Moon (1999) précise d'ailleurs que les enseignantes et les infirmières ont rapidement adopté la pratique réflexive, entre autres parce qu'elles ont continuellement à faire face, dans leur vie professionnelle, à des problèmes mal définis («ill-structured»), mais requérant des réponses rapides. Toujours selon Moon, la pratique réflexive peut difficilement être définie de manière univoque, car les auteurs qui ont recours à ce concept y ont accolé plusieurs définitions ayant parfois peu en commun. Cependant, pour les besoins de cette recherche, la définition suivante du concept de réflexivité, suggérée par Perrenoud (1998), a été retenue :

le sujet prend sa propre action, ses propres fonctionnements mentaux pour objet de son observation et de son analyse, il tente de percevoir et de comprendre sa propre façon de penser et d'agir. Bien entendu, n'importe quel être humain est capable de réflexivité; c'est une condition de régulation de son action. Cependant, cela ne devient un véritable levier de formation que si ce fonctionnement réflexif est valorisé, modélisé, instrumenté. (p. 197)

Un modèle intéressant du développement professionnel chez les éducatrices en milieu pédiatrique est proposé par Bolig (1982). Les deux premières étapes de ce modèle, qui en comporte quatre au total, peuvent s'appliquer à l'expérience d'internat. Il s'agit des étapes pendant lesquelles se développent chez l'éducatrice la confiance en ses propres capacités et un plus haut niveau d'autonomie. Bolig rappelle l'importance du soutien et de l'encadrement dans ces deux étapes du développement professionnel.

Par ailleurs, le rôle primordial du superviseur est soulevé par plusieurs (Caruso, 1982; Chan, 1983; Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Kingson, 1984; Pelpel, 1989; Rikard et Beacham, 1992; Quattlebaum, 1996; Duquette et Cook, 1999). Un discours sur les besoins propres aux superviseurs émerge. Ainsi, il est recommandé que les superviseurs s'interrogent quant à leur style de supervision (Brûlé, 1983; Boutin et Camaraine, 2001) et qu'ils puissent recevoir de la formation en rapport avec l'exercice de leur rôle (Brown, 1982; Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Rikard et Beacham, 1992; Fortin et Laurin, 1993; Gouvernement du Québec, 1994; Busque et Herry, 1998; Normand-Guérrette, 1998; Duquette et Cook, 1999; Boutin et Camaraine, 2001).

Les grands principes de la pédagogie aux adultes sont également à prendre en considération lorsqu'il s'agit de la formation pratique d'intervenantes dans les milieux de l'éducation et de la santé. Selon Noyé et Piveteau (1993), ces principes peuvent être résumés comme ceci.

- Le questionnement : l'apprenant adulte développe une réflexion beaucoup plus à partir des questions qu'il se pose qu'à partir des questions qui lui sont posées.
- La découverte : l'apprenant adulte comprend bien ce qu'il découvre ou ce qu'il classe lui-même dans l'ensemble de ses connaissances préalables.
- L'expression : l'apprenant adulte retient ce qu'il est capable de redire dans ses propres mots, à partir de son propre réseau d'images.
- L'application : l'apprenant adulte maîtrise mieux ce qu'il a l'occasion de mettre en pratique.
- La signification : l'apprenant adulte intègre une acquisition s'il peut lui donner du sens.
- L'enjeu : l'apprenant adulte mobilise davantage ses facultés d'apprentissage s'il y a un enjeu important pour lui en rapport avec ce qu'il apprend.

2.2.2 Modèle d'apprentissage expérientiel utilisé dans l'élaboration et l'implantation du programme d'internat

Compte tenu de la diversité de la formation préalable des personnes pouvant être accueillies dans le programme d'internat et du fait qu'elles n'ont pas reçu de formation initiale dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique, il importe que ce type de programme de formation puisse tenir compte des forces et des limites propres à chaque

apprenante et que les besoins de formation plus spécifiques à chacune puissent être identifiés et comblés (Chan, 1983; Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Kingson, 1984). Il importe également que le programme de formation puisse mettre à profit certaines des théories relevées précédemment et qui ont fait leur preuve en formation pratique des intervenantes en santé et en éducation. Un modèle d'apprentissage expérientiel (Kolb, 1984) appartenant principalement à l'orientation humaniste (Zinn, 1990) et à la famille des modèles d'enseignement axés sur la personne (Joyce et Weil, 1996) s'avère adéquat dans ces conditions.

Le modèle de Kolb (1984) fait appel à l'expérience concrète, à l'observation, à l'analyse réflexive et à l'expérimentation active, tout en laissant place à la conceptualisation, élément qui s'avère essentiel dans un contexte où les internes doivent acquérir une formation théorique et créer des liens entre cette dernière et leur formation pratique. Ainsi, le fait d'avoir retenu un modèle d'apprentissage expérientiel d'orientation principalement humaniste n'exclut pas, dans les pratiques de formation, l'utilisation conjointe de stratégies d'enseignement et d'apprentissage issues du traitement de l'information et de l'interaction sociale (Joyce et Weil, 1996).

De manière générale, l'apprentissage expérientiel peut être défini comme suit : «Il réfère à l'organisation et à la construction de l'apprentissage à partir d'observations qui ont été faites dans le cadre d'une situation pratique, avec l'implication que l'apprentissage pourra ensuite mener à l'action (ou à une action améliorée)¹» (Moon, 1999, p. 20). Selon Kolb, l'apprentissage expérientiel peut être défini comme un «Processus par lequel la connaissance est créée à partir de la transformation de l'expérience» (1984, *in* Legendre, 1993, p. 74). Dans ce modèle d'apprentissage expérientiel représenté à la figure 2.1 (p. 16), la saisie de l'expérience par l'appréhension s'effectue à travers l'expérience concrète (ressentir), puis cette expérience est transformée par intention à travers l'observation réflexive (observer), pour être saisie à nouveau mais, cette fois, par compréhension à travers la conceptualisation abstraite (réfléchir) et, finalement, être transformée par extension à travers l'expérimentation active (agir). Il s'agit donc d'un cycle d'apprentissage reliant entre elles quatre formes

¹ it refers to the organizing and construction of learning from observations that have been made in some practical situation, with the implication that the learning can then lead to action (or improved action).

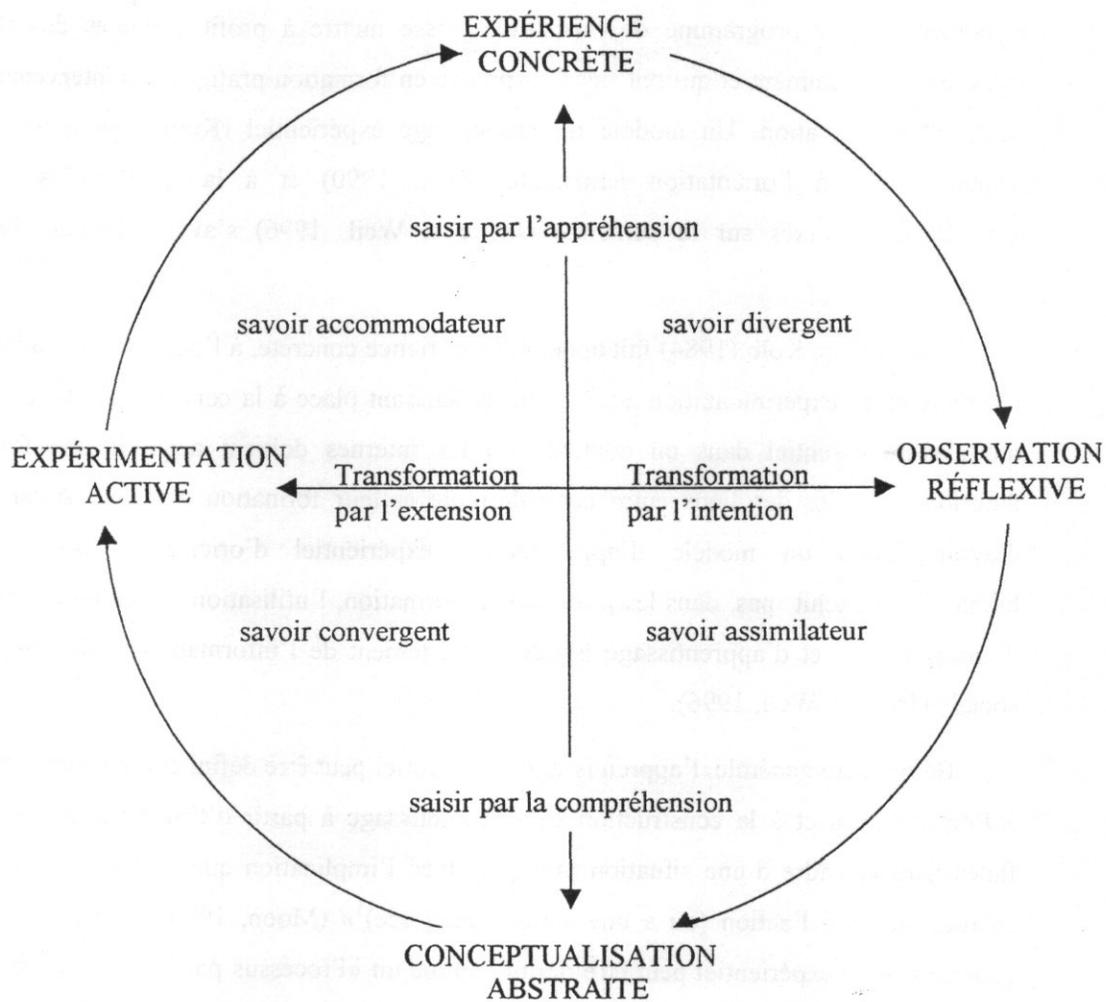


Figure 2.1 Les dimensions structurales sous-jacentes au processus d'apprentissage expérientiel et les types de savoirs qui en résultent.

Source : le modèle de Kolb (Kolb, 1984, p. 42, adapté de Dumas, 1995, p. 74)

d'apprentissage différentes, mais toutes aussi importantes l'une que l'autre. En fait, selon Kolb, l'apprentissage optimal se réalise lorsque ces quatre formes sont utilisées par l'apprenante.

Kolb (1984) a associé un style d'apprentissage à chacun des quadrants du cercle représentant son modèle. Ainsi, les personnes qui ont une tendance plus grande à saisir le monde par l'expérience concrète et l'observation réflexive utilisent un style divergent. Quant aux gens qui manifestent une prédisposition pour l'observation réflexive combinée à la conceptualisation abstraite, leur style est qualifié d'assimilateur. Les personnes ayant tendance à la conceptualisation abstraite ainsi qu'à l'expérimentation active ont un style convergent et, enfin, les gens qui apprennent mieux à travers l'expérimentation active et l'expérience concrète ont un style qualifié d'accommodateur. D'ailleurs Kolb a créé un test, le *Learning Style Inventory* (LSI), qui est «une mesure de la perception que l'apprenante a de l'accent relatif qu'elle porte sur une ou des phases du cycle pour un objet d'apprentissage donné» (Dumas, 1995, p. 77).

Le modèle de Kolb n'est pas à l'abri des critiques malgré sa popularité dans le domaine de l'apprentissage expérientiel (Moon, 1999; Miettinen, 2000). Selon Miettinen (2000), ce modèle repose sur un amalgame de théories disparates, dont les principales appartiennent à Dewey, Lewin et Piaget. Miettinen reproche à Kolb d'avoir détourné de leur sens initial les théories dont il s'est inspiré. Par exemple, le concept d'expérience chez Kolb, censé avoir été repris de Dewey, ne respecte pas le principe de Dewey selon lequel une expérience devient nécessaire lorsqu'un obstacle est rencontré par quelqu'un et que, ses actions habituelles ne lui étant d'aucun secours, il est en quelque sorte forcé d'essayer de nouvelles manières de faire. Par opposition, chez Kolb, l'expérience concrète est essentiellement subjective et elle est basée sur l'action de ressentir. Toujours selon Miettinen (2000), le modèle de Kolb fait fi des derniers développements en psychologie de l'apprentissage et en épistémologie et il ne tient pas compte des conditions sociales et culturelles de l'apprentissage. En fait, selon cet auteur, ce modèle «maintient la croyance humaniste à l'effet que chaque individu a la capacité de se développer et d'apprendre²» (p. 70).

² It maintains the humanistic belief in every individual's capacity to grow and learn.

Miettinen (2000) soutient que Kolb a conçu le modèle d'apprentissage expérientiel dans le but de faire la promotion du *Learning Style Inventory* (LSI), créé quelques années avant que le modèle n'apparaisse. Dans les faits, il est difficile, en lisant certains écrits de Kolb (1984; Kolb, Boyatzis et Mainemelis, 2001), de départager ce qui appartient au modèle d'apprentissage de ce qui appartient au LSI. Dans une revue de littérature relative à la théorie de l'apprentissage expérientiel selon Kolb, et couvrant une période allant de 1971 à 1999 (Kolb, Boyatzis et Mainemelis, 2001), il ressort clairement que sur les 1004 recherches recensées, la majorité avait le LSI comme objet d'étude plutôt que le modèle d'apprentissage expérientiel.

Selon Moon (1999), le flou autour des concepts utilisés par Kolb n'a pas facilité ni encouragé les recherches en rapport avec la validité de son modèle d'apprentissage expérientiel. Plutôt que de reconnaître cet état de fait et de spécifier le caractère toujours spéculatif d'un tel modèle d'apprentissage, plusieurs auteurs ont pris pour acquis son caractère scientifique. En fait, selon Moon (1999), le modèle de Kolb constitue davantage un modèle d'enseignement qu'un modèle d'apprentissage. Elle précise ainsi :

une suggestion qui émerge de l'étude des interprétations du cycle d'apprentissage expérientiel est qu'il décrit une séquence d'activités guidant et facilitant l'apprentissage plutôt qu'un cycle d'apprentissage comme tel. Le cycle peut être vu davantage comme un modèle d'enseignement qu'un modèle d'apprentissage. [...] Le caractère pratique de ce modèle est peut-être la principale raison de sa popularité et, ainsi, il serait préférable de reconnaître ouvertement qu'il fait davantage référence à l'enseignement qu'à l'apprentissage.³ (p. 98)

Ce point de vue est particulièrement intéressant lorsqu'il est mis en relation avec le fait que les chercheurs en éducation ayant eu recours au modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb, l'ont principalement utilisé comme cadre de référence dans la conception de curriculums (Kolb, Boyatzis et Mainemelis, 2001). C'est dans cet esprit que le modèle de Kolb a été utilisé dans l'élaboration et l'implantation du programme d'internat. En effet, bien que contestable sur certains points, ce modèle est celui qui a semblé le plus approprié, compte

³ A suggestion that emerges from the study of the interpretations of the cycle of experiential learning is that it may not describe learning so much as sequence of guidance activities that will facilitate learning. The cycle might better be seen as a teaching rather than a learning model. [...] That it guides practical activity is perhaps the main reason for its popularity and so it might be better to openly acknowledge that it is more about teaching than learning.

tenu des caractéristiques et des besoins des apprenantes, des théories mentionnées précédemment pour la formation des éducatrices (voir 2.2.1) et du type de formation visé. Ainsi, ce modèle constituait un cadre souple, rappelant sans cesse l'importance, pour les internes, d'appréhender et de transformer les expériences vécues en ayant recours à plusieurs stratégies : l'immersion dans le milieu, l'observation, la réflexivité, la conceptualisation, l'approfondissement de théories éprouvées, l'élaboration de théories «personnelles» et l'expérimentation active.

2.2.3 Stratégies d'enseignement et d'apprentissage utilisées dans le programme de formation conçu pour la présente recherche

La présente recherche comprenait une phase de développement d'un programme d'internat pour former des éducatrices dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique. Parmi les stratégies d'enseignement et d'apprentissage retenues pour ce programme, plusieurs appartiennent à la famille du développement de la personne telles que l'identification, par chaque interne, d'objectifs prioritaires et la présentation aux membres des services éducatifs, en début de stage, de sa conception du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique. Cependant, tel que mentionné précédemment, le fait d'avoir retenu un modèle d'apprentissage expérientiel d'orientation principalement humaniste, dans l'élaboration du programme d'internat, n'a pas exclu l'utilisation de stratégies d'enseignement et d'apprentissage issues des familles du traitement de l'information et de l'interaction sociale (Joyce et Weil, 1996).

Ainsi, des stratégies de formation reliées au traitement de l'information ont été proposées dans le programme d'internat. Plusieurs lectures étaient fortement suggérées, tout comme le visionnement de quelques documents audio-visuels. Les internes ont aussi été invitées à participer à des conférences offertes dans le milieu et pouvant les intéresser (conférences médicales, conférences des soins infirmiers, rencontres de développement professionnel de l'équipe des services éducatifs, etc.). Les internes ont également eu à présenter oralement, devant l'équipe des services éducatifs, un article de périodique récent.

Des stratégies reliées à la fois au traitement de l'information et au développement de l'analyse réflexive chez les internes ont également été mises en place. Il s'agissait de techniques permettant de «faciliter l'apprentissage à partir d'une expérience» («To facilitate learning from experience», Moon, 1999, p. 190). Par exemple, les internes avaient à rédiger,

à neuf reprises, une réflexion sous différentes formes en rapport avec certains des thèmes à l'étude. À six reprises, cette réflexion se faisait en suivant un modèle d'analyse réflexive adapté de Desjardins (1998, p. 358 à 360). Cette forme d'exercice s'apparentait au journal dont la «structure est donnée sous la forme de questions à répondre ou de thèmes à couvrir» («Structure is given in the form of questions to answer or guidance about issues to be covered», Moon, 1999, p. 195). L'usage d'un journal de bord quotidien de structure libre ou la création d'un portfolio était également fortement suggéré aux internes afin de leur fournir du matériel intéressant lorsque viendrait le moment de rédiger un bilan-synthèse.

Les stratégies d'évaluation avaient également une visée réflexive. Ces stratégies consistaient en un bilan-synthèse, dont la deuxième partie était rédigée à partir de questions de réflexion, et en une grille d'évaluation. Cette grille a été remplie à trois reprises par les internes, dans une démarche réflexive d'auto-évaluation, et chacun des points qu'elle contient a ensuite été discuté à deux reprises avec la superviseure et l'une des accompagnatrices, afin de conduire les internes encore plus loin dans leur démarche réflexive.

Des stratégies reliées à l'interaction sociale (Joyce et Weil, 1996) ont aussi été mises en place : par exemple, le «modeling» à partir d'observations réalisées auprès de chacune des accompagnatrices et les discussions en dyade ou en petits groupes en rapport avec les interventions réalisées et les valeurs préconisées. En fait, une rencontre des internes et de la superviseure était prévue à chaque semaine et durait au moins une heure et demie. Souvent, ces rencontres permettaient de discuter du texte que chaque interne avait écrit et cela créait, pour elles, une occasion de clarifier et d'approfondir leur réflexion. Les internes ont également eu à présenter des études de cas à l'équipe des services éducatifs sous la forme d'«Étude et discussion de situations particulières concernant une personne» (Legendre, 1993, p. 565).

Enfin, certaines stratégies de formation plus spécifiques au milieu de la santé ont été proposées. Il s'agissait de l'utilisation du rapport matinal pour acquérir et approfondir des connaissances médicales et psychosociales (Rosenblum, 1995; D'Alessandro, 1997) et du retour sur des notes écrites aux dossiers des patients (Quattlebaum, 1996).

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie générale de cette recherche est axée sur l'étude de cas. Elle met à profit des données qualitatives et quantitatives, dans le but de bien comprendre et de décrire le vécu des internes en formation et le programme qu'elles suivent.

L'étude de cas permet d'examiner la trajectoire et les conditions de formation d'internes en services éducatifs offerts en milieu pédiatrique. Selon Karsenti et Demers (2000, p. 227), bien qu'ayant été «Longtemps jugée comme n'étant qu'accessoire aux autres devis de recherche, l'étude de cas se révèle maintenant un plan de recherche complet en soi». Certains auteurs, dont Merriam (1988), s'en font d'ailleurs d'ardents promoteurs. Le modèle d'étude de cas retenu dans le cadre de cette recherche est préconisé par Merriam et relève du paradigme naturaliste. Selon cette auteure, ce paradigme offre les meilleures possibilités de contribuer significativement à l'émergence de savoirs et de pratiques en éducation, car il permet une découverte et une compréhension des phénomènes à partir des perspectives des acteurs.

Dans cette recherche, une grande partie des deux études de cas présentées est associée à la méthodologie qualitative. Selon Merriam (1988), «une étude de cas qualitative est une description et une analyse intensives et holistiques d'un cas, d'un phénomène ou d'une unité sociale unique¹» (p. 21). Elle spécifie que les études de cas qualitatives possèdent les caractéristiques suivantes : elles sont particularistes, descriptives, heuristiques et inductives. Leur caractère particulariste est lié au fait qu'elles se concentrent sur une situation ou

¹ A qualitative case study is an intensive, holistic description and analysis of a single instance, phenomenon, or social unit.

un phénomène spécifique. Elles sont descriptives en ce qu'elles conduisent à une description riche, complète et détaillée d'un cas («thick description») et elles sont heuristiques en ce qu'elles peuvent «illuminer» la compréhension que le lecteur a du phénomène à l'étude. Elles sont également inductives, car elles mettent l'accent sur le processus, la compréhension et l'interprétation plutôt que sur la déduction et la vérification d'hypothèses.

Merriam (1988) précise qu'une étude de cas peut être catégorisée selon le type de rapport final auquel elle donne lieu. Il y aurait ainsi des études de cas descriptives, interprétatives et évaluatives. Dans le cadre de cette recherche, l'étude de cas descriptive a été retenue. Cette forme d'étude de cas donne lieu à «un compte rendu détaillé du phénomène sous étude²» (p. 27).

Selon Lijphart (1971, *in* Merriam, 1988) l'étude de cas descriptive peut être qualifiée d'«athéorique» parce qu'elle n'est pas guidée par des généralisations et qu'elle ne conduit pas à la formulation d'hypothèses. Ces propos sont corroborés par Selltiz *et al.* (1977) ainsi que Burn et Grove (1987) qui expliquent ainsi les limites de la recherche descriptive : elle «permet d'approfondir la nature des variables sous observation, mais elle ne fournit guère d'explications généralisables des phénomènes étudiés» (*in* Legendre, 1993, p. 1078).

Il n'en demeure pas moins que ce type de recherche possède ses raisons d'être et peut contribuer à l'émergence de savoirs. Selon Merriam (1988), la pertinence de l'étude de cas descriptive en éducation est liée à sa capacité de présenter des informations de base relativement à des domaines peu explorés par la recherche, par exemple, des pratiques et des programmes innovateurs. L'auteure précise que ce type de recherche permet souvent la formation d'une base de données qui pourront ultérieurement être utilisées dans l'élaboration de théories ou dans le cadre de recherches aux finalités positivistes.

D'approche générale qualitative, l'étude de cas donne donc lieu à des prises de données habituellement qualitatives. Dans cette recherche, des données qualitatives et quantitatives ont toutefois été utilisées. En effet, les données quantitatives permettaient d'étudier quelques indicateurs des compétences acquises par les internes grâce au programme de formation. Quant aux données qualitatives, elles constituaient le principal corpus de données pour décrire les cas à l'étude.

² a detailed account of the phenomenon under study

3.1 Caractéristiques du milieu, des services éducatifs et des deux internes

Les deux études de cas ont eu lieu dans un hôpital pédiatrique offrant des soins de type tertiaire, c'est-à-dire hautement spécialisés, et comprenant 180 lits ainsi que de nombreuses cliniques de soins ambulatoires. Au moment de la recherche, les services éducatifs de cet hôpital se composaient d'une directrice, de quatre éducatrices, d'un éducateur, d'une assistante-éducatrice, d'une bibliothécaire et d'une secrétaire administrative. Seules la directrice et une des éducatrices avaient un poste à temps plein. Au total, ces services comprenaient l'équivalent de 4,4 postes cliniques à temps plein. Le personnel clinique était affecté à des unités de soins ainsi qu'à des services ambulatoires. La formation initiale des membres du personnel clinique (incluant la directrice) était en psycho-éducation (4), en éducation (2) et en «therapeutic recreation» (1). Deux de ces personnes avaient complété une maîtrise en psychopédagogie, une personne avait un certificat de formation en santé mentale et une autre possédait un diplôme de 2^e cycle en études sur la mort.

Des internes ont choisi de faire l'internat dans ce milieu. Elles devaient satisfaire à certaines conditions d'admission afin de répondre aux exigences du Child Life Council en matière de certification. Ainsi, elles devaient avoir complété un baccalauréat d'au moins 90 crédits et avoir, dans le cadre de ce baccalauréat, réussi au moins l'équivalent de trente crédits de cours en développement de l'enfant, en études sur la famille, en psychologie de l'enfant malade, ou tout autre cours étroitement relié au domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique. Elles devaient également avoir une expérience de travail bénévole ou rémunéré auprès d'enfants et/ou de familles confrontés à des stress majeurs. C'est ainsi que deux internes ont pu participer à cette recherche pendant la période qui lui était réservée.

3.2 Première phase de la démarche générale de recherche : développement du programme

La première phase de cette recherche a consisté à analyser les besoins de formation pour des internes en services éducatifs offerts en milieu pédiatrique et à élaborer le programme de formation. Il s'agissait d'identifier les composantes d'un programme d'internat de qualité, ancré dans les besoins du milieu, conforme aux normes et aux compétences établies par le Child Life Council et basé sur des principes andragogiques en formation pratique et sur le modèle humaniste d'apprentissage expérientiel de Kolb (1984).

3.2.1 Focus groups

S'ajoutant à l'analyse de contenu d'écrits spécialisés et de programmes existants (Cantore et Daigneau, 1997; Ash et Goldberger, 1999; Fingerhut et Bright, 1999; White et Brechwald, 2000), deux focus groups ont eu lieu pendant la phase de développement du programme. L'échantillonnage des participants aux focus groups était intentionnel.

Pour le premier focus group, qui a eu lieu à la mi-décembre 2000, les sept personnes suivantes étaient réunies dans une salle de conférence du milieu de recherche : la directrice des services éducatifs, un éducateur, trois éducatrices, une assistante-éducatrice et l'éducatrice responsable du projet de recherche qui jouait le rôle d'intervieweuse. La moyenne d'âge des six participants était de 38 ans, la plus jeune participante étant âgée de 23 ans et la plus âgée ayant 53 ans. La moyenne d'années d'expérience professionnelle des participants était de 12 ans avec un minimum de 6 mois d'expérience et un maximum de 20 ans d'expérience pour deux des participants.

Pour le deuxième focus group, qui a eu lieu au début du mois de mars 2001, l'échantillon était le même, sauf pour une des éducatrices qui était remplacée par une éducatrice suppléante. Ainsi, la moyenne d'âge est passée à 35 ans et la moyenne d'années d'expérience est passée à neuf ans et demi.

Un instrument a été créé pour le premier focus group (*voir app. A*). Pour ce qui concerne le deuxième focus group, un instrument existant a été adapté (Gaudreau, 1995, p. 14-15, *voir app. B*). En préparation aux deux focus groups, les répondants ont reçu une copie de l'instrument approprié une semaine avant la date prévue pour le déroulement. Avant la tenue du deuxième focus group, les répondants ont également reçu une copie du rapport du premier focus group ainsi qu'une copie de la version préliminaire du programme d'internat.

Le contenu du premier instrument consiste en deux questions visant à recueillir des informations générales, une question sur les objectifs visés par le programme d'internat, une question sur le contenu, une question sur les activités et méthodes de formation, une question sur les moyens d'évaluation des apprentissages et trois questions sur les attentes propres au personnel clinique en rapport avec la supervision des internes. Deux questions sont fermées (âge et nombre d'années d'expérience) et les neuf autres questions sont semi-ouvertes. Par

exemple, «Selon vous, quels éléments de contenu devraient absolument être offerts à l'intérieur du programme d'internat?».

Tel que mentionné plus haut, le deuxième instrument a été adapté d'un instrument existant : «Focus group pour la production du programme de formation» (Gaudreau, 1995, p. 14-15). Cet instrument consiste en une question ouverte et une question semi-ouverte en rapport avec le point de vue global des répondants sur l'ensemble du programme; une question ouverte sur les orientations du programme; une question ouverte, une question semi-ouverte et trois questions fermées sur les objectifs du programme; une question ouverte, deux questions fermées et trois questions semi-ouvertes sur les éléments de contenu; une question ouverte, six questions fermées et neuf questions semi-ouvertes sur les activités.

L'adaptation qui en a été faite constitue une répétition presque intégrale des questions de l'instrument de Gaudreau auxquelles s'ajoutent quelques questions. Ce sont une question ouverte, une question fermée et trois questions semi-ouvertes sur les moyens d'évaluation des apprentissages, ainsi que deux questions ouvertes et trois questions semi-ouvertes sur les attentes propres au personnel clinique en rapport avec la supervision des internes.

Conformément à la technique du focus group (Gaudreau et Lacelle, 1999), le rôle de l'intervieweuse, pendant les deux focus groups, a été limité à poser les questions et à préciser leur sens lorsque nécessaire. L'intervieweuse est demeurée la plus neutre possible en tout temps pendant le déroulement des focus groups. Elle devait ramener les participants au questionnement initial s'ils s'éloignaient du sujet et s'assurer que chaque participant désirant s'exprimer puisse le faire. Elle prenait des notes et dressait de courtes synthèses lorsque cela était approprié de le faire. Lors du deuxième focus group, elle s'est assurée que les modifications souhaitées au programme suscitent l'approbation unanime des participants.

La durée du premier focus group a été de deux heures et celle du deuxième focus group a été d'une heure et demie. Chacun des focus group a été enregistré sur bande sonore. Le contenu des bandes sonores a été transcrit *verbatim* et ces transcriptions ont été traitées par analyse de contenu selon la méthode préconisée par Deslauriers (1991).

Les thèmes abordés pendant le premier focus group ont été les suivants : les objectifs du programme d'internat (connaissances, habiletés, travail sur soi), le contenu, les activités et méthodes de formation, les moyens d'évaluation des apprentissages et les attentes propres au

personnel clinique en rapport avec la supervision des internes. Les thèmes abordés pendant le deuxième focus group ont été les mêmes, auxquels s'est ajouté le point de vue global sur le programme proposé et ses orientations.

3.2.2 La conception du programme d'internat

Une analyse comparative du contenu des tables des matières de trois livres spécialisés dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique (Thompson et Stanford, 1981; Gaynard *et al.* 1990; Lansdown, 1996) a d'abord permis d'établir les principaux thèmes devant faire partie du programme d'internat (*voir app. C*). Ainsi, les 16 thèmes suivants ont été retenus à cause de leur rapport très étroit avec le champ d'études en question et de leur récurrence :

- les buts et objectifs des services éducatifs;
- les réactions des enfants aux expériences de soins de santé;
- l'observation des enfants et leur évaluation-diagnostique;
- la communication et les relations de soutien auprès des enfants et des parents;
- l'importance du jeu pour l'enfant en milieu de soins de santé;
- l'implantation d'un programme de jeu en milieu de soins de santé;
- la préparation des enfants et des familles pour une expérience en milieu de soins de santé;
- la promotion du respect des besoins de l'enfant et de sa famille;
- l'impact de l'environnement sur les expériences en milieu de soins de santé;
- les relations de l'éducatrice avec les autres professionnels;
- le stress chez le personnel hospitalier;
- les questions éthiques et légales;
- la supervision de bénévoles, d'étudiants et de membres du personnel;
- la douleur;
- les conditions médicales graves («life-threatening»);
- la promotion du développement des programmes de services éducatifs.

Certains éléments du livre de Lansdown (1996), plus généraux, n'ont pas été retenus : l'historique des soins de santé aux enfants, les conditions psychosomatiques, le syndrome de Munchausen par procuration et l'hôpital de demain.

3.2.2.1 Grille d'analyse retenue pour l'élaboration du programme

Suite à cette première étape, une grille a été choisie afin de procéder à une analyse de contenu thématique des résultats du premier focus group, des «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique» (Child Life Council, 1994) et de quatre programmes déjà existants (Cantore et Daigneau, 1997; Ash et Goldberger, 1999; Fingerhut et Bright, 1999; White et Brechwald, 2000).

Cette grille, proposée par Gaudreau, Dupont et Séguin (1994) et par Gaudreau (1995), est constituée des éléments relatifs à la description et à la conception d'un programme de formation d'intervenants en éducation, quel qu'il soit. Il s'agit des types d'objectifs poursuivis, des types de contenus et des catégories d'activités de formation.

Ainsi, selon ces auteurs, trois types d'objectifs sont poursuivis en formation d'intervenants :

1. des objectifs d'acquisition de connaissances factuelles générales, visant l'apprentissage, par l'intervenant-participant, de connaissances instrumentales et de connaissances «scientifiques» (soit des éléments de connaissance provenant de disciplines ayant fourni des théories contributives dans un domaine);
2. des objectifs de «travail sur soi», lorsque «l'intervenant-participant est amené à prendre conscience de ses convictions, de ses attitudes ou de ses ressources propres» (Gaudreau, Dupont et Séguin, 1994, p. 13);
3. des objectifs de développement des habiletés d'intervention, c'est-à-dire le développement des savoir-faire et des techniques d'intervention propres à un domaine.

Toujours selon ces auteurs, quatre types de contenus devraient être offerts :

1. des connaissances «scientifiques», soit, dans ce cas-ci, des éléments de connaissance provenant de la psychologie, de l'éducation, des soins infirmiers, etc.;
2. des connaissances instrumentales, soit, dans le cas présent, des éléments qui sont concrètement impliqués dans le domaine des services éducatifs tels que le rôle de l'éducatrice et les différents fondements des techniques d'intervention;
3. la connaissance de soi, c'est-à-dire, dans ce cas-ci, des éléments qui sont propres à l'approfondissement, par l'interne, de sa personnalité, de ses valeurs, de ses forces et limites ainsi que de ses ressources, en rapport avec son activité professionnelle;

4. la connaissance des pratiques d'intervention, soit le développement pratique «des savoir-faire et des habiletés en jeu dans les divers types d'intervention» (Gaudreau, 1995, p. 13).

Finalement, toujours selon les mêmes auteurs (Gaudreau, Dupont et Séguin, 1994, p. 15), les activités de formation sont généralement de trois ordres :

1. des activités centrées sur le formateur ou son substitut, par exemple, «le visionnement de film ou diaporama, ou des conférences avec ou sans supports audio-visuels»;
2. des activités impliquant simultanément, mais à divers degrés, formateur et participants, par exemple, les discussions auxquelles participent le formateur et un ou quelques participants;
3. des activités centrées sur les participants, par exemple, la lecture de documents, les discussions de cas, la rédaction d'un journal de bord ou «des échanges informels en groupe à propos de situations professionnelles réellement vécues».

C'est donc à partir de cette grille d'analyse que les «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique» (Child Life Council, 1994) (*voir app. D et E*), les quatre programmes existants (*voir app. F*) et la transcription *verbatim* du premier focus group ont été analysés.

3.2.2.2 Sélection des objectifs et des éléments de contenu de la version préliminaire du programme

Suite à l'analyse de contenu thématique des «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique» (Child Life Council, 1994), des quatre programmes existants (Cantore et Daigneau, 1997; Ash et Goldberger, 1999; Fingerhut et Bright, 1999; White et Brechwald, 2000) et du premier focus group, une analyse comparative a été effectuée afin de relever les objectifs et les éléments de contenu apparaissant dans au moins un des quatre programmes et/ou dans la synthèse du focus group, mais n'apparaissant pas dans les «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique». En effet, ces objectifs et ces éléments de contenu devaient être examinés de plus près afin de vérifier s'il était adéquat de les ajouter à la base de compétences établies par le Child Life Council. Ce sont les thèmes identifiés au départ dans les trois livres de base (Thompson et Stanford, 1981; Gaynard *et al.* 1990; Lansdown, 1996) qui ont permis d'établir s'il convenait de conserver les objectifs et les éléments de contenu relevés. En effet, s'il était possible de classer un de ces objectifs ou de ces éléments de contenu dans l'une des grandes catégories illustrées par les thèmes, il était retenu. Une seule

exception à cette manière de procéder a eu lieu. En effet, plusieurs objectifs et éléments de contenu liés à la connaissance de soi ont été mentionnés lors du focus group et leur caractère original a fait en sorte qu'ils ont été conservés. Donc, après cet examen attentif, des objectifs et des éléments de contenu ont été ajoutés à la base de compétences établies par le Child Life Council. Cette base s'est ainsi retrouvée enrichie.

En ce qui concerne les objectifs généraux du programme à développer, sur les neuf objectifs proposés dans les «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique» (Child Life Council, 1994), trois ont été modifiés afin de tenir compte de l'importance des soins centrés sur la famille et de la compétence interculturelle. L'objectif général suivant a été ajouté : «Développer son identité professionnelle par la connaissance approfondie de son rôle et par la pratique régulière de l'introspection professionnelle».

En ce qui a trait aux objectifs spécifiques énoncés dans les «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique», certains ont été conservés, d'autres ont été retirés ou modifiés et quelques objectifs spécifiques ont été ajoutés. La liste complète des objectifs spécifiques originaux, retirés, ajoutés et modifiés se retrouve à l'appendice G.

Quant aux éléments de contenu du programme, ils sont présentés à l'appendice H, p. 195. Tel qu'expliqué précédemment, ces éléments de contenu ont été relevés dans les «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique» (Child Life Council, 1994), pour ensuite être enrichis à l'aide d'éléments de contenu émanant du premier focus group et des programmes déjà existants. Ainsi, aux 13 thèmes relevés dans les compétences établies par le Child Life Council et étant reliés aux *connaissances «scientifiques»*, un thème supplémentaire, émanant du focus group et de deux programmes existants (Ash et Goldberger, 1999; Brechwald et White, 2000), a été ajouté. Il s'agit d'«Éléments des soins centrés sur la famille» (*voir* 3.6 à l'app. H, p. 195). De plus, trois sous-thèmes émanant du premier focus group ont été ajoutés afin de préciser des thèmes déjà existants. Il s'agit des sous-thèmes a, b et c reliés au thème 3.1 : «Théories de la croissance et du développement de l'enfant et de l'adolescent», soit «Développement normal de l'enfant et de l'adolescent», «Notions de base en pédo-psychiatrie», «Attachement et séparation» (*voir* app. H, p. 195).

Au niveau des *connaissances instrumentales*, aux treize thèmes identifiés dans les compétences établies par le Child Life Council, quatre thèmes ont été ajoutés suite à l'analyse comparative effectuée par l'auteure de ce mémoire. Les trois premiers de ces thèmes

émanaient du focus group. Il s'agit de «Considérations d'ordre éthique» (1.5), d'«Éthique professionnelle» (2.3) et du jeu médical (4.4) (*voir* app. H, p. 195-196). Le quatrième thème provenait du focus group et d'une des formations analysées (White et Brechwald, 2000). Il s'agit de la définition du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique (*voir* 6.1, app. H, p. 197). Dans cette même catégorie, une modification émanant du premier focus group a été apportée à l'un des thèmes pour le préciser. Il s'agit du thème 1.8 «Rôle des intervenants d'autres disciplines *et limites inhérentes à chaque rôle*» (la modification est en italique; *voir* app. H, p. 195). De plus, une suggestion émanant du premier focus group et d'un des programmes existants (White et Brechwald, 2000) a été apportée à l'un des thèmes afin de le préciser. Il s'agit du thème 4.3 : «Stratégies de préparation psychologique *et de gestion de la douleur (relaxation, visualisation, imagerie, distraction)*» (la modification est en italique; *voir* app. H, p. 196). Finalement, deux sous-thèmes émanant du premier focus group et un sous-thème provenant d'une des formations (Cantore et Daigneau, 1997) ont été ajoutés afin de préciser des thèmes déjà existants. Il s'agit des sous-thèmes a, b et c rattachés au thème 2.2 : «Ressources en rapport avec les services éducatifs et l'hospitalisation des enfants», soit «Littérature de base», «Child Life Council (mission, objectifs et documents officiels)» et «Centre de ressources pour les familles» (*voir* app. H, p. 195).

Par rapport à la *connaissance de soi*, aux trois sous-thèmes identifiés dans les compétences du Child Life Council, se sont greffés pas moins de douze sous-thèmes supplémentaires émanant du premier focus group. Ils sont regroupés, à l'appendice H (p. 197), sous les thèmes suivants : 6.2 : «Les valeurs, préjugés et croyances de l'interne» (a et c); 6.3 : «Sa capacité de distance affective» (b et c); 6.4 : «Ses aptitudes» (b, c, d et e); 6.5 : «Sa capacité d'introspection professionnelle» (a, b, c, et d).

Finalement, dans la catégorie *connaissance des pratiques d'intervention*, aux 28 sous-thèmes déjà présentés dans les compétences du Child Life Council, se sont ajoutés huit sous-thèmes émanant du premier focus group et de trois des programmes de formation analysés (Ash et Goldberger, 1999; Fingerhut et Bright, 1999; White et Brechwald, 2000). Ils sont regroupés, à l'appendice H (p. 196-197), sous les thèmes suivants : 5.1 : «Les soins centrés sur la famille» (a et b); 5.2 : «La communication auprès des enfants et des familles et la relation d'aide» (a, b, c et d); 5.3 : «La communication auprès des professionnels» (a); 5.5 : «Le déroulement des interventions» (h). Toujours dans cette catégorie, quatre modifications

ont été apportées à des sous-thèmes existants suite à des suggestions provenant du premier focus group et de deux programmes de formation analysés (Ash et Goldberger, 1999; White et Brechwald, 2000). Ainsi, tel que présenté à l'appendice H (p. 196-197), les sous-thèmes suivants ont été modifiés (les modifications sont en italique).

5.1 d) Promotion des besoins des enfants, adolescents *et familles* en maintenant le dialogue et la communication avec les autres intervenants et en respectant leurs points de vue

5.3 b) Communication verbale et écrite efficace *et adaptée selon les différents professionnels*

5.5 e) Formulation et mise en application d'objectifs adaptés aux besoins des patients : *APIE (Appréciation, Planification, Intervention, Évaluation)*

5.5 g) Stratégies pour aider à affronter les facteurs de stress *et pour contrôler la douleur (relaxation, visualisation, imagerie guidée, distraction)*

3.2.2.3 Sélection des activités de formation, des moyens d'évaluation et des responsabilités des principales actrices de la version préliminaire du programme d'internat

Étant donné qu'aucune activité de formation et qu'aucun moyen d'évaluation n'est suggéré dans les «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique» (Child Life Council, 1994), l'analyse comparative s'est effectuée, cette fois-ci, entre les activités de formation et les moyens d'évaluation proposés lors du premier focus group et ceux qui ont été relevés dans les quatre programmes existants (Cantore et Daigneau, 1997; Ash et Goldberger, 1999; Fingerhut et Bright, 1999; White et Brechwald, 2000). Les critères de sélection étaient la cohérence des activités de formation et des moyens d'évaluation avec les éléments de contenu et les objectifs visés par le programme d'internat, leur concordance avec le modèle d'apprentissage expérientiel retenu comme principal référent théorique et, finalement, leur adéquation avec les ressources humaines et physiques du milieu d'internat.

Les quatorze suggestions d'activités de formation et les quatre suggestions de moyens d'évaluation faites par les membres des services éducatifs, lors du premier focus group, rejoignaient, en tout ou en partie, des activités de formation ou des moyens d'évaluation proposées dans l'un ou quelques-uns des programmes existants. Puisque ces suggestions faites en focus group étaient conformes aux critères de sélection, elles ont été conservées. À cela, se sont ajoutées quatre nouvelles formes d'activités de formation provenant des programmes déjà existants. Il s'agit de :

- une semaine complète d'orientation au milieu hospitalier et aux services éducatifs;
- la description écrite de l'évaluation de certains patients;
- l'écriture aux dossiers;
- la réalisation de «fiches d'observation», de «fiches de préparation» et de «fiches de retour sur une intervention» en rapport avec les techniques d'intervention suivantes : le jeu médical, la préparation à une procédure médicale et / ou l'enseignement et le support pendant une procédure médicale.

Une des méthodes proposées dans les quatre programmes, mais de manière facultative dans l'un de ceux-ci, l'écriture au journal, n'a pas été retenue comme activité obligatoire dans le cadre du présent programme de formation. La raison en est qu'elle ne faisait pas l'unanimité entre les membres du personnel des services éducatifs. Ils ont préféré retenir la rédaction hebdomadaire d'un fait d'observation ou d'une réflexion.

Dix-huit activités de formation ont donc été retenues pour la version préliminaire du programme, soit les quatorze activités suggérées lors du premier focus group et les quatre activités provenant des programmes déjà existants. La majorité de ces activités de formation (11 sur 18) sont centrées surtout sur le participant; cinq activités impliquent à la fois le formateur et les participants et deux activités sont centrées sur le formateur ou son substitut. Cela reflète la tendance qui se dégageait dans tous les programmes analysés : un grand nombre d'activités centrées sur le participant, quelques activités impliquant simultanément formateur et participants, et un plus petit nombre d'activités centrées sur le formateur ou son substitut. En outre, quatre moyens d'évaluation ont été retenus (*voir* les activités et moyens d'évaluation de la version finale du programme à l'appendice H, p. 198-200).

Pour chacune des actrices de l'internat, soit l'interne, les accompagnatrices et la superviseure, des responsabilités ont été définies. C'est à partir d'indications recueillies lors du focus group et dans certains textes (Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Kingson, 1984; Rikard et Beacham, 1992; Gouvernement du Québec, 1994; Hébert, 1996; Duquette et Cook, 1999) que ces responsabilités ont été précisées. Les critères de sélection étaient la cohérence des responsabilités avec les buts, les orientations, les objectifs et le contenu du programme d'internat, leur concordance avec le modèle d'apprentissage expérientiel retenu comme principal référent théorique ainsi que leur adéquation avec les ressources humaines et physiques du milieu. La définition des responsabilités est présentée à l'app. H, p. 200-201.

3.2.2.4 Élaboration d'un échéancier hebdomadaire et des grilles d'évaluation

La deuxième partie du programme d'internat reprenait les objectifs, les éléments de contenu et les activités de formation en les intégrant dans un échéancier hebdomadaire. Les critères ayant servi à l'élaboration de cet échéancier ont été les suivants : l'intégration de tous les objectifs d'acquisition de connaissances et de tous les éléments de contenu s'y rattachant; une classification des objectifs par thèmes et par séquences d'apprentissage de durée relativement égale; la cohérence entre les activités de formation, les ressources proposées et les objectifs à atteindre; et l'adéquation des activités avec les ressources humaines et physiques du milieu d'internat. L'échéancier hebdomadaire des activités est présenté à l'appendice H, à partir de la page 202.

Seuls les objectifs d'*acquisition de connaissances* ont été inscrits à l'intérieur de l'échéancier hebdomadaire puisque les objectifs de *travail sur soi* et de *développement d'habiletés d'intervention* doivent être poursuivis pendant des périodes allant de quelques semaines à plusieurs semaines. Afin de vérifier le degré d'atteinte des objectifs de *travail sur soi* et de *développement d'habiletés d'intervention*, deux grilles d'évaluation ont été créées. Le format et les modalités d'utilisation de ces grilles d'évaluation ont été adaptés d'un outil de Delisle et Cantin (1994). Les deux critères ayant servi à l'élaboration de ces grilles ont été les suivants. Le premier était l'intégration de tous les objectifs de *travail sur soi* et de *développement d'habiletés d'intervention* à l'intérieur des deux grilles d'évaluation. Le deuxième critère était la sélection d'objectifs de base pour la première grille, remplie après la première moitié de l'internat, auxquels se sont ajoutés des objectifs supplémentaires dans la grille utilisée lors de la deuxième moitié. Les grilles d'évaluation sont présentées à l'appendice H, à partir de la page 225.

3.2.2.5 Entente quant à la version du programme d'internat proposée aux internes

Le deuxième focus group, dont il a été question précédemment (*voir* 3.2.1), a permis de soumettre la version préliminaire du programme d'internat aux membres du personnel des services éducatifs et d'adopter en groupe les modifications devant y être apportées. Lors de cette rencontre, la réaction globale des participants au sujet de la version préliminaire du programme d'internat s'est avérée très positive.

Suite à la tenue du deuxième focus group, une copie de la synthèse des résultats a été remise à chacun des participants pour fins de vérification. Étant donné que tous étaient satisfaits de cette synthèse, la tenue d'un troisième focus group n'a pas été nécessaire.

Tous les changements proposés ont été apportés à la version du programme suivie par les internes et la plupart des mesures suggérées ont été appliquées pendant le déroulement de l'internat. Les études de cas permettront d'illustrer comment certaines de ces mesures ont été mises en oeuvre. La vue d'ensemble du programme (version finale) est présentée à l'appendice H.

3.3 Deuxième phase de la démarche générale de recherche : expérience de formation professionnelle vécue par les deux internes

La deuxième phase de la présente recherche se rapporte à l'expérience de formation professionnelle telle que vécue par deux internes. C'est par une méthodologie mixte, c'est-à-dire qualitative et quantitative, que des données sur l'expérience vécue par chacune des internes ont été recueillies.

Les techniques utilisées sont ici présentées selon leur ordre d'utilisation dans le déroulement de l'internat excepté la technique de l'entretien individuel, présentée en premier lieu, car c'est elle qui a permis de recueillir les données principales qui sont qualitatives. Quant aux données complémentaires, qui sont principalement quantitatives, elles proviennent de l'application des techniques de «testing», de «rapport» et d'entretien de groupe. En effet, chaque interne a été soumise à un test de connaissances et à trois tests d'attitudes. Chacune des internes a aussi rempli une liste de vérification («check list»). Un journal de bord a été tenu par l'auteure de ce mémoire et un entretien de groupe a eu lieu auprès du personnel des services éducatifs. Finalement, un bilan-synthèse a été rédigé par chacune des internes.

3.3.1 Entretiens individuels

Deux séries de deux entretiens individuels ont été conduits auprès des deux internes. Le premier a eu lieu à l'intérieur des deux premières semaines suivant la fin de chaque internat et le second s'est déroulé environ dix mois et demi après le premier entretien.

Les deux grilles d'entretien ont été créées dans le cadre de cette recherche (voir appendices I et J). Dans les deux cas, il s'agit d'entretiens semi-structurés à questions

principalement ouvertes (Boutin, 1997, p. 28). Le contenu du premier entretien consiste en huit questions ouvertes, dont une question invitant la répondante à s'exprimer sur tout autre point qu'elle juge approprié.

Quant au contenu du deuxième entretien, il consiste en une question semi-ouverte (description par la répondante des expériences professionnelles vécues depuis la fin de l'internat), cinq sous-questions fermées servant à vérifier si la répondante est toujours d'accord avec des opinions exprimées lors du premier entretien et neuf questions ouvertes, dont une dernière question invitant la répondante à s'exprimer sur tout autre point qu'elle considère approprié.

Le rôle de l'intervieweuse consistait à poser les questions et à en préciser le sens lorsque nécessaire. De plus, elle devait utiliser différentes techniques d'écoute active telles que l'écho, le reflet, la clarification, le recentrage, le point et la synthèse (Boutin, 1997; Taylor et Bogdan, 1998a). Comme il s'agissait d'entretiens semi-structurés, l'intervieweuse avait «la liberté de diriger l'entretien dans toutes les directions [qu'elle estimait] intéressantes et susceptibles de fournir des données pertinentes» (Boutin, 1997, p. 28).

La durée maximum des entretiens a été d'une heure et demie et ils se sont déroulés sans interruption à un endroit convenant aux deux parties. Les entretiens ont été enregistrés sur bande sonore. Les contenus des bandes sonores des entretiens individuels ont été transcrits *verbatim* dans les jours qui ont suivi chaque entretien.

Les thèmes abordés pendant le premier entretien individuel ont été les suivants : les motivations de la répondante à participer au programme d'internat, la satisfaction globale de la répondante en rapport avec l'expérience d'internat, le sentiment de la répondante d'avoir fait des apprentissages significatifs, les conditions du programme ayant été favorables à sa formation et les conditions du programme ayant été défavorables à sa formation. Certains de ces thèmes ont été abordés de nouveau pendant le second entretien afin de vérifier si les opinions de la répondante avaient subi des modifications au regard des expériences professionnelles qu'elle avait vécues pendant les mois précédents. Il s'agit du sentiment de la répondante d'avoir fait des apprentissages significatifs, des conditions du programme ayant été favorables à sa formation et des conditions du programme ayant été défavorables à sa formation. Les autres thèmes abordés lors du deuxième entretien concernaient les expériences professionnelles vécues par la répondante, dans le domaine des services éducatifs, depuis la

fin de l'internat ; les motivations de la répondante à devenir éducatrice en milieu pédiatrique ; les perceptions de la répondante quant à la solidité de la formation reçue pendant l'internat et les sentiments de la répondante par rapport à l'expérience de formation vécue pendant l'internat.

L'analyse des données obtenues lors des deux séries d'entretiens individuels a été effectuée selon les méthodes préconisées par Deslauriers (1991), en suivant, en outre, certains conseils de Boutin (1997) et de Taylor et Bogdan (1998b). L'analyse a débuté par une lecture globale des transcriptions *verbatim* des premiers entretiens. Cette première lecture a été suivie de quelques relectures visant à opérer la codification, c'est-à-dire à faire le repérage des unités d'analyse les plus significatives et à leur attribuer un code. Ces unités d'analyse pouvaient être une partie de phrase, une phrase complète ou encore un paragraphe. Les unités d'analyse significatives étaient identifiées selon leur concordance avec les thèmes des questions de la grille d'entretien et selon leur pertinence, lorsqu'il s'agissait d'éléments non prévus à la grille d'entretien, mais très importants dans le contexte de la recherche. Les informations ainsi prélevées ont pu être présentées aux internes lors du deuxième entretien individuel. Cela a permis de vérifier si les internes étaient toujours d'accord avec des éléments qu'elles avaient mentionnés lors du premier entretien.

La transcription *verbatim* du deuxième entretien a subi le même traitement. Ainsi, le repérage des unités d'analyse les plus significatives a été fait, en regard des thèmes abordés lors de l'entretien et de la pertinence de certains thèmes ayant émergé en cours d'entretien.

La catégorisation des unités d'analyse des premiers et deuxièmes entretiens a ensuite été effectuée. Certaines catégories étaient déterminées avant même que l'opération ne débute, alors que d'autres catégories ont été créées ou transformées en cours d'opération. Un ensemble comprenant les données les plus significatives, classées par catégories, a ainsi été constitué.

Une confrontation entre les données provenant des deux internes a également été effectuée. Ainsi, dans un premier temps, les unités d'analyse appartenant à des catégories communes aux deux internes ont été comparées, afin d'identifier les points semblables ainsi que les différences. Dans un deuxième temps, les éléments appartenant à des catégories propres à chacune des internes ont été relevés.

3.3.2 Tests de connaissances et d'attitudes

Un des aspects de l'étude a permis de mesurer l'atteinte des objectifs du programme, par les deux internes, en termes d'acquisition de connaissances et de modification des attitudes et ce, afin d'appuyer les informations partagées par les internes lors des entretiens individuels. Les instruments utilisés ont été un test de connaissances et trois tests d'attitudes. Ils sont présentés plus loin.

Les tests ont été administrés au premier jour de l'internat et, de nouveau, dans la dernière semaine de l'internat, c'est-à-dire après 14 semaines pour une des internes et après 15 semaines pour la seconde. Des mesures ont été prises pour contrôler la confidentialité et la véracité des réponses (par exemple, supervision de la passation, pas d'interactions pendant la passation, etc.). Une période d'une heure a été allouée pour l'administration du test de connaissances et une deuxième période d'une heure a été allouée pour l'administration des trois tests d'attitudes.

Lors de la première administration des tests, une section a servi à recueillir les informations générales sur chacune des répondantes : le sexe, l'âge, la langue maternelle et la langue d'usage, la formation scolaire (nombre d'années de scolarité, description des diplômes de niveau collégial et de niveau universitaire), expériences de travail (rémunérées ou non) auprès d'enfants et / ou d'adolescents (durée, rôle et contexte), autres expériences de travail (durée, rôle et contexte).

3.3.2.1 Test de connaissances

Dans le test de connaissances, le type d'informations recherchées concernait les connaissances acquises par les internes, selon les catégories établies par le Child Life Certifying Committee (1999) pour l'examen conduisant à la certification³. Le test de connaissances qui a été utilisé est un test de pratique («Practice Test») comprenant 50 questions à choix multiple et une grille de correction. Ce test a été développé par la firme Columbia Assessment Services et fait partie d'un guide de préparation à l'examen de certification publié par le Child Life Council (Child Life Certifying Committee, 1999). Cela

³ Ces catégories sont décrites à l'intérieur du tableau 3.1 à la page 39.

impliquait une probabilité que les étudiantes qui ont passé le test l'aient déjà passé en d'autres circonstances. Ainsi, une question d'information générale consistait à demander à chaque répondante : «Avez-vous déjà passé le test de pratique contenu dans le guide de préparation à l'examen de certification du Child Life Council ou le connaissez-vous?» Les réponses à cette question ont confirmé que les deux internes n'avaient jamais passé le test et ne le connaissaient pas.

Aucun coefficient n'était disponible pour indiquer les qualités métrologiques du test de pratique. De plus, le coefficient de fidélité de ce test ne pouvait pas être calculé *a posteriori* étant donné le petit nombre de répondantes. Seule la validité de contenu a été établie. Cependant, ce test apparaissait beaucoup plus adéquat qu'un test qui aurait été construit dans le cadre de cette recherche. Quant à la répartition du contenu du test par catégories, bien qu'elle ne corresponde pas exactement à la répartition des questions dans l'examen de certification, elle est satisfaisante. Le tableau des spécifications de l'examen de certification (Child Life Certifying Committee, 1999, p. 8 à 11) et du test de pratique est présenté au tableau 3.1.

Deux raisons expliquent l'utilisation d'un test de langue anglaise : la traduction d'un test peut affecter sa validité de contenu et le bilinguisme (français / anglais) était un préalable à l'internat offert par le milieu. L'autorisation d'utiliser le test de pratique dans cette recherche a été donnée, par écrit, par la directrice du Child Life Council.

Les scores de chacune des internes, pour le pré-test et le post-test, ont été calculés en fonction de chaque bonne réponse à un item, qui valait un point. Le total des points pour chaque passation du test a ainsi été calculé sur 50. Aucune moyenne entre les résultats des deux internes n'a été calculée, mais l'écart entre le score au pré-test et le score au post-test a été établi pour chaque interne.

3.3.2.2 Les tests d'attitudes

Le type d'informations recherchées sur la dimension affective des répondantes concernait leurs attitudes envers la diversité culturelle, les soins centrés sur la famille et l'accompagnement des enfants en soins palliatifs. Les tests utilisés sont les suivants : le *Multicultural Sensitivity Scale* (MSS) de Jibaja-Rusth *et al.* (1994), le *Family-Centred Care*

Tableau 3.1
Tableau des spécifications de l'examen de certification et du test de pratique

CATÉGORIES	Nbre d'items dans l'examen de certification (n = 150)	Nbre d'items dans le test de pratique (n = 50)	Pourcentage d'items dans l'examen de certification	Pourcentage d'items dans le test de pratique
I. Services directs aux patients				
A. Évaluation diagnostique	40	17	27%	34%
B. Intervention	40	11	27%	22%
C. Évaluation de l'intervention	35	7	23%	14%
D. Planification des interventions	3	1	2%	2%
TOTAL	118	36	79%	72%
II. Services indirects				
A. Administration	8	3	5%	6%
B. Planification	7	2	5%	4%
C. Développement professionnel	6	5	4%	10%
D. Éducation	5	2	3%	4%
E. Supervision	6	2	4%	4%
TOTAL	32	14	21%	28%

Questionnaire-Revised (FCCQ-R) de Bruce (1993) et le *Revised Collett-Lester Scale* (R-CLS) de Lester (1990). Ces tests sont rédigés en anglais pour les mêmes raisons que celles exposées pour le test de connaissances.

Le MSS a été conçu pour mesurer la sensibilité multiculturelle des enseignants envers leurs étudiants (Jibaja-Rusth *et al.*, 1994). Les auteurs du MSS ont la définition suivante de la sensibilité multiculturelle : «la conscience des nuances à l'intérieur de sa propre culture et des autres cultures⁴» (Public Health Service –U.S.A.–, 1992, *in* Jibaja-Rusth *et al.*, 1994, p. 350).

Le MSS est composé de 21 items sur lesquels les répondantes doivent se prononcer. Elles le font en exprimant leur degré d'accord avec l'énoncé à l'aide d'une échelle de réponse de type Likert, mais en six points (au lieu des cinq points habituels), allant de 1 «fortement en désaccord» («Strongly Disagree») à 6 «fortement en accord» («Strongly Agree»).

Le score au test peut aller de 21 à 126 et reflète la sensibilité multiculturelle des répondantes. Plus le pointage est bas, plus la sensibilité multiculturelle de la répondante est grande.

Le coefficient de consistance interne (alpha de Cronbach) du MSS a été mesuré à 0,89 à partir d'un échantillon de 111 infirmières et à 0,90 à partir d'un échantillon de 31 enseignants du secondaire en éducation à la santé. La fidélité test-retest a été mesurée à 0,92 sur une période de deux semaines dans l'échantillon d'enseignants en éducation à la santé. Cette mesure a été effectuée à partir d'une analyse de variance (corrélation univariée intra-classe).

Le test a été légèrement adapté dans le cadre de cette recherche. Ainsi, le terme «students» a été remplacé par le terme «children» dans les questions. De plus, à l'une des questions (numéro 16), le terme «teaching» a été remplacé par l'expression «working with». L'autorisation d'utiliser le test dans cette recherche, avec les adaptations précitées, a été donnée, par écrit, par l'auteur.

Un autre test utilisé, le FCCQ-R, a été conçu pour mesurer les perceptions et les pratiques des professionnels de la santé en rapport avec les soins centrés sur la famille, en

⁴ Multicultural sensitivity has been defined as an awareness of the nuances of one's own and other cultures.

milieu pédiatrique (Bruce, 1993). Le FCCQ-R est une version révisée d'un outil créé par Bruce (1992) pour étudier les perceptions et les pratiques des soins centrés sur la famille chez des infirmières pédiatriques. Il est composé de 45 items comprenant des énoncés sur lesquels les répondantes doivent se prononcer quant à leurs perceptions et quant à leurs pratiques. Elles le font à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points allant de 1 «fortement en désaccord» («Strongly Disagree») à 5 «fortement en accord» («Strongly Agree»).

Ces 45 items sont distribués à l'intérieur de neuf sous-échelles représentant chacune l'une des composantes des soins centrés sur la famille, telles qu'identifiées par l'Association for the Care of Children's Health (ACCH) en 1992. Il s'agit du caractère constant de la famille dans la vie de l'enfant, de la collaboration parent / professionnel, de la reconnaissance de l'individualité de chaque famille, du partage d'informations, du soutien entre parents, du respect des besoins développementaux, du soutien émotif et financier, de la flexibilité dans le fonctionnement des milieux de soins de santé et, finalement, du soutien émotif du personnel (Bruce, 1992).

Le score à ce test peut aller de 45 à 225. Il est utilisé pour indiquer la perception des répondantes à l'égard des soins centrés sur la famille et l'importance qu'elles croient leur accorder dans la pratique. Ainsi, plus le score est élevé, plus les perceptions de la répondante à l'endroit des soins centrés sur la famille sont positives et plus elle croit incorporer ce type de soins à ses pratiques.

Le coefficient de fidélité interne du FCCQ-R a été mesuré à 0,91 pour les perceptions et à 0,92 pour les pratiques (Letourneau et Elliott, 1996). Aucune autre précision n'a été donnée sur la nature de ce coefficient et aucune indication n'a pu être trouvée quant à la fidélité test-retest du FCCQ-R.

Dans le cadre de cette recherche, seule la partie du FCCQ-R portant sur les perceptions à l'endroit des soins centrés sur la famille a été retenue. La raison en est qu'il était impossible, lors de la première administration du test, d'interroger les internes quant à leurs pratiques puisqu'elles n'avaient pas d'expérience en la matière. L'autorisation d'utiliser le test dans cette recherche a été donnée, par écrit, par l'auteure.

Le troisième et dernier test d'attitude est le R-CLS. Il a été conçu pour mesurer l'anxiété reliée à la mort (Lester, 1990). Le R-CLS est une version révisée d'un test créé par

Collett et Lester (1969 ; 1975). Il est composé de 32 items comprenant des énoncés sur lesquels les répondantes doivent se prononcer. Elles le font à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 «Pas anxieux» («not») à 5 «Très anxieux» («very»). Ces 32 items sont distribués également à l'intérieur des quatre sous-échelles suivantes : anxiété par rapport à sa propre mort, anxiété par rapport à son propre mourir (processus de mort), anxiété par rapport à la mort des autres et anxiété par rapport au mourir des autres.

Le score peut aller de 8 à 40 pour chacune des sous-échelles. Il est utilisé pour indiquer l'anxiété des répondantes à l'égard de leur propre mort, de leur propre mourir, de la mort des autres et du mourir des autres. Ainsi, plus le score est élevé, plus l'anxiété de la répondante est élevée.

Le coefficient de fidélité alpha de Cronbach a été mesuré pour chacune des sous-échelles par la méthode des deux moitiés («split-half reliability») auprès d'un échantillon de 73 adultes travaillant en santé mentale. Il s'élevait à 0,91 (mort de soi), 0,89 (son propre mourir), 0,72 (mort des autres) et 0,87 (mourir des autres). La fidélité test-retest (corrélation de Pearson) a été mesurée sur un intervalle de deux jours à partir d'un échantillon de 27 étudiants en psychologie. Pour les quatre sous-échelles mentionnées précédemment, les résultats étaient respectivement de 0,85, 0,79, 0,86 et 0,83. Par ailleurs, Lester (1990) précise que des tests ultérieurs seront nécessaires pour mesurer la fidélité test-retest pour des intervalles plus longs que deux jours. L'autorisation d'utiliser le test dans cette recherche a été donnée, par écrit, par l'auteur.

Les scores de chacune des internes, pour le pré-test et le post-test de chacun des tests d'attitudes, ont été calculés en additionnant les différentes valeurs choisies par les internes, sur l'échelle de Likert ou de type Likert, pour chacun des items. Aucune moyenne entre les résultats des deux internes n'a été calculée, mais l'écart entre le score au pré-test et le score au post-test a été établi pour chaque interne.

3.3.3 Liste de vérification

Une liste de vérification («check list») a été remplie par chacune des internes. Cette liste de vérification a été conçue aux fins de la présente recherche. Elle reprenait le numéro et le nom de chacune des activités proposées dans le programme. Pour chaque activité, la répondante devait noter la semaine pendant laquelle l'activité a été réalisée (ex. : 1^{re} semaine,

10^e semaine). Dans le cas où l'activité n'avait pas lieu, la répondante devait en indiquer la raison principale en plaçant un crochet vis-à-vis l'une des trois raisons suivantes : manque de temps, manque d'intérêt, activité peu pertinente. Un espace pour des commentaires supplémentaires était disponible après la description de chaque activité.

En début de formation, chaque interne a été invitée à remplir la liste de vérification au fur et à mesure qu'elle réaliserait les activités du programme. Les internes ont été informées du fait que cette liste n'avait pas pour objectif de juger du niveau de performance, mais de vérifier les écarts entre le projet tel qu'il était prévu et tel qu'il serait vécu par chaque interne. Les données recueillies grâce aux listes de vérifications ont donc servi à détailler le déroulement de l'internat ainsi qu'à corroborer des informations obtenues lors des entretiens individuels.

Pour ce faire, les données recueillies grâce aux listes de vérification ont été compilées séparément, pour chacune des internes, selon trois aspects différents. Dans un premier temps, le total des activités non réalisées, sur le total des activités prévues pour chaque semaine, a été effectué. Dans un deuxième temps, un calcul a été fait du total des activités ayant été réalisées à une autre semaine que celle étant initialement prévue à l'échéancier. Finalement, le total des activités réalisées, sur le total des activités prévues, a été calculé selon chaque type d'activité. Il va sans dire que la nature des activités effectuées et non effectuées a aussi été prise en considération.

3.3.4 Journal de bord

Un journal de bord, rédigé par l'auteure du présent mémoire et de la recherche, a permis de noter régulièrement les différents phénomènes qui ont pris place en rapport avec l'implantation du programme. Cela pouvait être, par exemple, les difficultés d'une interne ou encore des problèmes ou réussites exprimés par une ou certaines des actrices du milieu.

Le modèle de Gold (*in* Savoie-Zajc, 2000, p. 196) a fourni un cadre intéressant, selon lequel les notes prises dans le journal de bord ont été regroupées en quatre catégories : notes de site, notes théoriques, notes méthodologiques et, finalement, notes personnelles. Ainsi constitué, le journal de bord a servi, lors de l'analyse des données, à rapporter de la manière la plus fidèle possible le déroulement global de l'implantation du programme et à appuyer, au besoin, certaines informations partagées par les actrices du milieu. Le journal de bord a aussi

pu permettre l'identification de quelques-unes des composantes essentielles d'un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique.

Certaines des informations contenues dans le journal de bord ont donc été relevées afin de préciser la description du déroulement de l'internat. Le journal de bord a également fait l'objet d'une analyse de contenu verticale, selon la méthode préconisée par Deslauriers (1991), à la lumière des catégories de données constituées pour chacune des internes (voir 3.3.1). Cela a permis de repérer et de coder les unités d'analyse les plus significatives du journal de bord, compte tenu de leur lien avec les informations comprises dans les catégories de données établies précédemment pour chaque interne. Lors de cette opération, le repérage et le codage des unités d'analyse significatives a aussi été fait selon un deuxième axe. Ainsi, quelques unités d'analyse ont été relevées compte tenu de leur intérêt en rapport avec l'identification des composantes essentielles d'un programme d'internat.

3.3.5 Entretien de groupe

En plus des deux focus groups, dont il a été question précédemment (voir p. 24) et qui étaient en lien avec le développement du programme, un entretien de groupe a été réalisé auprès des membres des services éducatifs qui, pour la plupart, avaient participé aux focus groups. L'échantillonnage des participants était intentionnel.

L'entretien de groupe a eu lieu à la fin du mois de juin 2001. Les six participants, réunis dans une salle de conférence du milieu de recherche, étaient la directrice des services éducatifs, un éducateur et quatre éducatrices, dont l'éducatrice responsable du projet de recherche. Une professionnelle du milieu, ayant accepté de jouer le rôle d'intervieweuse, était également présente. La moyenne d'âge des six participants était de 40 ans et demi, la plus jeune participante étant âgée de 31 ans et la plus âgée ayant 53 ans. La moyenne d'années d'expérience professionnelle des participants était de 13 ans et demi avec un minimum de 7 ans et demi d'expérience et un maximum de 20 ans d'expérience pour deux des participants.

La conception de l'instrument pour l'entretien de groupe a été réalisée pour les fins de cette recherche (voir app. K). Il s'agit d'un entretien semi-structuré à questions ouvertes (sept), dont une dernière question invitait les répondants à s'exprimer sur tout autre point qu'ils jugeraient approprié (Boutin, 1997, p. 28).

Le rôle de l'intervieweuse consistait à poser les questions et à en préciser le sens lorsque nécessaire. Elle devait ramener les participants au questionnement initial s'ils s'éloignaient du sujet. Elle devait s'assurer que chaque participant désirant s'exprimer puisse le faire. Elle a utilisé différentes techniques d'écoute active (l'écho, le reflet, la clarification, le recentrage, le point et la synthèse) et s'est assurée de respecter un rythme soutenu. Elle a pris des notes et dressé de courtes synthèses lorsque cela était approprié de le faire (Boutin, 1997; Taylor et Bogdan, 1998a).

L'intervieweuse était une employée professionnelle du milieu, connaissant bien les techniques d'animation de groupe et ayant de l'expérience dans ce domaine. Cette employée professionnelle avait préalablement été informée de la teneur du projet de recherche et du rôle qu'elle devait jouer comme intervieweuse. Elle avait reçu une copie de la grille d'entretien ainsi que des informations sur le sens de chaque question.

Les thèmes abordés pendant l'entretien de groupe ont été les suivants : la satisfaction globale des répondants en rapport avec l'expérience d'internat, les conditions du programme qui leur sont apparues favorables à la formation des internes, les conditions du programme leur étant apparues défavorables à la formation des internes, les modifications à apporter au programme, les acquis et les pertes liés à l'expérience telle que vécue par l'équipe des services éducatifs.

L'entretien de groupe a duré une heure et vingt minutes. Il a été enregistré sur bande sonore et a été transcrit *verbatim* dans les jours qui ont suivi. L'analyse de ces données a permis d'appuyer certaines des informations provenant des deux internes. Le contenu de cet entretien a également servi à l'apport d'idées intéressantes dans la partie de cette recherche visant à identifier les composantes jugées essentielles à un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs.

La transcription de l'entretien de groupe a été soumise à l'analyse de contenu verticale selon la méthode exposée par Deslauriers (1991). Lors de cette opération, le repérage et le codage des unités d'analyse significatives ont été faits selon deux axes différents. Ainsi, une première lecture de l'entretien de groupe a permis de relever et de coder les unités d'analyse significatives quant aux catégories de données constituées pour chacune des internes (*voir* 3.3.1) et de les ajouter aux catégories concernées. Quant à la seconde lecture, elle a permis de

dégager les unités d'analyse significatives en rapport avec les composantes essentielles d'un programme d'internat.

3.3.6 Bilan-synthèse

Le bilan-synthèse est un dernier travail écrit que les internes devaient produire. Il est composé de deux parties; la première consiste en un bilan de type descriptif et administratif et la seconde est une réflexion de l'interne en rapport avec sa compréhension du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique et en rapport avec l'identification du style qui lui est propre. Pour la rédaction des deux parties du bilan, des questions avaient été rédigées pour guider les internes (*voir* appendice H, p. 221-222).

Les deux bilans-synthèses ont été utilisés, lors de l'analyse des résultats, dans le but de préciser le déroulement de l'internat et de supporter certains des propos émis par les internes lors des entretiens individuels. Pour ce faire, des informations contenues dans la partie administrative du bilan ont été relevées afin de détailler la description du déroulement de l'internat. Quant à la deuxième partie du bilan-synthèse, elle a fait l'objet, pour chaque interne, d'une analyse de contenu verticale permettant le repérage et le codage d'unités d'analyse significatives, selon la méthode exposée par Deslauriers (1991). Ainsi, des unités de sens ont été relevées compte tenu de leur lien avec les informations comprises dans les catégories de données établies précédemment pour chaque interne (*voir* 3.3.1).

3.4 Aspects déontologiques

Tous les participants à cette recherche ont été informés oralement et par écrit des aspects déontologiques. Le consentement a été obtenu par écrit, dès l'utilisation du premier instrument, en ce qui concerne les membres des services éducatifs et le premier jour de l'internat, ainsi qu'au moment du deuxième entretien individuel, en ce qui concerne les internes. Les formulaires de consentement étaient disponibles en anglais et en français, compte tenu des exigences du milieu.

L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été protégés lors du traitement et de l'analyse des informations. Une seule et unique liste des noms et des coordonnées des répondants a été constituée. Elle a été conservée sous clé dans un local des services éducatifs et, en fin de recherche, au domicile de l'auteur du mémoire. Chacun des

noms mentionnés sur cette liste était associé à un numéro de code. Seul ce numéro était inscrit sur les tests, les listes de vérification, les bandes sonores et les documents de travail. Dès la fin de la compilation des données, la liste des noms associés aux codes a été détruite. Toutes les cassettes audio ont été conservées sous clé dans un classeur au domicile de l'auteur du mémoire et elles ont été effacées après la transcription des entretiens.

L'anonymat et la confidentialité sont également respectés dans la diffusion des résultats de la recherche. En ce qui concerne les participants membres du personnel des services éducatifs, les informations diffusées ne permettent pas de savoir ce qu'a dit un individu en particulier. Les renseignements individuels ou les informations données par une ou l'autre personne en particulier n'ont pas été diffusés. Des extraits d'entretien ont été cités, mais d'une façon ne permettant pas d'identifier les personnes concernées.

Toujours relativement à la diffusion des résultats de la recherche, l'anonymat des internes et la confidentialité des informations qu'elles ont partagées ont été respectés grâce aux mesures suivantes. L'anonymat des internes a été protégé grâce à l'utilisation de prénoms fictifs. En ce qui concerne la confidentialité des propos tenus par les internes, elle a été assurée. Cependant, les mesures suivantes ont été prises pour obtenir leur consentement éclairé afin de pouvoir présenter des extraits de leurs propos. Les internes ont été invitées à prendre connaissance du texte de l'étude de cas les concernant et à donner leur consentement à la citation d'extraits d'entretien ainsi qu'à la diffusion de renseignements individuels ou d'informations, mais sans mention de leurs noms. Ainsi, aucune citation ou information concernant l'une ou l'autre des internes n'a pu être utilisée dans ce mémoire sans leur consentement.

Le projet de recherche a été soumis à l'Institut de recherche du milieu visé (approbation fondée sur le mérite scientifique) ainsi qu'au Comité d'examen de l'hôpital (approbation éthique). Les conditions requises par ces deux comités ont été respectées.

3.5 Analyse générale en vue de la rédaction des études de cas

La première des étapes ayant conduit à la rédaction des études de cas a consisté à comparer les données principales, obtenues lors de l'analyse des deux séries d'entretiens individuels auprès de chaque interne, avec les données complémentaires provenant des tests, des listes de vérification, des bilans-synthèse, du journal de bord de l'auteur du mémoire et

de l'entretien de groupe. La comparaison des données principales et complémentaires visait la triangulation des sources et des méthodes. C'est donc par ce procédé que des éléments significatifs provenant des sources complémentaires de données ont pu être ajoutés aux données principales, constituant, selon une appellation de Yin (1984), une base de données pour chaque étude de cas («case study data base») (*in* Merriam, 1988, p. 126).

Avant de procéder à l'écriture des études de cas à proprement parler, un scénario («story line») a été élaboré, selon l'une des suggestions de Taylor et Bogdan (1998b, p. 151). C'est en utilisant ce scénario que les éléments significatifs ayant émergé lors des étapes précédentes ont pu être insérés dans une structure narrative cohérente. Chacune des internes a ensuite pu procéder à la lecture de l'étude de cas la concernant afin de pouvoir donner son consentement à la diffusion des informations et des détails y étant inclus.

3.6 Analyse des données en vue de l'identification des composantes essentielles d'un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique

Afin d'identifier les composantes essentielles d'un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs, certaines données recueillies dans le cadre de cette recherche ont été prises en considération. Il s'agit des informations partagées par les internes, de certaines des réponses fournies par les membres des services éducatifs lors de l'entretien de groupe et de quelques réflexions tirées du journal de bord de l'auteure de la présente recherche. Ces informations ont été catégorisées selon les diverses parties constituant le programme d'internat auxquelles s'est ajouté le point «Structure générale du programme».

Une analyse de contenu thématique transversale (Deslauriers, 1991) a ensuite été effectuée afin de relever les éléments ayant été mentionnés à plus d'une reprise, c'est-à-dire par au moins une interne et l'équipe des services éducatifs ou encore par les deux internes. Par contre, à quelques reprises, des éléments ayant été mentionnés seulement une fois ont été conservés, car ils semblaient particulièrement judicieux par rapport à certaines théories et pratiques présentées précédemment (*voir* chapitre 2) ou parce qu'ils avaient été très significatifs pour une des internes ou pour l'équipe des services éducatifs.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Les résultats de cette recherche sont de deux ordres. Le premier ensemble est relatif au programme de formation. Quant au deuxième ensemble de résultats, il permet de répondre aux deux sous-questions de recherche, soit d'établir le vécu des internes quant à leur expérience de formation professionnelle et d'identifier des composantes essentielles d'un programme d'internat en services éducatifs, lorsque les internes n'ont pas de formation initiale dans le domaine immédiat. Voyons d'abord les résultats obtenus grâce aux focus groups et la description du programme qui en a résulté.

4.1 Le programme

Plusieurs des résultats de cette recherche sont relatifs à l'élaboration du programme d'internat. En effet, le programme présenté ici est le produit de la collecte de données effectuée au moyen de deux focus groups ainsi que des informations extraites de quatre programmes existants (Cantore et Daigneau, 1997; Ash et Goldberger, 1999; Fingerhut et Bright, 1999; White et Brechwald, 2000) et de quatre ouvrages significatifs dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique (Thompson et Stanford, 1981; Gaynard *et al.* 1990; Child Life Council, 1994; Lansdown, 1996).

4.1.1 Résultats de l'analyse de contenu du premier focus group

Voici, sous forme de tableaux, la synthèse des résultats de l'analyse de contenu du premier focus group qui a contribué à l'élaboration de la version préliminaire du programme. Cette synthèse est présentée selon les composantes de la grille d'analyse décrite auparavant (voir 3.2.2.1). Elle est composée des objectifs (voir tableau 4.1), des éléments de contenu (voir tableau 4.2) et des activités et méthodes de formation (voir tableau 4.3) mentionnés par les participants au premier focus group.

Tableau 4.1
Les objectifs émergeant des résultats du premier focus group

<i>1. Objectifs de connaissance</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avoir une connaissance du milieu pédiatrique. 2. Connaître le vocabulaire médical de base. 3. Avoir une connaissance des services éducatifs. 4. Avoir une connaissance du Child Life Council. 5. Donner une définition simple et précise du rôle d'éducatrice en milieu pédiatrique. 6. Avoir une connaissance des débouchés professionnels possibles. 7. Articuler le rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique par rapport aux rôles des autres professionnels de la santé, dans un contexte multidisciplinaire. 8. Comprendre les éléments de l'éthique professionnelle. 9. Comprendre le rôle des autres professionnels de la santé ainsi que les limites inhérentes à chaque rôle. 10. Connaître le développement normal de l'enfant. 11. Connaître des notions de base en pédo-psychiatrie. 12. Connaître les mécanismes d'adaptation dans les situations de stress. 13. Connaître les effets de la maladie et / ou de l'hospitalisation sur l'enfant et la famille. 14. Comprendre les différents éléments des soins centrés sur la famille. 15. Comprendre les effets de l'environnement sur les expériences de soins de santé. 16. Être familière avec la littérature professionnelle de base.
<i>2. Objectifs de travail sur soi</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prendre conscience de ses affinités, ses forces et ses faiblesses. 2. Développer une confiance professionnelle. 3. Reconnaître ses limites et les accepter. 4. Prendre conscience des valeurs rattachées à sa propre culture et de ses préjugés et croyances face aux personnes de différentes cultures. 5. Adopter une juste distance affective avec les familles. 6. Conserver un équilibre affectif malgré les situations de souffrance et de perte auxquelles elle doit faire face. 7. Démontrer une attitude de souplesse. 8. Être attentive aux différents styles de pratique et examiner le sien. 9. Avoir de l'intérêt à développer son identité professionnelle. 10. Être à l'aise dans ses relations avec les adultes, et non seulement avec les enfants. 11. Faire preuve d'autonomie dans la réalisation de ses tâches. 12. Respecter le code d'éthique.

Tableau 4.1
Les objectifs émergeant des résultats du premier focus group (suite)

3. <i>Objectifs d'habiletés d'intervention</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégrer à sa pratique les éléments des soins centrés sur la famille : <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Jouer un rôle d'avocat pour l'enfant et sa famille. 1.2. Être capable de se situer au niveau de la perspective de l'enfant et du parent. 1.3. Respecter la perspective des autres professionnels tout en assurant la promotion des besoins de l'enfant et de sa famille. 2. Travailler efficacement en équipe dans le respect de chacun. 3. Démontrer respect et ouverture face aux personnes de différentes cultures. 4. Communiquer oralement et par écrit avec différents professionnels en adoptant un style approprié. 5. Écrire aux dossiers de manière appropriée. 6. Observer et évaluer les situations rapidement. 7. «Prioriser» les interventions selon les besoins. 8. Gérer des situations de stress. 9. Établir des liens rapidement avec les enfants. 10. Animer un groupe tout en observant un individu à la fois. 11. Rattacher ses interventions à des théories pertinentes. 12. Animer des activités et effectuer des interventions seule.
--	--

Tableau 4.2
Les éléments de contenu émergeant des résultats du premier focus group

1. <i>Connaissances scientifiques</i>	1.1. Aspects organisationnels 1.1.1. vocabulaire médical de base 1.2. Théories de la croissance et du développement de l'enfant et de l'adolescent 1.2.1. développement normal de l'enfant 1.2.2. notions de base en pédo-psychiatrie 1.2.3. attachement et séparation 1.3. Effets de la maladie et / ou de l'hospitalisation sur l'enfant et la famille 1.4. Soins centrés sur la famille 1.5. Effets de l'environnement sur les expériences de soins de santé
2. <i>Connaissances instrumentales</i>	2.1. Aspects organisationnels 2.1.1. milieu pédiatrique 2.1.2. rôle des autres professionnels de la santé et limites inhérentes à chaque rôle 2.2. Les services éducatifs 2.2.1. services éducatifs (nature et objectifs) 2.2.2. Child Life Council (mission et objectifs) 2.2.3. éthique professionnelle 2.2.4. littérature de base 2.3. Techniques d'intervention 2.3.1. mécanismes d'adaptation dans les situations de stress 2.3.2. jeu médical 2.3.3. visualisation, imagerie, distraction 2.3.4. préparation aux procédures médicales 2.4. L'éducatrice en milieu pédiatrique 2.4.1. son rôle 2.4.2. rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique par rapport aux rôles des autres professionnels de la santé 2.4.3. débouchés professionnels possibles
3. <i>Connaissance de soi</i>	3.1. Ses valeurs, préjugés et croyances 3.1.1. valeurs rattachées à sa propre culture 3.1.2. préjugés et croyances face aux personnes de différentes cultures 3.2. Sa capacité de distance affective 3.2.1. juste distance affective avec les familles 3.2.2. moyens appropriés de faire face à la souffrance dont elle est témoin 3.3. Ses aptitudes 3.3.1. souplesse 3.3.2. confiance professionnelle 3.3.3. être à l'aise dans ses relations avec les adultes, et non seulement avec les enfants 3.3.4. autonomie 3.3.5. respect du code d'éthique

Tableau 4.2
Les éléments de contenu émergeant des résultats du premier focus group (suite)

3. <i>Connaissance de soi</i> (suite)	3.4. Sa capacité d'introspection professionnelle 3.4.1. affinités, forces et faiblesses 3.4.2. limites 3.4.3. différents styles de pratique et le sien 3.4.4. identité professionnelle
4. <i>Connaissance des pratiques d'intervention</i>	4.1. Les soins centrés sur la famille 4.1.1. rôle d'avocat pour l'enfant et sa famille 4.1.2. perspective de l'enfant et du parent 4.1.3. promotion des besoins de l'enfant et de sa famille et perspective des autres professionnels 4.2. La communication auprès des familles et la relation d'aide 4.2.1. personnes de différentes cultures 4.2.2. liens avec les enfants 4.2.3. communication non-verbale 4.2.4. relation d'aide 4.3. La communication auprès des professionnels 4.3.1. travail efficace en équipe dans le respect de chacun 4.3.2. communication selon les différents professionnels 4.3.3. écriture aux dossiers 4.4. L'observation et l'évaluation-diagnostique 4.4.1. analyse des situations 4.4.2. interventions selon les besoins 4.5. L'intervention 4.5.1. situations de stress 4.5.2. le groupe et les individus 4.5.3. liens entre les interventions et les théories pertinentes 4.5.4. animation en solo 4.5.5. jeu médical 4.5.6. visualisation, imagerie, distraction 4.5.7. préparation aux procédures médicales 4.5.8. accompagnement pendant les procédures médicales 4.5.9. suivi après une procédure médicale

Tableau 4.3

Les activités et méthodes de formation émergeant des résultats du premier focus group

1. <i>Activités centrées surtout sur le formateur ou son substitut</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rencontres de développement professionnel de l'équipe des services éducatifs 2. Conférences médicales, conférences des soins infirmiers ou toute autre conférence pertinente
2. <i>Activités impliquant simultanément formateur et participants</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Travail auprès de deux accompagnatrices (une par rotation) dans différents départements (unités de soins et services ambulatoires) avec différentes clientèles 2. Rencontre hebdomadaire des internes avec une superviseure 3. Rencontre avec les membres des services éducatifs, en début de stage 4. Sessions de formation «sur mesure» offertes par des membres des services éducatifs
3. <i>Activités centrées surtout sur les participants</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introspection permettant l'identification de ses objectifs prioritaires 2. Planification et animation (en solo) d'activités de groupes et individuelles 3. Présentation sur un thème de son choix 4. Présentations orales d'études de cas 5. Création d'un projet réaliste et soumis à l'approbation des accompagnatrices et de la superviseure 6. Rédaction d'un fait d'observation ou d'une réflexion, à chaque semaine, en rapport avec un élément de la pratique clinique spécialement ciblé (ex. : jeu médical, préparation aux procédures médicales, soutien pendant les procédures) 7. Lectures 8. Rédaction d'un bilan-synthèse au terme de l'expérience d'internat

Parmi les objectifs (voir tableau 4.1), ce sont les 16 objectifs de *connaissance* qui sont les plus nombreux. Par ailleurs, il est intéressant de remarquer que les objectifs de *travail sur soi* sont très bien représentés : ils sont au nombre de 12, tout comme les objectifs d'*habiletés d'intervention*. Ceci est assez original, compte tenu que dans les «Compétences de l'éducateur en milieu pédiatrique» établies par le Child Life Council (1994), aucune compétence n'est clairement identifiée comme étant rattachée au *travail sur soi*. En effet, les compétences sont classées comme étant reliées à des connaissances ou à des habiletés mais jamais au *travail sur soi* ou à des attitudes.

En rapport avec les éléments de contenu (voir tableau 4.2), plusieurs éléments originaux méritent d'être soulignés. Ce sont des éléments n'apparaissant pas dans les compétences établies par le Child Life Council, mais qui ont été mentionnés en focus group. Il s'agit des éléments suivants :

- éléments de *connaissances «scientifiques»* : les soins centrés sur la famille;
- éléments de *connaissance instrumentale* : éthique professionnelle, jeu médical, définition du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique;
- éléments de *connaissance de soi* : presque tous les éléments mentionnés dans le tableau sous cette rubrique, sauf deux (valeurs rattachées à sa propre culture et respect du code d'éthique);
- éléments de *connaissance des pratiques d'intervention* : tous les éléments mentionnés sous les soins centrés sur la famille, la communication auprès des familles et la relation d'aide, la communication auprès des professionnels (sauf l'écriture aux dossiers) ainsi que la visualisation, l'imagerie, la distraction et l'accompagnement pendant les procédures médicales.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner à quoi tient l'originalité de ces éléments de contenu. Ils n'ont pas été «inventés» par le milieu, mais ils ont été «nommés», c'est-à-dire qu'ils ont clairement été identifiés, probablement pour la première fois, comme devant faire partie d'un programme d'internat s'adressant à des internes n'ayant pas de formation initiale dans le domaine des services éducatifs.

En ce qui concerne les activités et méthodes de formation (voir tableau 4.3), il s'agit principalement d'activités centrées surtout sur les participants (8 activités), suivies par des

activités impliquant simultanément formateur et participants (4 activités). Quant aux activités centrées surtout sur le formateur ou son substitut, elles ne sont qu'au nombre de deux, ce qui semble tout à fait cohérent dans un contexte d'internat, compte tenu de la nature de ce type de formation.

Il convient de souligner que, lors du premier focus group, les membres ont préféré retenir l'écriture hebdomadaire d'un fait d'observation ou d'une réflexion comme activité, plutôt que l'écriture quotidienne dans un journal de bord. Ce choix est relié à une autre décision prise en focus group quant à l'importance, pour les internes, de vivre des expériences ciblées à chaque semaine, leur permettant d'aborder tous les éléments de base de la pratique clinique.

Les participants au premier focus group ont suggéré des moyens d'évaluation des apprentissages. Ce sont les suivants : l'auto-évaluation à partir des objectifs de départ; une grille d'observation remplie par les accompagnatrices et la superviseure; un rapport final avec certains thèmes à traiter de manière obligatoire et le portfolio.

En ce qui concerne les attentes propres au personnel clinique, les besoins exprimés étaient en lien avec le respect des limites de chaque membre de l'équipe en rapport avec le développement et l'implantation du programme d'internat. Les membres s'entendaient pour dire qu'il allait être très important de pouvoir discuter de ce que le projet faisait vivre à chacun et des difficultés rattachées à la transition entre l'accompagnement d'étudiants de niveau collégial (ce à quoi les membres étaient habitués) et l'accompagnement d'internes de niveau universitaire se préparant à exercer la profession. De plus, une des membres a mentionné qu'une formation au niveau des techniques d'entrevue auprès des internes serait appréciée. Ces attentes de l'équipe ont été prises en considération et ont donné lieu, entre autres, à une rencontre de développement professionnel sur l'utilisation de la rétroaction avec les internes selon l'approche suggérée par Fortin et Laurin (1993).

4.1.2 Résultats de l'analyse de contenu du deuxième focus group

Le tableau 4.4 (p. 57 à 60) constitue une synthèse des résultats du deuxième focus group. Il regroupe, dans la colonne de gauche, les commentaires, préoccupations ou recommandations des participants en rapport avec la version préliminaire du programme.

Tableau 4.4
Synthèse du contenu du deuxième focus group

Commentaires, préoccupations ou recommandations des participants	Mesures à prendre ou changements proposés
Orientations du programme :	
-Il est intéressant que le programme mette l'accent sur la compétence multiculturelle et le développement de l'identité professionnelle.	
-Il serait important que les internes fassent une réflexion sur les courants psychologiques desquels les services éducatifs en milieu pédiatrique s'inspirent.	-Ajout d'un objectif et d'un élément de contenu et modification à la deuxième partie du bilan-synthèse (<i>voir</i> les deux sections suivantes du tableau ainsi que la section sur les moyens d'évaluation des apprentissages).
Objectifs visés par le programme d'internat :	
-La grande quantité d'objectifs permet de voir la globalité de la profession.	
-Les objectifs de travail sur soi sont appréciés.	
-Il manque un objectif d'acquisition de connaissances en rapport avec l'identification des principaux courants psychologiques desquels les services éducatifs en milieu pédiatrique s'inspirent.	-Ajout de l'objectif suivant dans la première partie du programme, p. 194, et dans la deuxième partie du programme, semaine 14, p. 222 (<i>voir</i> appendice H): <i>83. Identifier les principaux courants philosophiques et psychologiques qui sont pertinents au domaine des services éducatifs.</i>
Contenu :	
-Le volet sur l'administration des programmes est considéré important bien que certains membres de l'équipe se sentent moins à l'aise avec cet aspect de la pratique.	-Il est possible pour tous de faire les lectures recommandées pour les internes. Peut-être que ce volet pourrait faire l'objet d'une réunion de développement professionnel.
-On vérifie si le concept de «quality assurance» apparaît dans le programme.	-Le concept de «quality assurance» apparaît dans certains des documents que les internes auront à lire.
-Il serait important d'ajouter un élément de contenu en rapport avec les courants psychologiques desquels les services éducatifs en milieu pédiatrique s'inspirent.	-Ajout d'un élément de contenu dans la première partie du programme, p. 197, partie 6, sous 1) Définition du rôle, et dans la deuxième partie du programme, semaine 14, p. 222 (<i>voir</i> appendice H): <i>c) Différents courants philosophiques et psychologiques pertinents au domaine des services éducatifs.</i>
-La pertinence de l'élément de contenu suivant est remise en question : «Procédures médicales de base, terminologie, étiologie et évolution associées aux maladies spécifiques à sa clientèle.»	-Il s'agit ici de notions de base. L'exercice demandé quant à cet élément de contenu est très simple (<i>voir</i> appendice H, p. 205, deuxième partie du programme, semaine 2, fiche <i>Approfondissement d'un diagnostic</i>). On vise à ce que l'interne ait suffisamment de connaissances à ce niveau pour pouvoir communiquer efficacement avec l'équipe et la famille. Cet élément de contenu s'acquiert au fil des ans, pas pendant la durée d'un internat.

Tableau 4.4
Synthèse du contenu du deuxième focus group (suite)

Commentaires, préoccupations ou recommandations des participants	Mesures à prendre ou changements proposés
Activités et méthodes de formation :	
-Il sera très difficile d'organiser des activités de groupe dans les unités de soins.	-Une certaine flexibilité sera accordée à ce niveau. Par exemple, il serait possible d'attendre que l'interne soit basée dans une clinique de services ambulatoires pour lui demander de réaliser des activités de groupe. -Autre solution : Regrouper des patients des 6 ^e et 7 ^e étages au Centre de ressources pour les familles ou sur la terrasse.
-Les internes doivent apprendre à chercher de l'aide des membres du personnel au besoin.	-Il faudra faire attention de soutenir les internes comme si elles étaient des membres du personnel. (Pas de surprotection.)
-Il doit y avoir une souplesse dans le programme par rapport aux exigences.	-Ajout, au début de la deuxième partie du programme (voir appendice H, p. 202), d'une introduction précisant que la réalisation des différentes activités et l'utilisation des fiches de travail sont fortement suggérées mais qu'il y a d'autres possibilités d'organisation du travail qui pourront être discutées entre l'interne, l'accompagnatrice et la superviseuse, tout dépendant des ressources du milieu et de l'interne. -Dans la première partie du programme (voir appendice H, p. 201), les remplacements suivants seront effectués : <i>Plutôt que L'interne s'assure de remplir toutes les exigences obligatoires relatives au programme d'internat; lire : L'interne s'assure de remplir les exigences relatives au programme d'internat.</i> <i>Plutôt que L'interne informe ses accompagnateurs lorsque leur soutien est nécessaire à l'accomplissement des exigences obligatoires relatives à l'internat; lire : L'interne informe ses accompagnateurs lorsque leur soutien est nécessaire à l'accomplissement des exigences relatives à l'internat.</i> -Dans la deuxième partie du programme, remplacer «lectures obligatoires» par «lectures fortement suggérées».
-Entre autres, il pourrait arriver que l'accompagnatrice ne soit pas en mesure de démontrer telle ou telle pratique au moment souhaité.	-Cela pourrait vouloir dire, par exemple, qu'une interne irait passer quelques heures avec un autre membre des services éducatifs afin d'aller chercher une expertise dans un domaine bien particulier.
-Des précisions sont demandées quant à une des responsabilités de l'accompagnatrice : «rencontre l'interne sur une base quotidienne (environ 30 minutes par jour).»	-Il peut s'agir de quinze minutes de planification le matin et de quinze minutes de retour à la fin de la journée. Il sera précisé, dans la première partie du programme (voir appendice H, p. 201), que ces 30 minutes ne sont «pas nécessairement consécutives».

Tableau 4.4
Synthèse du contenu du deuxième focus group (suite)

Commentaires, préoccupations ou recommandations des participants	Mesures à prendre ou changements proposés
Activités et méthodes de formation (suite) :	
-On s'interroge sur la charge de travail de la superviseure.	-Cette personne doit se sentir prête à jouer ce rôle. Il pourrait y avoir un partage de certaines des tâches avec les accompagnatrices, si les gens sont d'accord, par exemple en ce qui concerne la lecture des faits hebdomadaires et le fait de les commenter.
-La longueur des rencontres de supervision (une heure et demie) semble appropriée, mais le moment de la semaine ne l'est pas (vendredi en fin d'après-midi).	-Les réunions auront lieu le vendredi entre 13 h 30 et 15 h. Cela permettra aux internes d'avoir leur temps de travail personnel le vendredi, tout comme les autres jours de la semaine.
-On s'interroge quant à l'évaluation des accompagnatrices par les internes.	-C'est une pratique habituelle, que le milieu avait déjà avec les étudiantes du collégial. Le formulaire a été soumis à l'approbation des membres de l'équipe lors de son élaboration.
-Lorsqu'il est demandé aux internes d'interviewer un professionnel d'une autre discipline, à la semaine 5, une possibilité de «shadowing» pourrait être offerte.	-Dans la deuxième partie du programme, à la semaine 5 (voir appendice H, p. 210), ajout de la phrase suivante : <i>Dans la mesure où cela vous intéresse et où cela est possible, vous pourriez convenir d'un moment pendant lequel vous suivriez ce professionnel dans l'exercice de ses fonctions (shadowing).</i>
Moyens d'évaluation des apprentissages :	
-Les grilles d'évaluation sont appropriées, claires et simples à utiliser.	
-On s'interroge quant à la charge de travail représentée par la création d'un portfolio. On propose que l'interne ait le choix entre la création d'un portfolio ou la rédaction d'un journal de bord.	-L'interne se verra encouragée, dans l'introduction à la deuxième partie du programme, à tenir un journal de bord quotidien OU à créer un portfolio, et ce, dans le but de faciliter la rédaction de son bilan-synthèse (voir page 202 de la deuxième partie du programme, appendice H). Le portfolio ne fait donc plus partie des moyens d'évaluation (retrait de la mention du portfolio, à deux endroits).
-Quelques questions doivent être ajoutées au bilan-synthèse en rapport avec l'objectif suivant : 83. <i>Identifier les principaux courants philosophiques et psychologiques qui sont pertinents au domaine des services éducatifs.</i>	-La question suivante pourrait être ajoutée au bilan-synthèse, deuxième partie (voir app. H, p. 222), sous <i>Interventions : À quel(s) grand(s) courant(s) philosophique(s) et / ou psychologique(s) croyez-vous que la majorité de vos interventions appartient?</i> Une des questions pourrait être modifiée ainsi : En quoi pouvez-vous affirmer que vos interventions tendent à avoir une portée éducative <i>plutôt que thérapeutique?</i> (voir app. H, p. 222)

Tableau 4.4
Synthèse du contenu du deuxième focus group (suite)

Commentaires, préoccupations ou recommandations des participants	Mesures à prendre ou changements proposés
<u>Point de vue global sur le programme :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> -Suit les recommandations du Child Life Council. -Très détaillé. -Très structuré. -Très complet et dense. -Bon encadrement offert aux internes. -Correspond au niveau des internes qui seront accueillies. 	<ul style="list-style-type: none"> -Il a été prévu d'interroger les internes face à la somme de travail. -Il a été prévu, dans la lettre expliquant les particularités du programme, d'aviser les candidates qu'il s'agit d'un programme exigeant et qu'il est fortement recommandé que l'interne n'ait pas d'emploi au moment où elle accomplira l'internat.

Dans la colonne de droite, correspondant aux éléments de la colonne de gauche, sont présentés les mesures à prendre ou les changements proposés. Cette synthèse est découpée selon les points de discussion du deuxième focus group : orientations du programme, objectifs visés, éléments de contenu, activités et méthodes de formation, moyens d'évaluation des apprentissages et point de vue global sur le programme.

Quelques résultats provenant du deuxième focus group méritent une attention particulière. Le point de vue global des participants au focus group est très positif. Ils apprécient que le programme suive les recommandations du Child Life Council, soit très détaillé, bien structuré et favorise un bon encadrement des internes. Les participants soulignent qu'il est intéressant que le programme mette l'accent sur la compétence multiculturelle et le développement de l'identité professionnelle (objectifs de *travail sur soi*). De plus, les grilles d'évaluation sont qualifiées d'appropriées, claires et simples à utiliser. Par ailleurs, un questionnement émerge en rapport avec la charge de travail exigée des internes. Les recommandations suivantes ont été faites relativement à ce point.

- Avant même leur entrée dans le programme, il importe d'aviser les candidates qu'il s'agit d'un programme exigeant et qu'il est fortement recommandé que les internes n'aient pas d'emploi au moment où elles accomplissent l'internat.
- Il doit y avoir une souplesse dans l'application du programme par rapport aux activités demandées. Les activités ne doivent pas être obligatoires mais fortement suggérées. La possibilité de faire des ajustements, quant au contenu, à la forme ou au moment de la réalisation des activités, doit être connue des internes.
- La création d'un portfolio est retirée des moyens d'évaluation, mais elle devient une activité de formation facultative, suggérée à l'interne pour faciliter la rédaction de son bilan-synthèse, l'autre activité suggérée étant la tenue d'un journal de bord.

Aucun objectif n'a été retiré du programme, ni modifié, suite au deuxième focus group, mais un objectif s'est ajouté. Il s'agit d'un objectif d'*acquisition de connaissances* en rapport avec l'identification des principaux courants psychologiques desquels les services éducatifs en milieu pédiatrique s'inspirent. Dans la même foulée, un élément de contenu a été ajouté au programme et une question supplémentaire a été insérée dans le bilan-synthèse.

4.1.3 Programme d'internat proposé aux deux internes

La version finale du programme d'internat, tel que proposé aux deux internes, se trouve en appendice H. La première partie du programme d'internat comprend des buts et orientations, des objectifs généraux (10) ainsi que des objectifs spécifiques d'*acquisition de connaissances* (40), de *travail sur soi* (14) et de *développement d'habiletés d'intervention* (37). Le tableau 4.5 propose une compilation des nombres d'objectifs spécifiques originaux (c'est-à-dire provenant des compétences établies par le Child Life Council), retirés, ajoutés et modifiés, ainsi que le total des objectifs spécifiques proposés dans le programme d'internat. À la lecture de ce tableau, il est intéressant de remarquer que peu d'objectifs ont été retirés (4), qu'un petit nombre ont été modifiés (9), mais que plusieurs ont été ajoutés (28).

Certains des objectifs de *connaissance* et d'*habiletés d'intervention* ajoutés ont servi à préciser des apprentissages de base devant absolument être effectués par des internes n'ayant pas de formation initiale dans le domaine des services éducatifs. Une partie des objectifs ajoutés a également permis une mise à jour des compétences établies par le Child Life Council en rapport avec des problématiques ayant pris plus d'importance dans le domaine des soins de santé aux enfants ces dernières années. Il s'agit des soins centrés sur la famille, de la compétence multiculturelle, de l'éthique professionnelle et de la gestion du stress et de la douleur.

L'ajout d'objectifs rattachés à la *connaissance de soi* est, pour sa part, d'une nature différente. Il semble que, sur ce plan, les membres ayant participé au focus group aient fait preuve d'une vision vraiment originale sur l'importance devant être accordée à la *connaissance de soi* pendant une formation d'éducatrice en milieu pédiatrique.

La première partie du programme (*voir* appendice H) comprend également des éléments de contenu, une description des activités de formation et une énumération des moyens d'évaluation des apprentissages. Cette première partie se conclut par l'énumération des responsabilités de la superviseure, des accompagnatrices et des internes. La deuxième partie du programme (*voir* appendice H) reprend les éléments de la première partie, mais en les intégrant dans un échéancier proposant, pour chaque semaine, les éléments de contenu et les objectifs visés ainsi que les activités proposées, les ressources requises, les moyens d'évaluation (s'il y a lieu) et les travaux personnels que l'interne doit réaliser. Seuls les

Tableau 4.5
 Compilation des objectifs spécifiques originaux, retirés, ajoutés, modifiés
 et proposés dans le programme d'internat

TYPE D'OBJECTIFS	Originaux	Retirés	Ajoutés	Modifiés	Total dans le programme d'internat
<i>Connaissance</i>	30	1	11	2	40
<i>Travail sur soi</i>	2		12	2	14
<i>Habiletés d'intervention</i>	35	3	5	5	37
Total	67	4	28	9	91

objectifs d'*acquisition de connaissances* ont été inscrits à l'intérieur de l'échéancier puisque les objectifs de *travail sur soi* et de *développement d'habiletés d'intervention* se retrouvent dans les grilles d'évaluation. Ces grilles, utilisées à trois reprises par l'interne et à deux reprises par les accompagnatrices et la superviseure dans le courant de l'internat, visent la vérification du degré d'atteinte des objectifs de *travail sur soi* et de *développement d'habiletés d'intervention*. Elles se retrouvent à la fin du programme d'internat, après la liste des références.

4.2 L'histoire de Diane et de Sara

Une partie du deuxième ensemble de résultats obtenus dans la présente recherche est constituée de l'histoire de Diane et de celle de Sara, les deux internes qui ont suivi le programme de formation qui vient d'être présenté. Leurs histoires respectives sont ici décrites selon les trois dimensions suivantes : antécédents et motivations, trajectoire de formation et, finalement, conditions ayant présidé à leur formation.

4.2.1 Antécédents et motivations de Diane

Diane (nom fictif) est une jeune femme de 31 ans. Le français constitue sa langue maternelle et sa langue d'usage. Elle a complété 18 ans de scolarité, dont des études collégiales en arts et lettres, un baccalauréat en psychologie et un certificat de compétence en espagnol.

Diane a une bonne expérience de travail et de bénévolat auprès d'enfants et d'adolescents lorsqu'elle commence l'internat. En effet, elle a travaillé trois ans comme aide-institutrice et institutrice en patinage artistique. De plus, elle est bénévole depuis six ans dans le milieu hospitalier pédiatrique où se déroule l'internat. Son bénévolat dans ce milieu s'est effectué principalement au centre de jour d'hématologie-oncologie, à raison de trois heures par semaine. Elle est donc bien connue par certains des membres des services éducatifs du milieu hospitalier dans lequel se déroule l'internat.

Diane travaille depuis 12 ans et demi comme téléphoniste et chef-téléphoniste au service à la clientèle d'une compagnie spécialisée dans la vente de systèmes d'alarme. De plus, elle a une expérience d'un an comme réceptionniste et préposée à l'accueil dans un centre de

conditionnement physique et elle a travaillé trois étés comme personne au comptoir dans un établissement de restauration rapide.

Afin de pouvoir entreprendre l'internat, Diane a pris un congé sans solde de l'emploi qu'elle occupait. En cours d'internat, elle a dû prendre la décision de démissionner de cet emploi.

Les motivations de Diane à faire l'internat s'inscrivent dans un long processus. Elle reconnaît que ce type de travail ne l'a pas toujours intéressée.

Si tu m'avais rencontrée quand j'étais adolescente et que tu m'avais dit : "Tu vas être éducatrice, tu vas travailler avec des enfants", je ne pense pas que je t'aurais dit oui à ce moment-là.

Pourtant, en faisant du bénévolat à l'hôpital, Diane découvre le rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique et développe beaucoup d'intérêt pour ce rôle. Elle fait des recherches sur l'Internet ainsi que des lectures pour en apprendre davantage. Lorsqu'elle se rend compte que l'obtention d'un baccalauréat est nécessaire à l'exercice du rôle, elle entreprend de terminer ses études de premier cycle en psychologie, qu'elle avait commencées quelques années auparavant sans jamais les terminer.

Cependant, l'absence, au Québec, de programme d'internat dans ce domaine compromet le désir de Diane.

Je m'étais intéressée au programme de Child Life en faisant des recherches [...] sur l'Internet, [mais] en n'ayant pas de programme au Québec, en n'ayant pas le programme de Child Life, je m'étais dit que j'étais pour laisser tomber. [...] Le bacc., oui, ça va, mais la partie d'internat que ça prenait pour pouvoir faire la certification, je ne la voyais pas arriver.

En effet, Diane n'est pas prête à déménager temporairement pour faire un internat dans le domaine des services éducatifs. Cela est trop difficile pour elle financièrement et aussi à cause des liens affectifs qu'elle entretient au Québec. De plus, elle considère qu'à 31 ans, elle est un peu âgée pour vivre ce genre d'expérience.

Si j'étais venue en contact avec le programme plus au début de la vingtaine, peut-être que, oui, j'aurais bougé, j'aurais pu aller à l'extérieur, mais à mon âge, ça aurait été trop difficile. [...] Tu sais, il y a la famille, les amis, puis tout ça.

Ainsi, lorsque Diane apprend qu'un programme d'internat est sur le point d'être offert à Montréal, elle demande de pouvoir y participer dès la première implantation.

Je voulais absolument être la première interne. J'étais consciente que s'il y avait [un poste] qui s'ouvrait, j'aurais plus de chance.

Après 10 mois et demi de pratique professionnelle, Diane identifie comme suit ses motivations à devenir éducatrice. D'abord, elle a un grand intérêt pour le travail auprès d'enfants et de familles en difficulté. Puis, ce travail peut lui permettre d'aider et, ainsi, d'utiliser pleinement ses habiletés naturelles en relation d'aide. Elle constate :

C'est vraiment de découvrir quelle richesse ont les enfants puis tout ce que ça m'apporte d'être avec eux, d'être avec les familles. [...] Puis, je pense aussi que j'ai une qualité qui fait que je peux faire du bien. [...] Je veux aider, c'est en moi. [...] Je pense que, s'il n'y avait pas cette partie-là dans le travail que je fais, je ne suis pas sûre que... Il y a des gens qui m'ont demandé : "Est-ce que tu irais dans les CPE (centres de la petite enfance) pour faire un peu le même travail?" Puis, je ne serais pas capable, il me manquerait une grosse partie du travail. [...] Dans le fond, ce que je vais rechercher, c'est la gratitude des gens que je vais aider.

Par rapport à ses motivations initiales, Diane est profondément comblée à ce stade-ci de sa carrière.

Ça m'apporte beaucoup, le sentiment de faire une différence, peut-être, dans la vie de certaines personnes. Il me semble que quand je reviens à la maison, à chaque soir, je peux me dire : "Aujourd'hui, j'ai fait une différence dans la vie de quelqu'un, c'est important ce que je fais".

Dans son bilan-synthèse, Diane souligne qu'elle souhaite conserver son désir d'aider afin de poursuivre longtemps son travail d'éducatrice en milieu pédiatrique.

J'aimerais garder mon désir d'aider du mieux que je peux les familles et les enfants, ce qui me permettrait de garder un enthousiasme constant pour une profession que j'ai aimée tout de suite.

4.2.2 Trajectoire de formation de Diane

Dans cette section se retrouvent des éléments en lien avec la trajectoire de formation de Diane. D'abord, le déroulement de l'internat tel que vécu par Diane sera exposé. Dans un deuxième temps, les lieux de travail de Diane suite à l'internat seront mentionnés. Par la suite, ses résultats aux tests passés pendant l'internat et ses résultats à l'examen de certification seront présentés. Dans les trois dernières parties, il sera question des apprentissages de Diane, soit les apprentissages les plus significatifs et les moins significatifs qu'elle a effectués pendant l'internat et les apprentissages qu'elle aurait souhaité faire mais qu'elle n'a pas pu réaliser.

4.2.2.1 Déroulement de l'internat

Pendant l'internat, Diane a fait une première rotation dans deux unités de soins de médecine générale comprenant 52 lits, avec des patients âgés de 0 à 18 ans. L'accompagnatrice de Diane était présente du mardi au vendredi. Diane se retrouvait donc seule le lundi.

Diane a fait une seconde rotation au centre de jour d'hématologie-oncologie avec des patients de 0 à 18 ans. Ce centre accueille, en moyenne, une vingtaine de patients par demi-journée. Les patients étaient toujours en présence d'au moins un adulte et ils venaient souvent en compagnie de membres de leur fratrie. L'accompagnatrice était présente tous les matins plus un après-midi de la semaine, le vendredi. Diane était seule au centre de jour deux après-midi par semaine, soit les mardi et mercredi. Les lundis après-midi de Diane, pendant les deux rotations, ont été consacrés à l'accompagnement de Julie (nom fictif), une enfant lourdement handicapée, dans un centre de stimulation multi-sensorielle situé à l'extérieur de l'hôpital.

Pendant les deux rotations, Diane s'est retrouvée au centre de jour d'hémodialyse un matin et un après-midi par semaine. En effet, peu après le début de l'internat, Diane s'est fait offrir, par la direction des services éducatifs, de passer deux demi-journées par semaine au centre de jour d'hémodialyse qui accueille 6 patients à la fois. Cette offre s'est produite dans le contexte où l'assistante-éducatrice qui occupait ce poste venait de démissionner et où il n'y avait pas de candidates disponibles pour la remplacer. Diane a accepté de faire ce remplacement à titre d'interne, c'est-à-dire en n'étant pas payée. Elle n'était pas supervisée de façon directe pendant ces deux demi-journées.

À cette époque, la clientèle traitée au centre de jour d'hémodialyse consistait en 9 enfants âgés entre 2 ans et 21 ans. Il s'agissait, la plupart du temps, de cas assez complexes au plan socio-affectif.

Un examen de la liste de vérification remplie par Diane pendant l'internat montre qu'après les trois premières semaines pendant lesquelles elle a réussi à faire toutes les lectures et les travaux fortement suggérés, elle a trouvé que les 4^e et 5^e semaines étaient essoufflantes. Il s'agissait, par ailleurs, de deux semaines de 4 jours de travail à cause de congés fériés. Ainsi, elle a laissé tomber, par manque de temps, une activité sur les huit

prévues à la 4^e semaine et trois activités sur les huit prévues lors de la 5^e semaine. Par la suite, elle a laissé tomber deux activités sur les huit prévues à la 6^e semaine, deux activités sur les neuf prévues à la 8^e semaine, une activité sur les dix prévues à la 9^e semaine, quatre activités sur les neuf prévues à la 10^e semaine, trois activités sur les neuf prévues à la 11^e semaine (dont une à la suggestion de la superviseure), quatre activités sur les sept prévues à la 12^e semaine (pour passer plus de temps à travailler à son projet et à la deuxième étude de cas) et une activité sur les six prévues à la 13^e semaine.

De plus, à partir de la 5^e semaine, certaines activités ont été réalisées à une autre semaine que celle étant initialement prévue à l'échéancier. C'est ainsi que neuf activités sur la cinquantaine d'activités réalisées par Diane à partir de la 5^e semaine, ont été déplacées à la semaine précédente ou suivante.

Voici un résumé des activités réalisées par Diane pendant l'internat. Ces activités sont reprises dans le même ordre de présentation et avec les mêmes numéros que dans la première partie du programme d'internat (*voir* appendice H, p. 198-199).

1. Travail auprès de deux accompagnatrices.
2. Rencontre hebdomadaire des internes avec la superviseure : Diane a participé à toutes les rencontres. Il est à noter que seulement onze rencontres ont eu lieu car deux des rencontres initialement prévues ont été remplacées par l'évaluation des internes et une rencontre a dû être annulée à cause d'une absence de la superviseure.
3. Semaine complète d'orientation au milieu hospitalier et aux services éducatifs.
4. Rencontre avec les membres des services éducatifs, en début de stage, pour se présenter et faire la connaissance de l'équipe.
5. Identification de ses objectifs prioritaires.
6. Participation aux rencontres de développement professionnel de l'équipe des services éducatifs : Diane a participé aux trois rencontres qui ont eu lieu pendant la durée de l'internat.
7. Participation, à l'occasion, aux conférences médicales, aux conférences des soins infirmiers ou à toute autre conférence qui serait pertinente : Diane a participé à quatre conférences.
8. Participation à des sessions de formation offertes par des membres des services éducatifs: Diane a participé aux deux sessions prévues dans l'échéancier.

9. Rédaction d'un journal de bord quotidien ou création d'un portfolio : Diane a laissé tomber cette activité à cause d'un manque de temps.
10. Présentation orale d'un article de périodique récent.
11. Présentations orales d'études de cas : Diane a effectué et présenté deux études de cas, dont une devant un groupe d'éducatrices provenant de trois hôpitaux pédiatriques montréalais.
12. Présentation d'un projet individuel qui consistait à créer un livre de préparation destiné aux enfants d'âge scolaire et expliquant, à l'aide de photos et d'un texte bilingue, les principales étapes de la mise en place d'un site de perfusion implanté («port-a-cath») ainsi que la manière dont les traitements sont donnés à partir de ce site.
13. Présentation d'un fait d'observation ou d'une réflexion, par écrit, à chaque semaine : Diane a présenté cinq réflexions sur les neuf réflexions prévues. Le manque de temps est la raison pour laquelle quatre réflexions n'ont pas été produites.
14. Lectures fortement suggérées et facultatives et visionnement de documents audio-visuels: Diane a fait toutes les lectures fortement suggérées et elle a visionné les documents audio-visuels.
15. Description écrite de l'appréciation des besoins et de la planification d'interventions pour certains patients (APIE : Appréciation-Planification-Intervention-Évaluation) : à cause d'un manque de temps, Diane n'a réalisé que quatre descriptions sur les six descriptions prévues.
16. Planification et animation d'activités de groupes et individuelles : trois activités sur les quatre activités prévues ont été planifiées et animées.
17. Écriture aux dossiers : Diane a réalisé deux exercices d'écriture sur les treize prévus. Les raisons invoquées pour les onze fois où l'écriture aux dossiers n'a pas été faite sont les suivantes : le fait qu'une des accompagnatrices ne se sentait pas très à l'aise avec ce mode de communication avec l'équipe multidisciplinaire (2); le peu d'encouragement et de soutien offert par l'autre accompagnatrice, confrontée à une tâche très lourde et manquant de disponibilité (9).
18. Réalisation de «fiches d'observation», de «fiches de planification» et de «fiches de retour sur une intervention» en rapport, entre autres, avec les techniques d'intervention suivantes : jeu médical; préparation à une procédure médicale et / ou enseignement; support pendant une procédure médicale : Diane a réalisé neuf des onze fiches

demandées. Le manque de temps a été invoqué pour expliquer la non réalisation de deux fiches.

19. Rédaction d'un bilan-synthèse : ce bilan-synthèse a été complété par Diane.

En ce qui concerne les auto-évaluations à partir des grilles d'évaluations, Diane a rempli deux des trois grilles prévues. Elle n'a pas rempli la grille prévue au milieu de la seconde rotation. Mentionnons, finalement, que Diane a été présente lors d'une réunion du conseil d'administration et de l'assemblée générale annuelle d'un organisme à but non lucratif visant à soutenir les familles ayant un enfant atteint de cancer.

4.2.2.2 Lieux de travail suite à l'internat

Suite à l'internat, Diane a été embauchée pour travailler au centre de jour d'hémodialyse, sept heures par semaine. De plus, à partir de septembre 2001, Diane a également effectué une partie d'un remplacement au centre de jour d'hématologie-oncologie. Elle a remplacé trois à quatre matins par semaine pendant environ 5 mois. Puis, elle est passée à cinq matins par semaine, pendant environ un mois, toujours en poursuivant son travail en hémodialyse. Cependant, au moment de l'entretien final, Diane ne travaillait plus en hémodialyse depuis trois mois car elle travaillait exclusivement au centre de jour d'hématologie-oncologie, 21 heures par semaine.

4.2.2.3 Résultats de Diane aux tests et à l'examen de certification

Avant de passer à la description des apprentissages effectués par Diane pendant l'internat, les résultats de Diane au test de connaissance et aux tests d'attitudes passés en début et en fin d'internat sont présentés au tableau 4.6. Rappelons que Diane a consenti à ce que ses résultats soient exposés dans ce mémoire. Certains commentaires peuvent être apportés en rapport avec les résultats de Diane.

Pour ce qui concerne le test de pratique, après révision, avec Diane, des réponses aux pré-test et au post-test, il a été constaté que les erreurs commises lors du post-test n'étaient pas les mêmes dans cinq cas sur neuf et que plusieurs réponses avaient été données au hasard lors du pré-test. Ainsi, malgré ce que les résultats semblent indiquer, il y aurait eu un gain léger, chez Diane, au regard des connaissances.

Tableau 4.6
 Résultats de Diane au test de connaissance et aux tests d'attitudes
 passés en début et en fin d'internat

TEST	Résultat au pré-test	Résultat au post-test
Test de pratique du Child Life Council	42/50	41/50
<i>The Revised Collett-Lester Scale (R-CLS)</i>	74	63
Test dont le score peut se situer entre 32 et 160, une augmentation du score indiquant une augmentation de l'anxiété		
<i>The Family-Centred Care Questionnaire (FCCQ)</i>	179	177
Test dont le score peut se situer entre 45 et 225, une augmentation du score indiquant une attitude plus positive		
<i>The Multicultural Sensitivity Scale (MSSS)</i>	46	54
Test dont le score peut se situer entre 21 et 126, une augmentation du score indiquant une moins grande sensibilité multiculturelle		

En rapport avec le R-CLS, les résultats de Diane indiquent une légère diminution de l'anxiété reliée à la mort et au mourir chez elle. Quant à ses résultats au FCCQ, ils ne démontrent aucun changement particulier dans les attitudes de Diane face aux soins centrés sur la famille. En fait, les attitudes de Diane étaient positives et elles le sont demeurées. Finalement, les résultats de Diane au MSSS indiquent une moins grande sensibilité multiculturelle, chez elle, à la fin de l'internat.

Puisque Diane a pu passer l'examen de certification du Child Life Council en novembre 2001, soit 4 mois et demi après la fin de l'internat, il est possible de rapporter ici ses résultats. Ainsi, Diane a eu un score total de 116/150. Selon des informations prises dans un numéro du *Bulletin* du Child Life Council (2002), le nombre de candidates à cet examen a été de 242 et, de ce nombre, 159 candidates, soit 65,7%, ont atteint le score de passage fixé à 103/150. Le score moyen a été de 108,57/150. Quant au coefficient de fidélité pour cet examen, il s'est élevé à 0,86. Aucune précision n'a été donnée sur le nom de ce coefficient.

Le tableau 4.7 indique comment s'est effectuée la répartition des points de Diane à cet examen de certification. À la lecture de ce tableau, aucune catégorie ne semble lui avoir posé de sérieux problèmes, si ce n'est l'évaluation diagnostique, avec un pourcentage de 67,5% d'items réussis, soit 27 items sur 40. Cependant, la performance à cette catégorie a été de 64,7% pour l'ensemble des candidates à l'examen pour l'année 2001 (Child Life Council, 2002). Ainsi, une explication possible des résultats peu élevés de Diane dans cette catégorie pourrait être que le degré de difficulté des questions était particulièrement élevé.

4.2.2.4 Apprentissages les plus significatifs effectués pendant l'internat

Globalement, Diane considère que l'expérience de formation qu'elle a vécue pendant l'internat a dépassé ses attentes. Elle est particulièrement satisfaite d'avoir pu découvrir plusieurs des facettes du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique. Certains apprentissages se démarquent de manière spécifique pour Diane. Plusieurs d'entre eux se situent au niveau des objectifs de *travail sur soi*.

Le premier de ces apprentissages concerne, selon Diane, le fait de s'être familiarisée avec les grands principes de base de la profession. Cela a commencé dès la première semaine, qui en était une d'orientation. Entre autres, pendant cette première semaine, Diane a apprécié le visionnement d'une vidéo relatant les grandes étapes de l'évolution de la profession

Tableau 4.7
Résultats de Diane à l'examen de certification

CATÉGORIES	Nombre d'items dans l'examen de certification (n = 150)	Nombre d'items réussis par Diane (n = 116)	Pourcentage d'items réussis par Diane	Performan- ce pour le total des 394 candi- dates aux examens offerts en 2001
I. Services directs aux patients				
A. Évaluation diagnostique	40	27	67,5	64,7
B. Intervention	40	31	77,5	72,1
C. Évaluation de l'intervention	35	26	74,3	74,6
D. Planification des interventions	3	3	100,0	52,2
TOTAL	118	87		
II. Services indirects				
A. Administration	8	7	87,5	82,4
B. Planification	7	7	100,0	81,1
C. Développement professionnel	6	5	83,3	79,2
D. Éducation	5	5	100,0	86,1
E. Supervision	6	5	83,3	84,4
TOTAL	32	29		

d'éducatrice en milieu pédiatrique en Amérique du Nord. Cela a constitué une «bonne introduction», comme elle l'a écrit dans la liste de vérification remplie pendant l'internat.

Cette connaissance meilleure des grands principes de base de la profession a permis une évolution des attitudes de Diane face au rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique. En effet, elle considère que cela lui a permis de se situer elle-même par rapport à sa manière de comprendre et de jouer son rôle d'éducatrice en milieu pédiatrique. Ainsi, dans le premier entretien ayant eu lieu tout de suite après l'internat, précise-t-elle :

[Cela a permis] de me familiariser avec [le rôle], puis de voir aussi où moi je me situe par rapport à ça, puis vraiment de définir ça serait quoi mon rôle [et] comment je l'interpréteraï, ce rôle-là, pour les enfants puis les familles.

Un élément intimement lié à la définition, par Diane, du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique, concerne un de ses modes principaux d'apprentissage en contexte d'internat, soit le modelage. Elle affirme, toujours lors du premier entretien, que d'avoir été confrontée à divers styles de pratique l'a tranquillement amenée à développer son propre style.

Une autre chose que j'ai découverte, c'est que j'ai souvent tendance à me modeler avec d'autres personnes. Si je trouvais que telle affaire était bien bonne, j'essayais de faire la même chose ou d'intervenir de la même façon. [...] J'ai découvert [...] que les éducatrices ont différentes façons de fonctionner et j'en suis venue à me dire que, finalement, il faut que je développe mon propre style, que je joue sur mes forces et que je travaille sur mes faiblesses, puis que je garde l'esprit ouvert et que je sois flexible à travers tout ça pour essayer de découvrir qui je suis.

Son deuxième apprentissage plus significatif, selon Diane, concerne l'exploration de ses propres attitudes face à différents types de clientèle d'enfants et / ou d'adolescents malades. Diane a découvert, entre autres, deux types de clientèle qu'elle ne connaissait pas du tout : les enfants multi-handicapés et les anorexiques. Selon elle, cela lui a permis de prendre conscience qu'elle avait beaucoup de forces par rapport au travail avec les adolescentes et plus particulièrement avec les anorexiques. D'ailleurs, à la deuxième semaine de l'internat, c'est le diagnostic d'anorexie qu'elle a choisi pour réaliser l'exercice «Approfondissement d'un diagnostic» (voir appendice H, p. 205). Elle mentionne, lors du premier entretien :

la population adolescente est venue me rejoindre, plus au niveau des anorexiques, mais je ne savais pas vraiment que je pouvais avoir des forces avec eux.

Ceci est confirmé par une de ses accompagnatrices lors de l'entretien de groupe :

Diane avait une grande force avec les adolescentes, la population anorexique.

En ce qui concerne les enfants multi-handicapés, Diane prend conscience qu'elle possède des forces mais qu'elle trouve cela difficile. Elle précise, pendant le premier entretien :

Avec Julie, tu sais, oui, je suis capable de le faire, mais ce n'est pas quelque chose que je choisirais de faire si j'avais le choix.

Un troisième apprentissage souligné par Diane comme étant significatif, concerne ses attitudes face aux différences culturelles. Elle mentionne qu'elle a apprécié la possibilité, pendant l'internat, d'explorer ses propres attitudes face à différentes cultures. C'est ce qu'indique cet extrait, tiré du premier entretien ayant eu lieu tout de suite après la fin de l'internat.

J'avais déjà eu à faire avec différentes cultures mais c'était bien de pouvoir s'arrêter puis d'y penser. Tu sais, dans le programme, on y pensait, [c'était amené] tôt dans le programme, puis, à ce moment-là, ça te permet vraiment de voir, puis d'explorer [tes attitudes] tout au long de l'internat.

La différence de score entre les deux passations du test d'attitudes sur la sensibilité multiculturelle révèle, chez Diane, une moins grande sensibilité en fin d'internat (voir tableau 4.6, p. 71). Souvent, en cours de formation, Diane a mentionné ses difficultés face à certaines différences culturelles, par exemple, un plus grand laxisme envers les enfants de la part de parents de certaines communautés. Le deuxième score de Diane au test est probablement révélateur du cheminement personnel qu'elle a pu faire au regard de ses véritables attitudes, ce qui est, finalement, assez positif compte tenu qu'une prise de conscience honnête de ses attitudes est le premier pas vers une évolution de ces dernières. Dix mois et demi après la fin de l'internat, elle mentionne à nouveau, lors du deuxième entretien, l'importance que cette prise de conscience a pu avoir pour elle.

Puis surtout, à la clinique, c'était les cultures différentes qui venaient me chercher. [...] À tous les jours, j'ai ça dans la clinique maintenant. [Il faut] être capable d'avoir une interaction qui est respectueuse avec ces gens-là, [une interaction] qui reconnaît les différences puis qui les accepte mais qui va être capable de prendre ces différences-là puis de les rattacher avec les valeurs de l'hôpital, les valeurs du service. [...] Tout ça, c'est à la base pour moi, d'être capable de donner un service à ces familles-là, d'avoir une manière respectueuse de répondre à leurs besoins, qui va aller rejoindre leurs croyances, leurs cultures.

Un autre apprentissage significatif pour Diane concerne, selon elle, l'importance de la flexibilité dans le quotidien professionnel de l'éducatrice. À cet effet, elle mentionne, lors du premier entretien :

J'ai appris qu'il fallait être flexible, tu sais, ici, ça prend beaucoup, beaucoup de flexibilité.

En corollaire, elle découvre qu'elle possède cette capacité d'être flexible. Elle ajoute que l'internat a contribué à ce qu'elle puisse la développer encore davantage. En fin de formation, elle écrit dans son bilan-synthèse :

Je crois [...] posséder une flexibilité et une ouverture d'esprit qui me permettent de m'adapter facilement aux différentes situations qui peuvent se présenter.

Un dernier apprentissage significatif souligné par Diane concerne la connaissance personnelle qu'elle a pu développer d'elle-même, mais toujours en rapport avec son rôle professionnel d'éducatrice. D'abord, elle a pu identifier ses forces et ses faiblesses, tel qu'elle le précise dans cet extrait tiré du premier entretien :

J'ai appris à reconnaître mes faiblesses, puis les points sur lesquels il faut que je travaille. Ça, c'est super important pour que je puisse m'améliorer, puis que je puisse avancer.

De plus, elle a pris conscience de l'importance de prendre des risques dans sa vie professionnelle. Cette prise de conscience a d'ailleurs rejailli sur sa vie personnelle. Voici ce qu'elle en dit lors du premier entretien :

J'ai appris qu'il fallait prendre des risques... Ce n'est pas nécessairement juste par rapport à l'internat mais par rapport à moi-même, avec tout ce qui s'est passé dans ma vie à ce moment-là. Le "Qui risque rien n'a rien", c'est vraiment vrai puis il va falloir que je travaille là-dessus. [...] C'est d'essayer des choses, d'essayer des nouvelles choses puis de risquer que ça ne fonctionne pas, mais que c'est quand même une expérience de vie qui peut être précieuse même si ça ne marche pas toujours.

4.2.2.5 Apprentissages les moins significatifs effectués pendant l'internat

Pour Diane, certains des apprentissages effectués pendant l'internat ont paru moins significatifs. Ainsi, tout ce qui touche le développement, la gestion et l'évaluation de programmes de services éducatifs lui a paru bien moins intéressant. Dix mois et demi après la fin de la formation, pendant le deuxième entretien, elle explique :

Tout ce qui concerne la gestion et l'administration d'un programme de services éducatifs, c'est le seul module pour lequel je me disais : "Oui, c'est important, mais je ne suis pas rendue là, ça fait que, si à un moment de ma vie ça devient important, j'y retournerai". [...] À ce moment-là de l'internat, puisque c'était vers la fin, j'avais plus le goût d'expérimenter et de faire.

Un examen de la liste de vérification tenue par Diane pendant l'internat confirme d'ailleurs qu'elle a fait des lectures très rapides de tous les textes présentés pendant les 12^e et

13^e semaines de l'internat, textes qui étaient en rapport avec le développement, l'administration et l'évaluation de programmes en services éducatifs. Dans les commentaires notés dans la liste de vérification, elle précise :

Je ne me sentais pas rendue là encore et Ça m'intéresse moins pour l'instant.

Par ailleurs, les résultats de Diane à l'examen de certification sont excellents dans la deuxième partie portant sur les services indirects, partie qui comprend l'administration, la planification, le développement professionnel, l'éducation et la supervision. En effet, tel qu'indiqué au tableau 4.7 (p.73), Diane a eu 29 bonnes réponses sur 32 dans cette section de l'examen de certification.

4.2.2.6 Apprentissages souhaités mais qui n'ont pas été réalisés

En ce qui a trait aux apprentissages que Diane aurait souhaité effectuer mais qu'elle n'a pas pu réaliser, ils sont au nombre de deux : le jeu médical avec la marionnette et l'écriture aux dossiers. Elle précise qu'elle aurait également souhaité passer une journée complète avec chaque éducatrice de l'équipe des services éducatifs.

Diane aurait aimé expérimenter le jeu médical avec la marionnette. Elle en a fait avec des poupées spécialement conçues à cet effet, mais elle n'a pas eu la chance de travailler avec une personne utilisant les marionnettes. C'est ce qu'indiquent les propos suivants, recueillis lors du premier entretien, tout de suite après la fin de l'internat.

J'avais demandé à une personne du département, un moment donné, pour le faire avec elle puis ça n'a pas fonctionné à cause de problèmes d'horaires différents, mais j'aurais aimé ça le voir. [...] J'imagine qu'en étant capable de faire le jeu médical avec la poupée puis avec la marionnette, on peut s'ajuster au tempérament de l'enfant, puis à l'âge aussi. Ça fait que j'aurais aimé ça pouvoir le faire.

Diane aurait souhaité pratiquer davantage l'écriture aux dossiers, chose qu'elle n'a pas pu faire en partie parce qu'une de ses accompagnatrices était plus ou moins à l'aise avec ce mode de communication avec l'équipe multidisciplinaire. Quant à l'autre accompagnatrice, elle n'a pas pu fournir suffisamment d'encouragement et de soutien à Diane, par manque de temps. Ainsi, la liste de vérification tenue par Diane pendant l'internat indique qu'elle n'a écrit que deux fois aux dossiers de patients, ce qui est largement insuffisant, compte tenu qu'elle devait écrire aux dossiers au moins treize fois pendant l'internat. Lors du deuxième entretien, dix mois et demi après la fin de l'internat, Diane mentionne :

La seule affaire que je trouve qui me manque, qu'il faudrait que je pratique pour l'avoir, c'est juste au niveau du charting, j'aurais peut-être aimé plus le pratiquer au moment de l'internat.

À l'occasion du premier entretien, Diane indique qu'elle aurait souhaité faire plus de *shadowing*, c'est-à-dire qu'elle aurait aimé suivre toutes les éducatrices du département pendant au moins une journée «*pour voir un peu comment elles fonctionnent*», précise-t-elle. Elle mentionne, cependant, qu'elle a quand même l'impression d'avoir appris des autres éducatrices qui n'étaient pas ses accompagnatrices, en les écoutant et en leur parlant dans le bureau. Par ailleurs, elle explique qu'elle n'aurait pas souhaité faire plus que deux rotations.

Je trouvais que, au bout de sept semaines, tu commences à te faire une place dans l'équipe, puis avec plus de rotations, ça empêcherait de se faire une place... Ça fait que je parle vraiment juste d'une journée de shadowing pour voir, par exemple, c'est quoi un spica, puis des choses que j'ai entendues dans le bureau mais que je ne sais pas c'est quoi. [...] Puis si je suis appelée pour faire du remplacement dans un département ou dans un autre, je trouverais ça plus simple si je l'avais vu un peu.

4.2.3 Conditions ayant présidé à la formation de Diane

Cette partie présente les principales conditions favorables et défavorables ayant présidé à la formation de Diane. Elles seront suivies par une présentation de certaines difficultés vécues par Diane en tant qu'interne et, également, en tant que jeune professionnelle.

4.2.3.1 Conditions de formation favorables

Diane a trouvé le programme de formation très détaillé et complet. C'est ce qu'indique ce propos recueilli lors du premier entretien, tout de suite après la fin de sa formation.

Vraiment chaque aspect de ce qu'est Child Life a été vu, puis je trouve ça bien parce que ça donne une base à élargir, c'est vraiment [des fondations] pas mal solides que nous avons reçues.

Après dix mois et demi de pratique professionnelle, Diane considère toujours que la base qu'elle a reçue pendant l'internat était très solide. Elle ajoute, lors du deuxième entretien, qu'elle ne voit pas à quel autre endroit elle aurait pu aller chercher ce type de formation au Québec.

Si je n'avais pas eu la formation, je ne serais pas rendue à Child Life. Si j'avais poursuivi dans la voie d'être éducatrice, probablement que cela aurait été en psycho-éducation. [...] Selon moi, l'emphase de psycho-éducation est beaucoup sur l'enfant; tu as des données par rapport à la famille, mais tu ne traites pas la famille en même temps. Tandis que Child Life va englober la famille au complet puis essayer de faire ce qu'il y a de mieux pour l'enfant, que ce soit au niveau développement, que ce soit au niveau de la préparation à des procédures médicales, au niveau

du support durant la procédure. Ça [consiste] plus [à] donner un certain pouvoir aux familles par rapport à la maladie, par rapport à leurs expériences en milieu hospitalier. Ce qui n'est pas nécessairement l'emphase de psycho-éducation, d'après moi.

Cet accent sur la famille se retrouve également dans le bilan-synthèse de Diane, écrit en fin de formation.

Je me dois de préconiser les droits des familles et de les faire valoir auprès des autres professionnels si cela est jugé nécessaire.

L'organisation du contenu du programme est un point très positif pour Diane. Elle ne s'attendait pas à ce que l'accent soit mis autant sur la théorie que sur la pratique, mais cela a été favorable pour elle. Voici ce qu'elle en a dit dans le premier entretien.

Tout était organisé puis, à chaque semaine, t'avais tes trucs à faire. J'avais pensé que cela serait plus pratique, mais la théorie est venue rejoindre la pratique, ça fait que c'était super intéressant.

Dix mois et demi plus tard, lors du deuxième entretien, elle précise de quelle manière la structure du programme a pu soutenir son développement professionnel.

Ce que l'internat m'a permis de faire, c'est de prendre un recul puis de vraiment regarder comment moi j'agis face à ça, comment ça me fait réagir telle ou telle chose, puis comment je peux faire face à ça dans un cadre professionnel, pour donner le meilleur service possible aux familles. Quand il y a de nouvelles situations qui se présentent, je suis capable de me dire : "Bon, o.k., d'où ça part ma réaction interne, qu'est-ce que ça vient chercher en moi, puis c'est quoi la meilleure façon de faire face à ça pour que toutes les parties soient le plus satisfaites possible?" [...] Je suis une personne qui se questionne beaucoup. Mais, maintenant j'ai une méthode pour le faire, un moyen de prendre du recul, d'aller voir en moi, puis d'être plus consciente. Les outils que j'ai reçus pendant l'internat me permettent de mieux faire.

Diane donne, dans son bilan-synthèse écrit en fin de formation, un exemple éloquent de l'importance de l'expérimentation active, qui était une des constituantes de la structure du programme d'internat. Cet exemple est en lien avec les effets de la distraction sur le comportement d'un enfant pendant une procédure médicale.

Il y a eu un moment où ma confiance envers les méthodes de distraction s'est solidifiée. J'étais familière avec la théorie mais je n'y croyais pas entièrement jusqu'au jour où j'ai pu observer moi-même les effets de la distraction. Le jour où mon intervention de distraction a fonctionné comme par magie, mon attitude a changé complètement. J'avais désormais une confiance totale envers certains des services que j'offrais.

Une autre caractéristique positive de l'internat, selon Diane, a été la flexibilité démontrée par les accompagnatrices et la superviseure. Ainsi, elle mentionne, pendant le premier entretien :

Si une semaine, il y avait une intervention ou une activité ou une planification qui ne pouvait pas être faite, ce n'était pas un gros problème. Flexibilité aussi dans le sens que quand on voyait que certaines choses étaient moins appropriées, puis que c'était peut-être préférable de faire autre chose, vous vous êtes ajustées facilement puis ça, j'ai trouvé ça bien.

L'accueil et le soutien offerts aux internes par les membres des services éducatifs constituent, selon Diane, une autre condition de formation favorable. Elle a grandement apprécié la qualité de l'accueil et du soutien offerts aux internes par les membres des services éducatifs. De plus, elle a été étonnée par l'intégration des internes aux activités des services éducatifs, en particulier aux réunions administratives tenues hebdomadairement et aux réunions de développement professionnel tenues mensuellement. C'est ce que montre cet extrait du premier entretien :

Ça m'a surprise de faire partie de ces réunions-là. Je pense que ç'a été une des raisons qui ont fait qu'on a eu un aspect vraiment honnête de ce qu'était Child Life ici dans l'hôpital. C'était bien de faire partie de ça.

Selon Diane, certaines activités de la première semaine ont largement facilité l'intégration des internes aux services éducatifs et au milieu hospitalier. Il s'agit de la visite guidée de l'hôpital et de l'exploration du matériel disponible au centre de ressources pour les familles et dans le département des services éducatifs (documents écrits, documents audiovisuels, jeux, jouets, matériel pour activités artistiques, etc.). Elle a également apprécié pouvoir présenter, aux membres des services éducatifs, sa propre perception du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique. D'ailleurs, Diane souligne, toujours lors du premier entretien, l'importance, pour une interne, de se sentir écoutée et respectée dans ses opinions.

On avait un bon support dans le département. J'avais toujours l'impression qu'il y avait une oreille attentive pour m'écouter ou avec qui vérifier si j'avais bien fait ou pas. Parce qu'au début, on ne sait pas trop si ce qu'on fait est bien. [...] Et il y avait une ouverture au niveau des commentaires que je pouvais apporter ou des suggestions qu'on pouvait faire. Ce qui faisait qu'on se sentait vraiment comme faisant partie du département.

Après dix mois et demi de pratique professionnelle, Diane est toujours satisfaite de la place qui lui est faite dans le département, lorsque vient le temps d'émettre une opinion ou une suggestion. Cependant, elle a senti une différence quant au soutien. Elle explique, lors du deuxième entretien, qu'il s'est produit un changement de part et d'autre et qu'elle a eu le réflexe d'aller chercher du soutien plus au niveau de la direction des services éducatifs qu'au niveau de l'équipe. Cependant, à un certain moment, elle a dit aux membres de l'équipe

qu'elle aimerait pouvoir compter davantage sur eux et elle a vu une différence positive par la suite.

Par ailleurs, toujours lors du deuxième entretien, elle mentionne que c'est un défi pour elle d'arriver à doser ses énergies et son enthousiasme en fonction de ses désirs, tout en tenant compte de la manière dont son dynamisme peut être accueilli par l'équipe.

J'ai vraiment le goût de faire ça, ce travail-là, puis j'ai le goût de le pousser puis j'ai le goût de me développer puis d'aller chercher les outils dont j'ai besoin pour le faire. Mais j'ai senti beaucoup que, parce qu'il y a eu une baisse d'énergie dans le département, pendant plusieurs mois, j'ai eu l'impression comme de brimer le monde. Quand j'étais interne, oui, ils me supportaient, puis ils étaient toujours là pour moi, puis ils me suivaient dans mon enthousiasme puis tout ça, mais là, vu que l'internat était fini, ils pouvaient se permettre de montrer que [...] : "Écoute, tu m'énerves avec ton sourire constamment dans la face". [...] Il n'y a pas personne qui me l'a verbalisé, je l'ai senti. [...] À ce niveau-là, j'ai vu comme un changement parce que, dans le fond, je fais partie du staff puis ils peuvent se permettre ça. Puis je veux dire, s'ils ne le faisaient pas, ça démontrerait qu'ils ne sont pas vraiment assez confortables avec moi pour se le permettre.

En dernier lieu, par rapport aux conditions de formation favorables, Diane souligne, pendant le premier entretien, sa satisfaction d'avoir été soutenue par les accompagnatrices dans l'identification de ses forces et faiblesses.

J'ai appris à reconnaître mes faiblesses, puis les points sur lesquels il faut que je travaille. [...] Puis ça, ç'a été super précieux. C'est venu en partie de moi mais beaucoup des évaluations avec les accompagnatrices. Je trouve ça bien d'avoir ça, d'avoir une façon de savoir où tu te situes par rapport à [tes apprentissages].

4.2.3.2 Conditions de formation défavorables

Diane a trouvé défavorable à sa formation le fait que ses accompagnatrices ne se sentaient pas toujours à l'aise avec certains éléments de contenu du programme d'internat. Elle fait référence au jeu médical, à l'écriture aux dossiers et à la supervision des bénévoles. Ainsi, pour ces exigences de l'internat, elle a senti que ses accompagnatrices étaient plus ou moins confortables face aux types d'interventions à mettre en pratique. Elle ajoute que cela l'a empêchée d'aller aussi loin qu'elle l'aurait voulu. Elle n'en a pas parlé à ses accompagnatrices car elle sentait qu'il y avait une fermeture face à ces éléments de contenu. Elle donne l'exemple suivant pendant l'entretien qui a été mené tout de suite après la fin de l'internat :

Je trouvais ça difficile de demander [de faire du jeu médical] en sachant que mon accompagnatrice n'aimait pas ça, puis je ne voulais pas l'imposer non plus, ça fait que je me

suis débrouillée. [...] Mais je trouvais ça difficile de passer par-dessus l'autorité pour aller faire quelque chose que, moi, je sentais que j'avais besoin de faire.

Diane considère également que de s'être fait offrir un remplacement de deux demi-journées en hémodialyse a été une condition défavorable à sa formation. Elle s'est, en quelque sorte, sentie obligée d'accepter, car elle savait qu'elle aurait ainsi une possibilité d'avoir un poste à temps partiel à la fin de son internat. Mais elle a senti que cette tâche avait diminué ses apprentissages dans d'autres domaines qu'elle aurait voulu explorer davantage, comme le travail avec les adolescentes anorexiques, par exemple. Toujours lors du premier entretien, elle précise :

Pour me concentrer sur le programme d'internat, j'aurais préféré rester dans mes assignations, ne pas avoir deux demi-journées par semaine dans un autre département. J'ai appris beaucoup en hémodialyse mais la continuité n'était pas là. Puis, c'est un environnement dans lequel on fait plus de normalisation, ça fait que je n'avais pas [la chance de mettre en pratique d'autres aspects du rôle].

Ainsi, Diane suggère, lors des prochains internats, que les internes ne se fassent jamais offrir d'effectuer des remplacements pouvant éventuellement mener à l'obtention de postes, car cela les place devant un choix trop difficile. Cette suggestion est particulièrement intéressante lorsqu'elle est mise en parallèle avec les opinions exprimées par certains membres du personnel des services éducatifs lors de l'entretien de groupe, en rapport avec le remplacement effectué par Diane en hémodialyse. Ainsi, selon un des membres de l'équipe, il s'agissait d'une condition de formation favorable.

I think one of the other things that was favourable too is that we were able to be very flexible. When I think of Diane's experience in particular. Because, at first, hemodialysis was not going to be part of her experience. [...] I think that it was a good thing and that we were able to just flow with it and make some decisions and that was a good thing for Diane and for the department.

Un autre membre de l'équipe est plus nuancé quant au fait qu'il pouvait s'agir ou non d'une condition favorable et mentionne :

Mais on se demandait aussi, est-ce qu'on peut lui demander ça? Est-ce qu'on peut lui demander d'être en hémodialyse puis de faire en quelque sorte un remplacement qui n'est pas payé, parce que c'est son internat? Je pense qu'elle a eu le choix, par exemple. C'était clair qu'elle aurait pu nous dire : "Non, ça ne m'intéresse pas".

Ainsi, ce qui a paru comme une condition favorable et un choix facile à effectuer, aux yeux de certains membres des services éducatifs, s'est avéré un choix quasiment impossible pour Diane. Par ailleurs, elle voit une grande différence entre le fait de s'être retrouvée seule,

sans accompagnatrice, dans l'unité d'hémodialyse, et le fait de s'être retrouvée parfois seule lors de ses rotations régulières. Elle souligne, cependant, tel que l'indiquent ces propos recueillis pendant le premier entretien, qu'il doit y avoir une progression dans le fait d'être détachée de l'accompagnatrice.

Je préfère d'abord être capable de me situer dans le département, puis être capable d'utiliser les ressources puis d'aller chercher l'information, puis être capable de vraiment fonctionner avec l'accompagnatrice, pour après ça me détacher tranquillement d'elle afin d'en arriver à travailler indépendamment. [...] Au début, des fois, j'étais déçue quand une de mes accompagnatrices ne rentrait pas [travailler], mais vers la fin, ça va, parce que je trouvais que je commençais à avoir mon rythme à moi, puis ça allait super bien, puis j'étais capable de quand même revenir, quand on se voyait la fois suivante, de revenir sur quelque chose qui était arrivé. Vers la fin, ça ne me dérangeait pas du tout.

4.2.3.3 Difficultés en tant qu'interne

Pour Diane, l'internat a représenté un tournant important dans sa vie professionnelle. Après treize ans passés à occuper un emploi de téléphoniste dans un bureau, elle a dû prendre le risque d'entreprendre quelque chose de très différent mais qui l'intéressait énormément. Pour ce faire, elle a terminé son baccalauréat en psychologie et elle a réalisé l'internat. Mais cette expérience a été ponctuée de périodes d'angoisse pendant lesquelles elle se demandait si elle pourrait un jour travailler dans le domaine. L'insécurité de Diane, qui était partagée à un degré moindre par Sara, la deuxième interne, a rejailli sur certains membres des services éducatifs. Cette question a été abordée lors de l'entretien de groupe. Trois des membres de l'équipe ont ainsi exprimé leurs points de vue :

Elles ont eu, je pense, des attentes d'avoir du travail ici puis, à un certain point, ça les a tellement stressées de se demander : "Est-ce qu'on va avoir un job en finissant?", que cela a pris le dessus sur ce qu'elles avaient à faire.

Moi, j'ai trouvé ça très lourd, puis même, j'ai vécu quasiment ça comme une question éthique. Je me disais : "Voyons donc, ça se peut pas! On leur a tellement dit au départ qu'il n'y en avait pas d'emploi à la fin, qu'il n'y avait rien de garanti, qu'il n'y avait pas vraiment d'ouverture sur le marché du travail, [...] que ça serait à elles d'être créatives, puis d'arriver à bâtir des projets".

J'ai l'impression qu'elles en ont pris conscience pendant le stage. Je pense qu'elles se l'ont fait dire au début, puis je me souviens qu'on en a parlé de ça, de bien les avertir qu'elles faisaient cet internat-là, mais que les possibilités d'emploi étaient très limitées. Puis j'ai l'impression qu'en cours d'expérience, elles ont réalisé qu'elles se retrouvaient un peu devant rien après l'internat.

Quant à Diane, elle fait un lien, lors du premier entretien, entre son insécurité, la possibilité, en fin d'internat, de pouvoir décrocher le poste de deux demi-journées en hémodialyse et le sentiment de compétition qui s'est développé entre les deux internes.

Si cette possibilité n'avait pas été là, je pense que mon questionnement aurait été là quand même, [par rapport au fait] de laisser aller le travail. [...] Mais là, [...] je sentais une compétition avec Sara.

La compétition a effectivement été très forte entre les deux internes car les deux savaient que quatre demi-journées de travail par semaine seraient disponibles à compter de la fin de l'internat. Le fait que les deux internes se soient vu offrir chacune deux demi-journées de travail par semaine, quelque temps avant la fin de l'internat, a beaucoup sécurisé Diane et a diminué de beaucoup le sentiment de compétition qu'elle ressentait. Lors du deuxième entretien, après dix mois et demi d'expérience professionnelle, Diane ajoute, au sujet de la compétition :

Je pense que la compétition, il va toujours l'avoir... Bien, pas maintenant, je pense que là, depuis janvier, c'est tombé. On a chacune trois jours présentement, on est satisfaites. C'est sûr que si un poste [s'ouvrait], quelque chose que toutes les deux on voudrait avoir, bien ça reviendrait encore à la compétition, probablement. Mais je ne le vivrais jamais comme je l'ai vécu au début parce que là, moi, je parlais de rien, puis Sara parlait de rien, ça fait que c'est sûr qu'on voulait tout avoir.

4.2.3.4 Difficultés en tant que jeune professionnelle

Les principales difficultés vécues par Diane en tant que jeune professionnelle sont reliées à la communication avec l'équipe multidisciplinaire et à la capacité d'établir des limites entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Ainsi, elle mentionne, lors du deuxième entretien ayant eu lieu dix mois et demi après la fin de l'internat :

La seule chose avec laquelle je travaille encore beaucoup, puis qui ne me vient pas nécessairement naturellement, c'est la communication avec l'équipe multi.

Antérieurement, dans le bilan-synthèse écrit à la fin de sa formation, elle indiquait :

La plus grande faiblesse que je crois posséder pour cette profession est de ne pas encore avoir développé l'entregent nécessaire pour me faire une place à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire et me faire valoir en tant que professionnelle. Je ne me sens pas confortable dans des situations où faire des relations publiques est le but ultime.

Dans le deuxième entretien, elle précise aussi que ses difficultés à bien communiquer apparaissent parfois au niveau de son travail auprès des familles :

C'est quelque chose qui doit être fait aussi au niveau des familles [...] qui viennent te chercher toute ton énergie, d'être capable de dire : "Bien, ça je pense que c'est pas approprié". Ça, je ne l'ai pas encore.

Toujours dans le deuxième entretien, Diane indique, par contre, qu'elle vit cette difficulté à un niveau personnel, qu'elle a toujours été timide et que cette limite n'est pas liée à un manque de formation à ce sujet pendant l'internat. Mais, en creusant davantage, elle mentionne que les outils reçus pendant l'internat ne sont pas très utiles pour elle, face à cette difficulté.

Bien je pense qu'il faudrait que je retourne dans le programme pour voir s'il y a des trucs qui m'aiderait présentement. [...] Mettons que les outils que je prends présentement, ce n'est pas nécessairement les outils de l'internat. Tu vois, je me souviens d'avoir fait des lectures sur les différents professionnels, puis les relations, puis tout ça, mais je te dirais pas que c'est un outil que je vais chercher.

D'ailleurs, un examen de la liste de vérification remplie par Diane pendant sa formation indique qu'elle n'avait pas trouvé intéressantes deux des lectures concernant plus particulièrement différents styles de communication.

La deuxième difficulté de Diane se situe au niveau de sa capacité à placer des limites entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle, tant au niveau affectif qu'au niveau du temps passé à travailler. Ainsi, elle mentionne lors du deuxième entretien, plusieurs mois après sa formation :

Je me suis fait répéter plusieurs, plusieurs fois : "Mets tes limites!", peut-être plus au niveau du temps, mais ça rejoint aussi les limites au niveau des familles qui viennent te chercher dans ta vie personnelle.

Par rapport au temps, elle précise :

C'est clair que je fais au minimum sept heures de plus par semaine, que ce soit une semaine pas occupée ou que ce soit une semaine occupée, je vais faire au moins sept heures de plus. Mais cela ne me donne même pas assez de temps pour passer à travers tout ce que j'ai à faire. Dans le fond, j'ai l'impression d'éteindre des feux.

En ce qui concerne ses relations avec les familles, elle soulevait déjà cette difficulté dans son bilan-synthèse, immédiatement à la fin de sa formation :

De plus, j'ai tendance à devenir trop familière avec certaines familles ou enfants que je vois régulièrement. J'ai de la difficulté à limiter mes commentaires lorsque des questions personnelles me sont posées. Je dois donc travailler à afficher un professionnalisme si je veux être perçue comme une professionnelle.

Plusieurs mois plus tard, lors du deuxième entretien, elle utilise une métaphore éloquente pour expliquer ses difficultés :

Quelles portes de ton coeur est-ce que tu ouvres, lesquelles est-ce que tu fermes? Ça devient difficile... Je me sens continuellement jugée par l'équipe multi, je vais utiliser jugée parce que je ne suis pas capable de trouver un autre mot.

Ainsi, elle craint que des membres de l'équipe multidisciplinaire trouvent qu'elle se surimplique émotivement. Elle reconnaît, par ailleurs, qu'il est important de se protéger et de se demander parfois si son intervention est vraiment aidante pour la famille ou si elle la réalise plutôt pour répondre à ses propres besoins. Elle paraît consciente qu'il s'agit, pour elle, d'un élément de sa pratique qui est en évolution, qu'elle doit poursuivre le travail à ce niveau et qu'elle doit demeurer honnête par rapport à elle, par rapport à sa personnalité. Elle a peur d'être jugée par l'équipe, mais, en même temps, elle veut que sa «couleur» soit respectée, comme elle le mentionnait dans son bilan-synthèse, à la fin de sa formation :

Je voudrais essayer de demeurer la plus vraie possible tout en acquérant la qualité de rester à l'intérieur des limites du cadre professionnel.

4.2.3.5 En conclusion

C'est à Diane qu'il revient de conclure cette histoire qui lui appartient. À cet effet, un extrait particulièrement éloquent de son bilan-synthèse est ici repris.

Durant l'internat, je suis arrivée à une intersection dans ma vie, deux routes se présentaient à moi. D'un côté, la route qui m'était familière depuis treize années, mais qui me semblait de plus en plus sombre et tortueuse et, de l'autre côté, une nouvelle route qui s'ouvrait à moi et qui m'apparaissait pleine d'aventures nouvelles et de possibilités. Cette nouvelle route est celle que j'ai choisi d'emprunter. Comme toute nouvelle aventure, elle comportait beaucoup de risques et m'a causé beaucoup d'anxiété par moment. Mais il m'était impossible de faire marche arrière, surtout lorsque ce nouveau chemin comportait tant de belles surprises et de moments exaltants. Donc, pendant cette expérience, j'ai appris qu'il fallait que je prenne des risques pour pouvoir découvrir de nouvelles choses. [...] J'ai appris qu'il y avait au moins une profession qui pouvait me faire vibrer. J'ai appris qu'il faudrait que j'arrive à me mettre en valeur pour fonctionner et avancer dans ce monde hospitalier. J'ai appris que je pouvais m'adapter aux différentes populations d'enfants, que ce soit les bébés, les enfants ou les adolescents. J'ai appris qu'il fallait continuer à vouloir apprendre pour garder l'intérêt pour la profession vivante. J'ai appris. J'ai appris. J'ai appris... Je suis heureuse.

4.2.4 Antécédents et motivations de Sara

L'autre interne qui a vécu la formation, à l'intérieur du programme présenté précédemment, est une jeune femme de 25 ans qui est ici nommée Sara (nom fictif).

L'anglais est sa langue maternelle ainsi que sa langue d'usage. Elle a complété 18 années de scolarité, dont des études collégiales en sciences humaines, un baccalauréat en psychologie et une maîtrise professionnelle (M. Ed.) en éducation, spécialisée en psychologie éducationnelle et counselling.

Lorsqu'elle commence l'internat, Sara a déjà une bonne connaissance du milieu hospitalier dans lequel se déroule l'internat puisqu'elle y a été bénévole et qu'elle y a travaillé comme assistante-éducatrice. Plus précisément, Sara a été bénévole au centre de jour d'hématologie-oncologie pendant deux ans, à raison de 3 heures par semaine. De plus, elle a travaillé un été comme assistante-éducatrice au centre de jour et dans l'unité de soins d'hématologie-oncologie, à temps complet, dans le cadre d'un programme gouvernemental permettant l'engagement d'étudiants pendant la saison estivale. Sara a également travaillé pendant dix mois comme assistante-éducatrice à temps partiel (7 heures par semaine) dans l'unité de soins d'hématologie-oncologie. Donc, elle est bien connue par certains membres des services éducatifs du milieu de recherche lorsqu'elle entreprend de faire l'internat. Sara a également travaillé comme serveuse dans des restaurants pendant six étés.

Les motivations de Sara à devenir éducatrice étaient présentes chez elle bien avant qu'elle devienne bénévole au centre de jour d'hématologie-oncologie. Ainsi, alors qu'elle entreprend ses études universitaires en psychologie, elle sait déjà qu'elle veut travailler dans un domaine qui lui permettra d'aider les gens et elle pense plus particulièrement à travailler auprès des enfants. Cependant, elle prend conscience que la psychologie ne répond pas tout à fait à ses attentes. Lorsqu'elle devient bénévole au centre de jour d'hématologie-oncologie, elle découvre une profession qui semble répondre tout à fait à ses aspirations.

I knew that I didn't want to just work in day care, I mean I wanted to do something more than that. [...] And then I started volunteering [at the clinic], and for the first time, I think, in my life, I thought : "This is something that is wonderful and I could really see myself doing". So it was very, very quick, where it just kind of felt right and nothing else had ever felt right for me, I don't think anything else ever has at this point in my life. So I think, right away, my motivations were just to help children, through difficult situations.

Les motivations de Sara à faire l'internat étaient bien précises puisqu'elle avait déjà une bonne expérience comme assistante-éducatrice lorsqu'elle a soumis sa candidature pour l'internat. Ainsi, elle voulait développer une meilleure connaissance du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique, dans toutes ses composantes. Elle précise :

I felt as though my experience as a Child Life Assistant was something that I loved very much but I didn't feel as though I had a complete understanding of what it was to be a Child Life Worker.

Il devenait donc important pour Sara de prendre de l'expérience dans plusieurs départements et services de l'hôpital, avec différentes éducatrices. Elle voulait également vérifier s'il s'agissait d'une profession qu'elle serait prête à exercer à longue échéance. Finalement, elle désirait accomplir les heures requises pour pouvoir passer l'examen de certification du Child Life Council.

Avec le recul que lui procurent dix mois et demi de pratique professionnelle, Sara mentionne que, par rapport à ses motivations initiales à devenir éducatrice en milieu pédiatrique, elle est très satisfaite. Elle explique :

One of the aspects for me that definitely worked well was that I need to see, at the end of the day, that I have made a difference and that what I did was meaningful. I am very happy, and much happier that I even anticipate to be in my job.

4.2.5 Trajectoire de formation de Sara

Dans cette section se retrouvent des éléments en lien avec la trajectoire de formation de Sara. D'abord, le déroulement de l'internat tel que vécu par Sara sera présenté. Deuxièmement, les lieux de travail de Sara suite à l'internat seront mentionnés. Dans un troisième temps, ses résultats aux tests passés pendant l'internat et ses résultats à l'examen de certification seront détaillés. Finalement, dans les trois dernières parties, il sera question des apprentissages de Sara, soit les apprentissages les plus significatifs et les moins significatifs qu'elle a réalisés pendant l'internat et les apprentissages qu'elle aurait souhaité faire mais qu'elle n'a pas pu effectuer.

4.2.5.1 Déroulement de l'internat

Sara a fait une première rotation dans la salle de jeu des services ambulatoires de l'hôpital. Il s'agit d'une très grande salle de jeu, entourée de plusieurs cliniques externes, dont les cliniques de fibrose kystique, oto-rhino-laryngologie, asthme et allergies, chirurgie plastique, dermatologie, neurologie et orthopédie. Les services ambulatoires accueillent, à chaque semaine, approximativement 300 patients âgés entre 0 et 18 ans, dont une majorité est âgée de moins de 8 ans. Les patients sont toujours en présence d'au moins un adulte et ils sont souvent en compagnie de membres de leur fratrie.

L'accompagnatrice de Sara a été présente trois jours par semaine pour les deux premières semaines de l'internat, puis elle a été présente deux jours par semaine pour la suite de la première rotation de Sara. Un membre du personnel des services éducatifs a cependant pu jouer le rôle d'éducatrice suppléante deux après-midi par semaine. Sara se retrouvait donc seule une journée et deux matins par semaine.

Sara a fait une seconde rotation dans deux unités de soins de chirurgie comprenant 50 lits, avec des patients de 0 à 18 ans. Les unités de chirurgie accueillent principalement des patients ayant besoin d'une chirurgie générale, de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque, de chirurgie orthopédique ou encore des patients brûlés ou ayant subi des traumatismes crâniens. Sara a également travaillé, mais de manière moins régulière, dans l'unité des soins intermédiaires, qui compte 4 lits, et dans l'unité des soins intensifs, qui comprend 12 lits. Ces deux unités accueillent également des patients âgés de 0 à 18 ans. L'accompagnatrice de Sara était présente du lundi au vendredi.

Un examen de la liste de vérification remplie par Sara pendant l'internat démontre qu'elle a pu effectuer la grande majorité des activités et des lectures fortement suggérées dans l'échéancier. Cependant, le manque de temps a fait qu'elle a dû laisser tomber une activité sur les neuf prévues à la 8^e semaine, cinq activités sur les neuf prévues à la 10^e semaine, une activité sur les neuf prévues à la 11^e semaine (à la suggestion de la superviseure) et deux activités sur les sept prévues à la 12^e semaine (pour passer plus de temps à travailler à son projet et à la deuxième étude de cas).

De plus, à partir de la 6^e semaine, certaines activités ont été réalisées à une autre semaine que celle étant initialement prévue à l'échéancier. C'est ainsi que dix activités sur la cinquantaine d'activités réalisées par Sara à partir de la 6^e semaine, ont été déplacées à la semaine précédente ou suivante.

Voici un résumé des activités réalisées par Sara pendant l'internat. Ces activités sont reprises dans le même ordre de présentation et avec les mêmes numéros que dans la première partie du programme d'internat (*voir* appendice H).

1. Travail auprès de deux accompagnatrices.
2. Rencontre hebdomadaire des internes avec la superviseure : Sara a participé à toutes les rencontres sauf une, pour cause de maladie. Il est à noter que seulement onze rencontres

ont eu lieu car deux des rencontres initialement prévues ont été remplacées par l'évaluation des internes et une rencontre a dû être annulée à cause d'une absence de la superviseure.

3. Semaine complète d'orientation au milieu hospitalier et aux services éducatifs.
4. Rencontre avec les membres des services éducatifs, en début de stage, pour se présenter et faire la connaissance de l'équipe.
5. Identification de ses objectifs prioritaires.
6. Participation aux rencontres de développement professionnel de l'équipe des services éducatifs : Sara a participé aux trois rencontres qui ont eu lieu pendant la durée de l'internat.
7. Participation, à l'occasion, aux conférences médicales, aux conférences des soins infirmiers ou à toute autre conférence qui serait pertinente : Sara a participé à deux conférences.
8. Participation à des sessions de formation offertes par des membres des services éducatifs: Sara a participé aux deux sessions prévues dans l'échéancier.
9. Rédaction d'un journal de bord quotidien ou création d'un portfolio : Sara a laissé tomber cette activité à cause d'un manque de temps.
10. Présentation orale d'un article de périodique récent.
11. Présentations orales d'études de cas : elle en a présenté deux, dont une étude de cas devant un groupe d'éducatrices provenant de trois hôpitaux pédiatriques montréalais.
12. Création et présentation d'un projet individuel qui consistait à améliorer la qualité des services éducatifs offerts dans une des unités de soins. Entre autres, un questionnaire développé par Sara a été utilisé auprès de patients, parents et infirmières de cette unité de soins pour évaluer les besoins. Ils ont été évalués, plus particulièrement, en termes de plages horaires idéales pour que les patients puissent le mieux profiter des services offerts par les éducatrices et en termes de variété et d'accessibilité des équipements récréatifs disponibles. Sara a présenté une synthèse des résultats et quelques propositions visant à améliorer l'organisation actuelle des services éducatifs. Des listes de suggestions pour l'achat d'équipement ont également été dressées pour des donateurs éventuels.
13. Présentation d'un fait d'observation ou d'une réflexion, par écrit, à chaque semaine : Sara a présenté six réflexions sur les neuf réflexions prévues. La raison pour laquelle trois réflexions n'ont pas été produites est le manque de temps.

14. Lectures fortement suggérées et facultatives et visionnement de documents audio-visuels: Sara a fait toutes les lectures fortement suggérées et elle a visionné les documents audio-visuels.
15. Description écrite de l'appréciation des besoins et de la planification d'interventions pour certains patients (APIE : Appréciation-Planification-Intervention-Évaluation) : Sara a réalisé tous les exercices prévus, soit les six descriptions.
16. Planification et animation d'activités de groupes et individuelles : quatre activités ont été planifiées et animées telles que prévues.
17. Écriture aux dossiers : Sara a réalisé huit exercices d'écriture sur les treize prévus. Les raisons invoquées pour les cinq fois où l'écriture aux dossiers n'a pas été faite sont les suivantes : le contexte du lieu de rotation ne s'y prêtait pas (2) et le manque de temps (3).
18. Réalisation de «fiches d'observation», de «fiches de planification» et de «fiches de retour sur une intervention» en rapport, entre autres, avec les techniques d'intervention suivantes : jeu médical; préparation à une procédure et / ou enseignement; support pendant une procédure : Sara a réalisé sept des onze fiches demandées. Le manque de temps a été invoqué pour expliquer la non réalisation de quatre fiches.
19. Rédaction d'un bilan-synthèse : ce bilan-synthèse a été réalisé par Sara.

En ce qui concerne les auto-évaluations à partir des grilles d'évaluations, Sara a rempli les trois grilles prévues. Sara a également participé à un service commémoratif organisé par l'hôpital, à la mémoire d'enfants et d'adolescents décédés. Elle a aussi été présente lors de l'assemblée générale annuelle d'un organisme à but non lucratif visant à soutenir les familles ayant un enfant atteint de cancer. Finalement, elle s'est impliquée, avec une de ses accompagnatrices, dans l'animation d'un kiosque lors de l'activité annuelle «Nursing Skills Fair». Ce kiosque présentait, à des infirmières de l'hôpital, des informations concernant l'utilisation de techniques de gestion de la douleur et, plus particulièrement, la distraction.

4.2.5.2 Lieux de travail suite à l'internat

Suite à l'internat, Sara a été engagée pour travailler dans l'unité de soins d'hématologie-oncologie, 7 heures par semaine. Pendant le mois de juillet, elle a également établi des contacts avec d'autres centres hospitaliers pédiatriques. Elle a été engagée, à partir du mois

d'août, comme éducatrice suppléante dans un centre spécialisé en orthopédie, comprenant 40 lits et offrant également des services ambulatoires.

À partir de septembre, les heures travaillées par Sara, dans le milieu où elle a réalisé l'internat, ont augmenté dû au fait qu'elle a commencé à assurer une partie d'un remplacement au centre de jour d'hématologie-oncologie. En additionnant les heures effectuées dans ses deux milieux de travail, Sara faisait alors des semaines à temps complet. À partir de janvier, elle a cessé d'assurer le remplacement au centre de jour d'hématologie-oncologie, mais elle a été embauchée pour travailler, à raison de 7 heures par semaine, dans les unités de chirurgie où elle avait été interne. De plus, ses heures de travail à l'unité de soins d'hématologie-oncologie ont été légèrement augmentées. Plusieurs mois après sa formation, au moment du deuxième entretien, Sara travaille en moyenne 4 jours par semaine puisqu'elle continue d'effectuer certains remplacements au centre spécialisé en orthopédie pédiatrique.

Sara raconte certaines de ses tâches avec beaucoup d'enthousiasme. Ainsi, elle explique le type de travail qu'elle accomplit parfois au centre spécialisé en orthopédie pédiatrique. Il s'agit d'assurer la préparation des enfants et de les soutenir pendant les procédures, dans une clinique où des traitements au Botox sont donnés¹. Les cinq patients devant recevoir le traitement pendant l'après-midi sont accueillis, dès le matin, afin de pouvoir rencontrer l'éducatrice, l'infirmière et la physiothérapeute. Le rôle de l'éducatrice consiste alors à préparer l'enfant en lui expliquant la procédure et en pratiquant divers moyens de relaxation avec lui. L'après-midi, au moment de la procédure, l'éducatrice apporte un soutien à l'enfant à l'aide de techniques de gestion de la douleur. Pour Sara, il s'agit d'une expérience de travail très stimulante.

Lors de l'entretien qui a eu lieu plusieurs mois après sa formation, Sara explique qu'elle commencera à travailler à un nouveau projet dans le milieu hospitalier où elle a complété l'internat. Il s'agira, pour elle, d'être responsable de la mise en marche d'un projet visant à permettre l'accès à l'ordinateur à certains enfants hospitalisés. Dans le cadre de ce projet, 24

¹ Il s'agit d'un traitement consistant à donner des injections de Botox dans certains muscles afin de les relâcher et d'augmenter leur mobilité. C'est une procédure qui dure environ une demi-heure et qui est très douloureuse. Les patients qui suivent ce traitement doivent recevoir des injections à des intervalles de deux à trois mois.

chambres de l'hôpital, un des centres de jour et le centre de ressources pour les familles seront équipés d'une connexion à l'Internet. Sara devra se familiariser avec le système qui offre, entre autres, des jeux adaptés aux enfants hospitalisés ainsi que des possibilités pour eux de clavarder avec des enfants traités dans d'autres hôpitaux nord-américains. Une fois qu'elle sera à l'aise avec le système, elle pourra assister les enfants qui désireront en faire l'expérience. Elle travaillera ainsi en étroite collaboration avec tous les membres des services éducatifs afin de voir à déterminer quels sont les enfants qui pourront tirer le plus de bénéfices de l'accès à l'ordinateur dans le cadre de ce projet.

4.2.5.3 Résultats de Sara aux tests et à l'examen de certification

Avant de passer à la description des apprentissages effectués par Sara pendant l'internat, les résultats de Sara au test de connaissance et aux tests d'attitudes passés en début et en fin d'internat sont présentés au tableau 4.8. Rappelons que Sara a consenti à ce que ses résultats soient exposés dans ce mémoire.

En ce qui concerne le test de pratique, les résultats de Sara semblent indiquer qu'il y aurait eu un gain, chez elle, au niveau des connaissances. En rapport avec le R-CLS, les résultats de Sara indiquent une légère diminution de l'anxiété reliée à la mort et au mourir chez elle. Quant à ses résultats au FCCQ, ils démontrent que Sara aurait des attitudes plus positives à l'endroit des soins centrés sur la famille lors de la deuxième passation du test, en fin d'internat. Par ailleurs, les attitudes de Sara étaient déjà très positives lors de la première passation du test. En dernier lieu, les résultats de Sara au MSSS indiquent une légère augmentation de la sensibilité multiculturelle chez Sara lors de la deuxième passation du test. Par ailleurs, la sensibilité multiculturelle de Sara était déjà très élevée lors de la première passation du test.

Puisque Sara a pu passer l'examen de certification du Child Life Council en novembre 2001, soit 4 mois et demi après la fin de l'internat, il est possible de rapporter ici ses résultats. Ainsi, Sara a eu un score total de 120/150. Selon des informations prises dans un numéro du *Bulletin* du Child Life Council (2002), le nombre de candidates à cet examen a été de 242 et, de ce nombre, 159 candidates, soit 65,7%, ont atteint le score de passage fixé à 103/150. Le score moyen a été de 108,57/150. Quant au coefficient de fidélité pour cet examen, il s'est élevé à 0,86. Aucune précision n'a été donnée sur le nom de ce coefficient.

Tableau 4.8
 Résultats de Sara au test de connaissance et aux tests d'attitudes
 passés en début et en fin d'internat

TEST	Résultat au pré-test	Résultat au post-test
Test de pratique du Child Life Council	31/50	40/50
<i>The Revised Collett-Lester Scale (R-CLS)</i>	115	102
Test dont le score peut se situer entre 32 et 160, une augmentation du score indiquant une augmentation de l'anxiété		
<i>The Family-Centred Care Questionnaire (FCCQ)</i>	183	210
Test dont le score peut se situer entre 45 et 225, une augmentation du score indiquant une attitude plus positive		
<i>The Multicultural Sensitivity Scale (MSSS)</i>	37	33
Test dont le score peut se situer entre 21 et 126, une augmentation du score indiquant une moins grande sensibilité multiculturelle		

Le tableau 4.9 indique comment s'est effectuée la répartition des points de Sara. À la lecture de ce tableau, seulement deux catégories semblent lui avoir posé problème, à savoir la planification des interventions, avec un pourcentage de 66,7% d'items réussis, et l'administration, avec un pourcentage de 62,5% d'items réussis. Cependant, le pourcentage de 66,7%, dans la catégorie planification des interventions, paraît moins problématique lorsque l'on tient compte du fait que cette catégorie ne comprenait que 3 items. Quant au pourcentage de 62,5% en administration, soit 5 items réussis sur 8, il indique peut-être une difficulté, compte tenu que la performance à cette catégorie, pour l'ensemble des candidates à l'examen pour l'année 2001, a été de 82,4% (Child Life Council, 2002).

4.2.5.4 Apprentissages les plus significatifs effectués pendant l'internat

Pour Sara, un des apprentissages les plus significatifs a été de réaliser que cela prend des années d'expérience avant de pouvoir devenir une éducatrice en milieu pédiatrique confortable avec différents types de clientèle et dans des contextes variés. Elle reconnaît avoir débuté l'internat avec des attentes irréalistes du genre : «Lorsque j'aurai terminé l'internat, je saurai exactement quoi faire dans toutes les situations, avec tous les types de clientèle possibles». Ainsi, elle explique, lors du premier entretien, en fin de formation :

I learned that I can't know everything right away. [...] I also learned that this is an ongoing learning process, that we're always going to grow and always improve our professional image, improve our knowledge, improve our abilities.

Cela corrobore ce qu'une de ses accompagnatrices mentionnait, pendant l'entretien de groupe :

Je pense que [les internes] ont compris qu'elles ne repartent pas en sachant tout, mais en sachant que ça s'apprend tout au long [d'une carrière].

Après dix mois et demi de pratique professionnelle, Sara a pu prendre de l'assurance et son discours laisse entrevoir que son désir initial de tout apprendre et de tout connaître était lié à une certaine insécurité.

I didn't think I would be as comfortable in my role as I am now when I finished my internship. I kind of finished and then thought : "I think everybody expects me to know so much and I'm not so sure I know it", and then, when I started doing it, I started getting a lot of positive feedback, and I started thinking : "O.k., well I'm doing a pretty good job". And now, looking back, I feel very comfortable when I walk on to a ward, being able to take a list of 40 kids, assess which ones need the most interventions and then do that, and I think I do it properly and I work

Tableau 4.9
Résultats de Sara à l'examen de certification

CATÉGORIES	Nombre d'items dans l'examen de certification (n = 150)	Nombre d'items réussis par Sara (n = 120)	Pourcentage d'items réussis par Sara	Performance pour le total des 394 candidates aux examens offerts en 2001
I. Services directs aux patients				
A. Évaluation diagnostique	40	29	72,5	64,7
B. Intervention	40	33	82,5	72,1
C. Évaluation de l'intervention	35	28	80,0	74,6
D. Planification des interventions	3	2	66,7	52,2
TOTAL	118	92		
II. Services indirects				
A. Administration	8	5	62,5	82,4
B. Planification	7	7	100,0	81,1
C. Développement professionnel	6	6	100,0	79,2
D. Éducation	5	5	100,0	86,1
E. Supervision	6	5	83,3	84,4
TOTAL	32	28		

appropriately. [...] I'm comfortable with what I know and I can make a difference with what I know and I'll just keep learning and be able to make more and more difference.

D'ailleurs, en fin d'internat, Sara était malgré tout satisfaite des apprentissages qu'elle avait pu faire et elle disait qu'elle n'avait pas été déçue par rapport à ce que les objectifs de l'internat laissaient présager. Elle avait su se réajuster en cours de route. C'est ce qu'indique cet extrait du premier entretien :

I feel I had a very good base to preparation and medical play. I feel comfortable doing them, which I didn't prior to this internship. And I feel very comfortable in my role, and in the limits of my role now. I don't have these false expectations that I need to know everything to be able to sell my job. I think I need to know the basics of what it means to help prepare children and distract children and try to normalise their lives within the hospital, and, from there, I have to rely on the other specialists who are doing their jobs.

Selon Sara, l'internat lui a ainsi permis d'approfondir plusieurs aspects du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique dont l'appréciation des besoins des patients, la normalisation, la préparation aux procédures médicales, le support pendant les procédures médicales et le soutien aux familles. Elle a aussi découvert que, malgré tous ces aspects différents, les mêmes idées et principes de base guident le travail de l'éducatrice. Elle explique, en fin de formation, lors du premier entretien :

I've realised that our work has many different roles. We have the normalisation role, we have the distraction role, the preparation role, we have the role of the families and that role always works on the same basic ideas and principles but changes with each family and each patient. [...] So, each patient requires different services, not always the same but always with the same ideas behind, to try to improve quality of life and reduce stress for the children, while they are in the hospital.

Un autre apprentissage de Sara a été, selon elle, de constater que le travail des éducatrices n'était pas toujours reconnu à sa juste valeur par les autres professionnels. Elle ne pensait pas avoir à défendre son rôle car elle croyait que les éducatrices étaient mieux reconnues dans l'hôpital. Ainsi, cela a été un choc pour elle. C'est ce que montre cet extrait du premier entretien :

I learned that being a Child Life Specialist within a hospital can be very rewarding and at times very difficult as well, especially in terms of professional recognition. [...] I really thought that it would just be a given within the hospital, that everybody who works in a hospital would understand Child Life. That was a big shock to me.

Par ailleurs, elle dit que cela a eu l'effet positif de la forcer elle-même à devenir de plus en plus claire par rapport à sa conception du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique.

Plusieurs mois plus tard, lors du deuxième entretien, Sara est plus nuancée par rapport à la reconnaissance du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique par les autres professionnels du milieu. Elle explique que, maintenant qu'elle est devenue une éducatrice professionnelle, elle perçoit davantage de respect et de reconnaissance de la part des autres membres du personnel hospitalier. Ainsi, avec le recul, elle attribue le manque de reconnaissance davantage à sa position d'interne qu'à celle d'éducatrice.

I don't feel I have to defend myself professionally much anymore, to other professionals. I think a major problem I had was that I felt invisible, when I was on the wards before. And in a lot of ways, I supposed that the professionals were right, they didn't feel like I was somebody to invest a lot of time in. Now that I'm there on a regular basis, I'm starting to get called upon, they're starting to ask me questions, my professional opinion. I'm being included in group meetings regarding specific patients, I'm getting positive feedback [...] So I think they need to know that I'm going to be there for the long term, so they start investing their energy in me.

Cette situation a eu pour conséquence d'amener Sara à prendre conscience de l'importance, pour les éducatrices, d'être capables d'expliquer le but de leurs interventions aux autres professionnels de manière à gagner de la crédibilité. Elle précise, lors du premier entretien :

I realised to be organised and being able to describe and define our role clearly and concisely is very important to help people to understand what our role is.

Elle a également réalisé qu'il faut parfois s'imposer et elle apprend à le faire.

I also learned the importance of [...] standing up for our role and just saying : "This is what this child needs now and I'm going to be there to provide it", regardless of whether or not the other disciplines really think that it's important.

Elle croit beaucoup à l'aspect du travail de l'éducatrice consistant à éduquer les professionnels des milieux de santé et elle prend la peine de le mentionner dans son bilan-synthèse, à la fin de sa formation.

Child Life Specialists also have the responsibility of educating other hospital staff of the importance of Child Life within the hospital. [...] If proper education has not been provided to the staff about our role and what we can offer, our services will not be used to their full potential. [...] My opportunity to educate other staff members has been limited to the wards I have worked on and to the nursing skills fair. I feel that I succeeded in promoting the philosophies of Child Life in both of these opportunities. My tactics are subtle and always outline how Child Life, although child-centered, can help everyone.

L'importance de la communication avec les autres professionnels implique la capacité d'écrire aux dossiers. Sara a appris à quel point l'écriture aux dossiers est importante, ainsi que la manière de le faire. Cependant, lors du premier entretien, en fin de formation, elle

mentionne que c'est quelque chose qu'elle devra travailler constamment car elle trouve cela difficile.

I will constantly have to work on improving my charting, but I don't think that I could be taught anymore.

Sara a pris conscience de l'importance d'une bonne communication entre les membres des services éducatifs ainsi que de la nécessité de pouvoir échanger entre collègues quand des difficultés sont vécues par l'un ou l'autre. Lors du premier entretien, elle mentionne :

I also learned that it is really important to have staff you can depend on and can talk to, and confide in when things aren't going well. When you have a hard day or something like that, that's very important.

Après dix mois et demi de pratique professionnelle, elle reconnaît à nouveau l'importance d'une bonne communication. Elle explique, dans le deuxième entretien, à quel point elle se sent privilégiée de pouvoir se retrouver dans un département composé principalement d'éducatrices ayant plusieurs années d'expérience. Elle l'exprime ainsi :

I feel fortunate that most people have a lot of experience in the department. But definitely, being able to have open communication and to work together as a team, to have good communication, that's one important thing.

Elle donne comme exemple un système de communication qui a été établi entre elle et deux autres membres du personnel qui travaillent parfois avec les mêmes patients.

Sara a pu prendre pleinement conscience de l'importance de la souplesse et de la flexibilité dans l'exercice du rôle. À cet effet, elle mentionne, lors du premier entretien :

I think we have to adapt ourselves constantly.

Un autre apprentissage mentionné par Sara, lors du même entretien, concerne le respect des différences culturelles.

I also learned that there are differences within cultures, there are differences within each family... So, I guess to be observant is very important to this role, to just trying observe everything that is going on around you so, that you won't offend anyone or that you'll be prepared to meet their needs if [you] see what it is that they're needing.

Cet aspect était d'ailleurs souligné dans son bilan-synthèse, à la fin de la formation, lorsqu'elle décrivait une des valeurs principales qui l'anime en tant qu'éducatrice en milieu pédiatrique :

All people deserve to be treated with respect. There is no room in this position for bias or prejudice.

Avec le recul que lui apporte son expérience de dix mois et demi, Sara constate, pendant le deuxième entretien, qu'un apprentissage qu'elle n'avait pas relevé lors du premier entretien s'est avéré bien important. Il s'agit des composantes de la relation d'aide auprès des familles.

Elle explique :

I think those were all very good, learning how to let the families and the children talk, without stopping them, being more comfortable with silence, because that's something that I'm not normally comfortable with, but I think in a therapeutic setting, I am. More just because I think I have been trained during the internship to know that it's o.k., that they're thinking, that they need time to process everything that is going on, so rather than jumping and say something, it's much preferable being able to sit there and let them think the time they need.

4.2.5.5 Apprentissages les moins significatifs effectués pendant l'internat

Sara ne relève aucun apprentissage s'étant avéré moins significatif pour elle. Par rapport à l'administration du programme, apprentissage qui a été mentionné par sa collègue Diane comme étant moins significatif, Sara mentionne qu'elle en a vu la pertinence pendant l'internat et après, alors qu'elle a commencé à travailler. Elle mentionne, pendant l'entretien qui s'est déroulé dix mois et demi après l'internat :

I kind of felt that if ever I wanted to advance in this career, and go into different positions, then these would all be important things to know.

À la même occasion, elle mentionne que, de manière plus particulière, ces quelques connaissances en administration de programme lui ont été utiles au centre hospitalier spécialisé en orthopédie.

I think I used it more when I worked at [this centre], that was such a small institution and I could see how everything played out more easily. In terms of the administration, I could observe what was going on day to day.

4.2.5.6 Apprentissages souhaités mais qui n'ont pas été réalisés

Sara aurait voulu faire plus de préparation aux procédures médicales et de soutien pendant les procédures médicales lors d'une de ses rotations. Ainsi, elle mentionne, lors du premier entretien, en fin de formation :

I felt as though I was going to get more opportunities with outpatients to do more distraction and preparation.

4.2.6 Conditions ayant présidé à la formation de Sara

Les principales conditions favorables et défavorables ayant présidé à la formation de Sara seront détaillées dans cette troisième et dernière section. Elles seront suivies par une présentation de certaines difficultés vécues par Sara en tant qu'interniste et en tant que jeune professionnelle.

4.2.6.1 Conditions de formation favorables

Globalement, Sara a été très satisfaite de son expérience de formation. Lors du premier entretien, en fin d'internat, elle souligne certains points forts du programme : il était très bien organisé et planifié; les tâches que les internes devaient réaliser et les objectifs à atteindre étaient bien définis; il y avait possibilité pour les internes de s'auto-évaluer et d'être évaluées par rapport à l'atteinte des objectifs.

À la même occasion, Sara mentionne l'orientation donnée aux internes la première semaine comme ayant été une des conditions de formation favorables pour elle.

The orientation really helped me to understand all the different areas of the hospital and where Child Life is and how far we just have been in all areas of the hospital.

Sara a grandement apprécié toute la structure du programme. Selon elle, cette structure impliquant des expériences concrètes, de l'observation réflexive, de la conceptualisation et des expérimentations actives, a vraiment augmenté la quantité et la qualité de ses apprentissages. Ce qui lui a plu, entre autres, dans cette manière de faire, est que cela lui a permis de mettre l'accent, à chaque semaine, sur un aspect différent de la pratique. De plus, elle a été amenée à créer des liens entre la théorie et la pratique, à mieux justifier ses interventions et à améliorer sa pratique de manière continue. C'est ce qu'indiquent les propos suivants, recueillis lors du premier entretien, en fin de formation :

All those different things, when you focus on them in your readings, as well as in your practice, you get a much better view on them and I was able to formalize my ideas of what it meant to do these things and how it would affect the children. [...] I also appreciated that we had homework assignment that were given to us on the Friday prior to the week, so that we had time to look at what our assignment were going to be and then try integrate those into our week and then have time on the following Friday, at the end of the week, to discuss those. That, to me, really improved my learning. [...] I thought about what I was doing in much more details. I just became much more conscious and aware of my actions and really forced me to think about what I was doing. Even if my intervention was done quickly without necessarily thinking fully, I was able to

think back on it, and understand why I did the intervention and know that's something that I would like to do in the future or I would like to do it, but altered, in the future.

À l'occasion de l'entretien final, avec le recul procuré par ses quelques mois d'expérience professionnelle, Sara est toujours en accord avec le fait que la structure du programme a été très favorable à sa formation professionnelle. Elle précise même que, selon elle, il s'agit de la grande force du programme.

I think the structure was the most important aspect of the internship. I think it allowed me to learn the most, it really allowed me and forced me to focus. And [it] was very good, because it allowed me to work in many different ways.

À la même occasion, elle mentionne de manière plus particulière un des exercices qui devait être réalisé à six reprises pendant l'internat, soit l'APIE (Appréciation, Planification, Intervention, Évaluation). Elle explique :

I think that APIE, more than anything, helped me to feel as a professional, as to know everyday whether or not what I was doing was meaningful for the patient.

Malgré le fait qu'elle aurait préféré travailler dans un plus grand nombre de départements et de services, Sara mentionne, lors du premier entretien, en fin de formation, qu'elle a apprécié avoir pu travailler dans différents services lors d'une de ses rotations et elle considère qu'il s'agit là d'une condition de formation favorable. De plus, elle souligne que c'était tout à fait approprié qu'il y ait une rotation en services ambulatoires (donc, en services externes) et une autre dans les unités de soins (avec des patients étant admis). Elle précise :

I definitely enjoyed working in an outpatient setting and a ward setting. I think that is very, very important because it is completely different.

Sara a beaucoup apprécié le fait de pouvoir rencontrer des professionnels d'autres disciplines, dont un d'une manière plus officielle, car il s'agissait d'une entrevue qu'elle devait organiser pendant l'internat. Elle est très satisfaite d'avoir eu à participer à des rencontres multidisciplinaires. C'est ce que montre cet extrait de l'entretien réalisé en fin d'internat :

Being put in those meetings really helped me to feel as though I was part of the team and to get a much better understanding of what it means to be working in a hospital setting. [...] Also getting the perspective from those services, palliative care services or other services, it really gave me an idea of how all the teams work together to provide the best possible care for the families.

Après dix mois et demi de pratique professionnelle, Sara est de plus en plus convaincue de l'importance d'une bonne communication entre les différents membres du personnel hospitalier. Elle explique, lors du deuxième entretien :

Another thing that I noticed is how important it is to have good communication with the doctors and the nurses and establishing a rapport with them, in anyway possible.

Lors du premier entretien, en fin de formation, Sara mentionne l'importance du soutien qu'elle a reçu de la part de toute l'équipe des services éducatifs pendant l'internat, comme ayant été une condition favorable. Selon elle :

The staff was always very encouraging and always ready to listen, which was, I think, vital, and really wonderful.

Lors du deuxième entretien, Sara précise que certaines différences sont apparues dans le soutien qu'elle reçoit comme employée professionnelle en comparaison avec le soutien qu'elle recevait comme interne. Ainsi, elle explique :

I find certain [staff members] are ready to give me their opinions a lot more now that I am an employee. Often, it's been said : "Set your limits, watch this, do that", and so, I think, now more than when I was doing my internship, people are kind of taking me on as the new little one and they're ready to give their experience more. They're more protective of me now, I think that's the only thing that changed. And now I feel more part of the family.

Toujours au chapitre de l'accueil et du soutien qu'elle a reçus de la part du personnel, en tant que nouvelle employée, elle dit avoir noté, à ses débuts, un niveau d'énergie assez bas chez le personnel en place depuis plusieurs années. Elle a tenté de leur partager un peu de son dynamisme et de son entrain. Elle mentionne qu'il s'agit pour elle d'une forme d'échange : d'une part, elle apporte son dynamisme aux plus anciennes, et d'autre part, elles lui partagent un peu de leur expérience. Ainsi, elle explique, lors du deuxième entretien :

More than anything, when I had energy, I tried to share it and encourage others. Because, I felt like I can learn a lot from them, in terms of their experience, and they could probably use some of my energy.

Une autre condition de formation favorable, selon Sara, est reliée au temps qui lui a été consacré par les membres du personnel qui l'ont accompagnée lors de l'internat. Elle reconnaît que l'encadrement dont elle a bénéficié s'ajoutait à d'autres responsabilités pour ses accompagnatrices. Elle mentionne, lors du premier entretien :

I really appreciated the fact that the people who did accompany me through seven week intervals, get it out of their own time. I realised that was an added responsibility for them and they weren't required to do it.

À l'occasion du deuxième entretien, Sara exprime qu'elle a encore plus de reconnaissance pour le temps qui lui a été consacré pendant l'internat. Elle précise :

especially now that I'm working and I realise how much workload each person has.

Finalement, une dernière condition favorable précisée par Sara, à la fin de sa formation, est reliée au fait d'avoir pu travailler avec des éducatrices qui attachaient de l'importance à leur développement professionnel. Dans son bilan-synthèse, Sara résume ainsi l'importance, pour une interne, d'être accompagnée par des éducatrices prêtes à explorer :

I really feel studying under people who explore the full realm of the Child Life role is important for interns, as we will be helping to define the future role of Child Life.

4.2.6.2 Conditions de formation défavorables

Deux conditions de formation spécifiques à l'expérience d'internat telle que vécue par Sara ont été défavorables, selon elle. La première est reliée au fait qu'une de ses éducatrices accompagnatrices n'ait pu l'accompagner que deux jours par semaine. En rapport avec ce fait, Sara explique, lors du deuxième entretien :

I didn't enjoy being on my own so often. [...] I didn't enjoy because, essentially, I felt I was learning a lot observing the Child Life Specialist.

La deuxième condition défavorable est en rapport avec le fait que Sara considère ne pas avoir pu pratiquer suffisamment certaines techniques d'intervention pendant une de ses rotations. En effet, lors de cette rotation, la pratique était davantage axée sur la normalisation de l'environnement et sur les activités récréatives que sur des activités de préparation et d'accompagnement en rapport avec les procédures médicales. Donc, l'accent était mis sur le jeu libre, les activités facilitant l'expression des sentiments (ex. dessin) et les activités relaxantes et de distraction pour les enfants identifiés comme ayant des difficultés, pendant leur présence dans la salle de jeu. Dans son bilan-synthèse, en fin de formation, Sara explique ses réserves par rapport à ces modes d'intervention.

Although children's stress is often observed and diminished while the children are in the waiting area, the interventions are not carried through into the treatment rooms where children often need the most support. I believe it is important that the Child Life Specialist follow through with interventions that have been started in the waiting area. This can be done by relying on

volunteers to take care of the waiting area for the time necessary or by closing the cupboards when there are no volunteers. Having a beeper would also make the Child Life Specialist more accessible to staff.

En lien avec l'expérience relatée ci-haut, Sara suggère, lors du premier entretien, que, dans les prochains internats, les rotations soient plus courtes et plus nombreuses. Cependant, en exposant son point de vue, elle réalise que cela l'aurait empêché d'aller aussi loin qu'elle a pu dans une des rotations qu'elle a faites.

So I think for these units, seven weeks was good. Because it allowed me time to understand the role up there, to practice it with the Child Life Specialist, to discuss it with her and then to try on doing it on my own a little bit. By the end of the seven weeks, I was really feeling so I could handle it, I was being requested by the nurses, and I wasn't nervous, I was feeling as though I was doing the job and I was doing the job well. So I think that was a good amount of time, but there just wasn't enough material during the other rotation.

À la même occasion, Sara précise finalement sa pensée en disant qu'il faudrait, plutôt que de raccourcir la durée des rotations, s'assurer que les lieux de rotations soient déterminés en fonction des possibilités d'apprentissage qu'ils offrent aux internes.

Lors de l'entretien mené dix mois et demi après la fin de l'internat, Sara amène également le fait qu'une des rotations convenait mieux à sa personnalité et à sa propre vision du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique.

I think, looking back, [that] rotation [...] was perfect because, not only did I feel I was doing work that was more my style of work, I think it was more my personality and what I really envisioned myself doing in my Child Life career. [...] The problem with the [other rotation] was that it wasn't for me. [...] I don't feel as my learning curve was as high on that rotation. [...] So, I think the rotations were appropriate, maybe my opinions were swayed with how much I enjoyed each rotation.

4.2.6.3 Difficultés en tant qu'interne

Selon ce que mentionne Sara, lors du premier entretien mené dès la fin de la formation, il est évident qu'un inconfort a été vécu par les internes en rapport avec la possibilité d'avoir un poste à temps partiel en fin d'internat. Sara précise que cette situation l'a rendue très nerveuse et qu'elle a eu plusieurs discussions avec Diane en rapport avec cet état de fait. Sara apprécie que les membres du personnel clinique des services éducatifs soient demeurés neutres par rapport à cette situation. En fait, c'est une question qui ne les concernait pas directement car l'engagement du personnel relève de la directrice des services éducatifs. Sara

relativise la situation en disant que, de toutes manières, il y a toujours de l'inconfort et du suspense quand on veut décrocher un emploi. Mais elle termine en mentionnant :

I think maybe it [was] a little bit harder because we were here everyday so we were working with the people who we could potentially be working or not working with.

4.2.6.4 Difficultés en tant que jeune professionnelle

Certains propos tenus par Sara, dix mois et demi après la fin de l'internat, indiquent que, selon elle, les nouvelles employées des services éducatifs devraient pouvoir bénéficier d'une orientation qui reprendrait, en gros, les mêmes thèmes que l'orientation des internes, mais en allant plus dans les détails. Elle explique que les nouvelles employées pourraient alors poser des questions plus pertinentes que lors de l'orientation offerte pendant l'internat, parce qu'elles auraient une meilleure idée du tableau au grand complet. Selon elle, ce type d'orientation aurait facilité son intégration comme nouvelle employée. En effet, même si elle avait une expérience comme interne et comme assistante-éducatrice au moment de son arrivée comme éducatrice, il y avait encore bien des points obscurs pour elle quant aux différentes caractéristiques organisationnelles de l'hôpital.

4.2.6.5 En conclusion

En fin de formation, dans son bilan-synthèse, à la question : «Que vous a appris votre expérience d'internat sur vous-même?», Sara a répondu ainsi, dans un style télégraphique reflétant bien tout le dynamisme de sa personnalité :

I am a person who will forever learn. I love what I do. I am lucky. I am capable. I am good with people. I am insecure about my writing capabilities. I can improve.

Dix mois et demi plus tard, lors du deuxième entretien, Sara s'est fait poser la question suivante : «Avec le recul que tu possèdes maintenant, comment te sens-tu par rapport à l'expérience de formation que tu as vécue pendant l'internat?» C'est la réponse qu'elle a donnée à cette occasion qui conclura son histoire.

Looking back? Very grateful that I had to do it! And very happy. I think I always knew that this was something that I wanted to do. That's a job that makes me happy.

4.3 Comparaison des expériences de Diane et Sara

Maintenant que les expériences de Diane et de Sara ont été racontées par le menu, il convient de dresser une comparaison rapide de leurs trajectoires respectives. Cette comparaison se limitera aux antécédents et motivations de Diane et Sara, au déroulement de leur formation, aux apprentissages les plus significatifs qu'elles ont pu effectuer ou qu'elles auraient souhaité effectuer ainsi qu'aux principales conditions, favorables et défavorables, ayant présidé à leur formation. La comparaison ne se fera pas dans le détail puisque tout ce qui touche l'identification des composantes essentielles du programme d'internat, selon l'expérience des deux internes, sera présenté ultérieurement (*voir* 4.4.2).

4.3.1 Antécédents et motivations des internes

Tel que mentionné dans les études de cas, les deux internes possédaient une formation initiale en psychologie et une solide expérience comme bénévole en milieu pédiatrique. Sara avait même une expérience d'assistante-éducatrice. Ainsi, au total, Diane possédait environ 900 heures d'expérience comme bénévole et Sara avait 630 heures d'expérience comme bénévole et assistante-éducatrice.

Au chapitre des motivations de Diane et de Sara à devenir éducatrices en milieu pédiatrique, certains éléments sont à signaler. En effet, les deux internes étaient animées du désir de travailler auprès d'enfants et de familles dans un contexte autre que celui des Centres de la petite enfance, et plus spécifiquement dans un contexte où les enfants et les familles sont confrontés à des difficultés et ont besoin d'aide. Après dix mois et demi de pratique, Diane et Sara offrent la même réponse lorsqu'il leur est demandé dans quelle mesure leurs motivations initiales ont été satisfaites depuis leurs débuts professionnels. Toutes les deux sont comblées parce qu'elles ont le sentiment de faire une différence dans la vie des enfants et des familles auprès desquels elles travaillent.

4.3.2 Trajectoires de formation des internes

En ce qui a trait aux activités réalisées pendant l'internat, il a été impossible pour Diane et Sara, par manque de temps, d'effectuer la quantité totale d'activités initialement prévues au programme. Par ailleurs, les activités qui n'ont pas été réalisées ne sont pas nécessairement

les mêmes pour les deux internes. Cependant, les internes ont pu faire l'expérience, au moins une fois, de chaque type d'activités prévues, excepté la rédaction du journal de bord ou la création d'un portfolio. De fait, le journal de bord ou le portfolio était suggéré en début de programme comme pouvant éventuellement faciliter la rédaction du bilan-synthèse, mais autant l'un que l'autre sont apparus difficilement réalisables compte tenu de la charge de travail que les internes avaient. Le seul autre déséquilibre flagrant entre ce qui était demandé et ce qui a été fourni est en rapport avec l'écriture aux dossiers pour Diane. En effet, elle n'a écrit que deux fois sur treize et les raisons invoquées pour la non réalisation de ce type d'activité sont le manque de soutien, de temps et d'encouragement de la part de ses accompagnatrices.

Pendant leur formation, les deux internes ont su rapidement prendre avantage de la souplesse démontrée par les accompagnatrices et la superviseure dans l'application du programme. Ainsi, à partir de la 5^e semaine pour Diane et de la 6^e semaine pour Sara, certaines activités ont été réalisées à une autre semaine que celle qui était initialement prévue à l'échéancier.

Au chapitre des lieux de travail suite à l'internat, les deux internes ont été embauchées l'équivalent d'une journée par semaine, dans le milieu pédiatrique où avait eu lieu l'internat et ce, dès la fin de leur formation. Par ailleurs, toutes les deux ont pu commencer, quelques semaines après la fin de leur formation, à effectuer des remplacements dans le milieu d'internat, et aussi, dans le cas de Sara, dans un autre centre hospitalier pédiatrique de la région. Environ sept mois après la fin de l'internat, la situation professionnelle des deux internes s'était stabilisée et elles travaillaient au moins l'équivalent de trois jours par semaine et parfois plus dans le cas de Sara.

Les résultats de Diane et de Sara aux tests passés avant et après l'internat indiquent sensiblement les mêmes gains sauf en ce qui concerne la sensibilité multiculturelle, pour laquelle l'écart entre les scores de Diane au pré-test et au post-test indiquait une moins grande sensibilité multiculturelle chez elle, en fin de formation. Les deux internes ont réussi l'examen de certification avec des scores respectifs de 116/150 pour Diane et de 120/150 pour Sara. Rappelons que 65,7% des 242 candidates à l'examen de novembre 2001 ont atteint le score de passage, qui était fixé à 103/150, le score moyen ayant été de 108,57/150.

Pour les deux internes, la quantité d'apprentissages significatifs a dépassé, et de loin, les apprentissages qu'elles souhaitent réaliser mais qu'elles n'ont pas pu effectuer. Plusieurs des apprentissages significatifs ont été rapportés à la fois par Diane et par Sara. Ainsi, toutes les deux sont particulièrement satisfaites d'avoir pu découvrir et approfondir différents aspects du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique, dont les principaux, selon elles, sont la normalisation, la préparation aux procédures médicales (avec, entre autres, le jeu médical), le soutien pendant les procédures (en utilisant, entre autres, la distraction) et le soutien aux familles. À ces divers aspects du rôle, Sara ajoute l'évaluation des besoins des patients et des familles. Les deux internes auraient cependant apprécié acquérir plus d'expérience par rapport au jeu médical. Ainsi, Diane aurait voulu utiliser la marionnette pendant des sessions de jeu médical et Sara aurait souhaité faire plus de jeu médical en services ambulatoires.

Diane et Sara ont toutes deux souligné l'importance d'avoir été familiarisées avec les grands principes de base de la profession. Selon Diane, cela lui a permis de se situer elle-même par rapport à sa manière de comprendre et de jouer son rôle. De plus, les deux internes ont apprécié pouvoir développer leur propre style, entre autres grâce au modelage auprès d'autres éducatrices. Elles ont aussi découvert l'importance de la flexibilité dans l'exercice du rôle.

Diane et Sara ont toutes les deux expliqué comment il avait été significatif pour elles d'explorer leurs attitudes face au respect des différences culturelles. Diane a souligné, pour sa part, qu'elle avait apprécié pouvoir explorer ses attitudes face à différents types de clientèle d'enfants et / ou d'adolescents malades.

Plusieurs points relatifs à la communication envers les familles, ou envers les collègues et professionnels d'autres disciplines, ont été mentionnés par les deux internes. En rapport avec la communication auprès des familles, Sara mentionne comment toutes les connaissances et l'expérience acquises en relation d'aide, pendant la formation, ont été significatives. Quant à Diane, elle souligne comment il est important de pouvoir réfléchir à la manière la plus juste, pour elle, d'établir des limites entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle.

En ce qui touche la communication auprès des professionnels, ce point est revenu fréquemment chez Sara, entre autres quant à l'importance pour les éducatrices d'expliquer les buts de leurs interventions aux autres professionnels, de les consulter et de référer à eux.

Chez Diane, ce point a également été abordé mais d'un point de vue différent. En effet, bien qu'elle en reconnaisse l'importance, la communication avec l'équipe multidisciplinaire lui paraît ardue et elle travaille à s'améliorer sur ce point. En ce sens, l'écriture aux dossiers est un aspect du travail qui lui tient à coeur mais qu'elle doit développer davantage car elle n'a pas pu le pratiquer suffisamment lors de sa formation. Finalement, toujours sur le plan de la communication, les deux internes sont bien conscientes de l'importance d'une bonne communication entre collègues et du soutien qui peut être apporté par les collègues dans les moments difficiles de la vie professionnelle.

Pour les deux internes, la formation a été propice au développement d'une meilleure connaissance personnelle. Ainsi, Diane précise qu'elle a pu développer une connaissance plus approfondie d'elle-même, surtout en rapport avec sa capacité à prendre des risques dans sa vie professionnelle et, aussi, dans sa vie personnelle. Quant à Sara, un des apprentissages les plus significatifs pour elle a été de réaliser qu'elle pouvait être une bonne éducatrice même si elle ne connaissait pas tout, et que cela prenait des années d'expérience avant de pouvoir devenir une éducatrice en milieu pédiatrique confortable avec différents types de clientèle et dans des contextes variés.

Signalons, finalement, que tout le volet administration a été considéré beaucoup moins significatif par Diane. Pour sa part, Sara y a trouvé un intérêt, entre autres par rapport à l'importance pour elle de connaître ces divers éléments pour pouvoir évoluer dans sa carrière.

4.3.3 Conditions ayant présidé à la formation des deux internes

Globalement, les deux internes ont été très satisfaites de leur expérience de formation. La première semaine, qui en était une d'orientation, a été très appréciée par les internes. Sara souligne l'importance d'avoir pu vivre des expériences en services ambulatoires et dans des unités de soins. Elle est aussi très satisfaite d'avoir travaillé avec des professionnels d'autres disciplines et d'avoir participé à des rencontres multidisciplinaires. Sara reconnaît positivement le temps qui lui a été consacré par ses accompagnatrices et précise qu'elle a aimé travailler auprès d'accompagnatrices attentives à leur propre développement professionnel. Diane, pour sa part, souligne comment elle a apprécié la flexibilité du personnel pendant le déroulement de la formation.

Un des points positifs ayant été souligné par Diane et Sara concerne la qualité de l'accueil et du soutien dont elles ont bénéficié de la part de l'équipe des services éducatifs. En effet, les deux internes ont exprimé à quel point il a été favorable pour elles que toute l'équipe soit impliquée dans leur accueil et leur soutien. Il est intéressant de constater que dix mois et demi plus tard, les deux réalités vécues par les internes quant à l'accueil et au soutien reçus par l'équipe sont différentes. Ainsi, Diane a l'impression qu'elle doit doser son dynamisme et ne pas trop l'exposer afin de ne pas heurter ses collègues dont le niveau d'énergie est parfois bas. De plus, elle aimerait compter davantage sur le soutien de l'équipe et elle a fait une demande en ce sens. Pour sa part, Sara considère que l'équipe est plus soutenante envers elle depuis qu'elle est une nouvelle employée et elle tente de transmettre, à certaines de ses collègues, un peu de son dynamisme et de son énergie de débutante.

À quelques reprises, lors des entretiens ou dans leurs bilans-synthèses, les deux internes ont aussi souligné l'impact favorable de l'organisation et de la teneur des activités et méthodes de formation mises en place pendant l'internat. Ainsi, elles ont fourni des exemples de la manière dont l'application, entre autres, du modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb (1984) a pu contribuer à leur formation. Par exemple, Sara a fait référence à l'effet positif, pour elle, de l'utilisation de différentes formes d'apprentissage.

I think the structure was the most important aspect of the internship. I think it allowed me to learn the most, it really allowed me and forced me to focus. And [it] was very good, because it allowed me to work in many different ways.

Elle explique également comment cette structure facilitait la création de liens entre la théorie et la pratique.

All those different things, when you focus on them in your readings, as well as in your practice, you get a much better view on them and I was able to formalize my ideas of what it meant to do these things and how it would affect the children. [...] I also appreciated that we had homework assignment that were given to us on the Friday prior to the week, so that we had time to look at what our assignment were going to be and then try integrate those into our week and then have time on the following Friday, at the end of the week, to discuss those. That, to me, really improved my learning.

Sara a, en fait, et sans le savoir, fort bien résumé le cycle de Kolb en une seule phrase :

Even if my intervention was done quickly without necessarily thinking fully (expérience concrète), I was able to think back on it (observation réflexive), and understand why I did the intervention (conceptualisation abstraite) and know that's something that I would like to do in the future or I would like to do it, but altered, in the future (expérimentation active).

Pour ce qui concerne Diane, elle donne, dans son bilan-synthèse, un exemple éloquent de l'importance de l'expérimentation active jumelée à la conceptualisation abstraite. Cet exemple est en lien avec les effets de la distraction sur le comportement d'un enfant pendant une procédure médicale.

Il y a eu un moment où ma confiance envers les méthodes de distraction s'est solidifiée. J'étais familière avec la théorie mais je n'y croyais pas entièrement jusqu'au jour où j'ai pu observer moi-même les effets de la distraction. Le jour où mon intervention de distraction a fonctionné comme par magie, mon attitude a changé complètement. J'avais désormais une confiance totale envers certains des services que j'offrais.

Cet exemple est révélateur de la manière dont des concepts bien compris en théorie peuvent être intégrés à la pratique suite à une expérimentation active réussie.

Cependant, pour les deux internes, le pôle le plus important du modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb a, sans contredit, été l'observation réflexive. Voilà ce que Sara a dit à ce sujet :

I thought about what I was doing in much more details. I just became much more conscious and aware of my actions and really forced me to think about what I was doing.

Quant à Diane, elle explique ainsi l'importance de l'observation réflexive.

Ce que l'internat m'a permis de faire, c'est de prendre un recul puis de vraiment regarder comment moi j'agis face à ça, comment ça me fait réagir telle ou telle chose, puis comment je peux faire face à ça dans un cadre professionnel, pour donner le meilleur service possible aux familles. Quand il y a de nouvelles situations qui se présentent, je suis capable de me dire : "Bon, o.k., d'où ça part ma réaction interne, qu'est-ce que ça vient chercher en moi, puis c'est quoi la meilleure façon de faire face à ça pour que toutes les parties soient le plus satisfaites possible?" [...] Je suis une personne qui se questionne beaucoup. Mais, maintenant, j'ai une méthode pour le faire, un moyen de prendre du recul, d'aller voir en moi, puis d'être plus consciente. Les outils que j'ai reçus pendant l'internat me permettent de mieux faire.

Toujours en lien avec les conditions de formation favorables, les deux internes ont souligné qu'elles avaient apprécié être soutenues par leurs accompagnatrices dans l'identification de leurs forces et de leurs faiblesses. En ce qui concerne les conditions de formation défavorables, une difficulté commune a été vécue par Diane et Sara en rapport avec le fait que leurs accompagnatrices ne se sentaient pas toujours à l'aise avec toutes les compétences relatives à l'exercice du rôle et qu'elles ne se sentaient pas toujours prêtes à laisser les internes explorer de nouvelles avenues. Une autre difficulté commune aux deux internes a été liée à la compétition vécue entre Diane et Sara quant à la possibilité de décrocher un poste dans le milieu de formation, en fin d'internat. Cette difficulté a été vécue

de manière particulièrement aiguë chez Diane, pour qui l'internat représentait un tournant décisif au plan professionnel.

Au chapitre des difficultés, l'expérience vécue par Diane, de se faire offrir d'effectuer un remplacement de deux demi-journées par semaine au centre d'hémodialyse pendant son internat, a créé une condition défavorable à sa formation et ce, sans que l'équipe puisse anticiper les problèmes que cela créerait pour Diane. Une difficulté d'un autre ordre a été vécue par Sara. En effet, à cause de circonstances incontrôlables, une de ses accompagnatrices n'a pas pu l'accompagner plus que deux jours par semaine pendant cinq des sept semaines d'une de ses rotations.

4.4 Composantes essentielles d'un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique

La dernière partie des résultats se rapporte à la deuxième sous-question de la recherche. Cette sous-question faisait référence aux composantes qu'il faudrait considérer essentielles dans un programme d'internat destiné à de futures éducatrices en milieu pédiatrique n'ayant pas de formation initiale dans le domaine. Avant de présenter les résultats globaux à cette sous-question, il convient de présenter certains éléments de l'entretien de groupe ayant eu lieu avec les membres des services éducatifs du milieu de recherche et deux éléments provenant du journal de bord de l'auteure de ce mémoire. En effet, bien que certains extraits de cet entretien de groupe et du journal de bord aient été incorporés aux études de cas, d'autres extraits n'ont pas encore été présentés. Il s'agit d'extraits qui ont été relevés pour leur intérêt en rapport avec l'identification des composantes essentielles d'un programme d'internat.

4.4.1 L'expérience d'internat selon le personnel des services éducatifs

Quelques éléments favorables à une expérience de formation en internat ont été soulevés, pendant l'entretien de groupe, en rapport avec la nature du milieu d'internat. Un des membres a mentionné que le fait que l'internat ait été offert dans un hôpital universitaire en avait augmenté le calibre. Cette personne a parlé de «*la chance d'avoir certaines conférences, les carrefours scientifiques [...et les] Nursing Grand Rounds (conférences des soins infirmiers)*».

D'autres éléments, signalés lors de l'entretien de groupe, sont liés aux caractéristiques des internes et de l'équipe des services éducatifs. Le personnel a mentionné que, du fait que les internes étaient connues de certains des membres de l'équipe et «*qu'elles étaient vraiment accoutumées au milieu puis d'un calibre élevé*», cela avait contribué au succès de leur expérience de formation. Quant à l'équipe des services éducatifs, deux éléments ont été mentionnés : le fait que chaque membre du personnel se retrouve dans des milieux cliniques différents ainsi que le fait que l'équipe ne soit pas nombreuse.

On est un petit groupe, ça fait que cette espèce d'intimité-là favorise les internes. Je me disais, des fois, qu'elles se sentaient à l'aise autant d'aller questionner [X, Y ou Z], peu importe.

Un autre élément souligné comme ayant été favorable était en rapport avec les ressources du milieu, ressources pré-existantes ou ressources créées spécialement pour l'internat, comme le cahier de lectures.

Toutes les ressources qu'on a aussi, [...] le cahier avec toutes les lectures. [La bibliothécaire du Centre de ressources pour les familles] aussi a été une ressource intéressante, je pense, pour les internes, pour pouvoir aller chercher de l'information, ç'a été quelque chose d'intéressant.

Certains des commentaires émis durant l'entretien de groupe, en rapport avec les conditions de formation ayant été favorables pendant l'internat, étaient en lien avec la structure générale du programme proposé aux internes. Voici certains extraits provenant de différents membres de l'équipe.

I think that the structure that was set beforehand was very, very solid. [...] I think, really, [that] was the thing that made it successful, because if we would have been sort of doing "well, what's next, what's next", I'm not sure we could have kept up with it, with the fact that it was all planned in advance, and the resources were available.

C'était très clair le programme, c'était structuré, puis c'était le fun de voir ça, qu'elles (les internes) avaient des défis à chaque semaine. Il y avait vraiment une machine qui les devançait, puis ça paraissait, puis je pense que ça devait être très sécurisant pour elles.

Puis, pour nous aussi, ça nous remettait un peu dans l'état d'esprit, où est-ce qu'elles sont rendues, puis ce qu'il faut avoir en tête, un petit peu, dans cette semaine-là.

Aucun commentaire n'a été fait, pendant l'entretien de groupe, en rapport avec les orientations du programme ou en rapport avec ses objectifs ou ses éléments de contenu. Par ailleurs, un commentaire provenant du journal de bord de l'auteure de ce mémoire, en lien avec les éléments de contenu du programme, mérite d'être mentionné ici. Il se rapportait à

l'histoire des services éducatifs : « *[Interns] were glad that we included history of the child life profession.* »

La majorité des points soulevés pendant l'entretien de groupe avaient trait aux activités de formation. D'abord, un point a été souligné en lien avec l'organisation des rotations des internes.

...que les deux soient pas en même temps à l'interne (unités de soins), puis que les deux soient pas en même temps à l'externe (services ambulatoires), moi je trouve que ça vaut la peine ça.

L'appréciation des deux internes en rapport avec la semaine d'orientation a été mentionnée dans le journal de bord de l'auteure de ce mémoire, à la première semaine de la formation :

Interns expressed great satisfaction with their welcome and orientation.

L'importance de la supervision hebdomadaire a été abordée par certains membres :

La supervision, une fois par semaine, je pense que c'est la place justement pour remettre leurs idées en perspective, c'est très important.

Ce qui était intéressant en supervision, c'était que les deux [internes] se retrouvaient, puis là, [elles] pouvaient un peu confronter leurs points de vue dépendant de où elles étaient. Parce que [ce qu'elles vivaient], c'était bien différent, tu ne peux pas faire exactement le même type de travail en cliniques externes puis sur les unités de soins. [...] En général, c'était très positif, les échanges entre les deux filles.

L'intérêt des présentations orales d'études de cas a été souligné, ainsi que la possibilité que ces présentations donnait, à tous les membres du personnel, d'être tenus au courant de certaines activités des internes.

Les présentations de cas, ça, c'était quelque chose de bien intéressant. Puis les autres dans l'équipe sont un peu [mis] au courant de ce que chacune des internes vit, pendant les présentations.

L'importance des travaux écrits, et ce qu'ils représentaient en terme d'exigence pour les internes, a été mentionné par la superviseure, mais également par d'autres membres de l'équipe.

C'était exigeant pour elles d'écrire quasiment toutes les semaines, puis de préparer les études de cas [...] Mais c'est quelque chose à quoi je tiens très fort. Parce que, souvent, c'est dans leurs travaux écrits que je réalisais qu'il y avait des choses qui n'avaient pas été comprises ou, au contraire, que je remarquais des forces que je n'avais pas décelées en vous écoutant me dire comment ça allait, ou en écoutant les internes me parler.

L'écriture aux dossiers a aussi été perçue comme exigeante pour les internes, mais très formatrice.

L'écriture aux dossiers, ça leur a demandé beaucoup d'énergie, mais c'est formateur.

La participation des internes aux rencontres de certaines équipes multidisciplinaires ainsi que leurs contacts fréquents avec d'autres professionnels, dans des situations formelles et informelles, ont été perçus très favorables à leur formation par les membres de l'équipe. Par exemple, les internes ont pu rencontrer la consultante en soins palliatifs, des physiothérapeutes, des infirmières-liaisons, la coordonnatrice de l'équipe de neuro-trauma, les équipes multidisciplinaires d'hématologie-oncologie, des soins intensifs et des soins intermédiaires ainsi que l'équipe travaillant avec les adolescentes ayant des troubles du comportement alimentaire.

En ce qui concerne les responsabilités des différentes actrices de l'internat, certaines recommandations ont été faites par rapport à différents éléments. En premier lieu, l'importance d'une application souple du programme a été soulignée.

Il y a une chose qui a aidé, puis qui est absolument nécessaire aussi, c'est que ça prenait beaucoup de souplesse, parce qu'il y a des semaines où est-ce qu'on a dévié, puis il fallait, parce que tu ne peux pas non plus suivre le programme point par point. [...] Ça va être quelque chose d'important que, si jamais, pour une raison ou une autre, ce programme-là est utilisé dans d'autres départements, de souligner le fait que c'est un cadre qui doit être réorganisé pour chaque [milieu].

Suite à une des difficultés vécues par Sara, l'équipe a souligné que les accompagnatrices devaient être présentes à l'hôpital au moins quatre jours par semaine.

C'est important de demander aux accompagnateurs d'être là au moins quatre jours par semaine. Là, les circonstances ont fait que ç'a été modifié, c'est hors du contrôle de tous et chacun, mais c'est important d'avoir un accompagnateur ou une accompagnatrice qui soit là vraiment quatre jours par semaine.

Par rapport au développement de l'autonomie des internes, il a été précisé qu'il devait se faire de manière progressive.

Il ne faut pas toujours être là, mais il ne faut pas être loin. Faut qu'elles sentent qu'on n'est pas loin, style : "Tu es dans la clinique, mais si tu as un problème, tu m'appelles, je suis dans le bureau". Pour elles, c'est d'avoir le sentiment d'être accompagnées, puis d'être encadrées.

Finalement, les accompagnatrices étaient unanimes pour dire qu'elles auraient souhaité avoir des liens plus formels avec la superviseuse, que ce soit en rapport avec l'échange

d'informations sur le déroulement général de l'internat ou la lecture commune et la discussion de certains travaux écrits par les internes.

...ce serait vraiment [important] de prendre des moments fixés [d'avance]. Vraiment un rendez-vous avec les accompagnatrices, puis la superviseure, pour qu'il y ait un échange, mais plus qu'entre deux rendez-vous ou dans l'escalier [en passant].

En rapport avec certaines conditions organisationnelles ou matérielles, des points ont été soulevés. D'abord, la superviseure a mentionné qu'elle avait trouvé difficile d'offrir du temps de qualité aux internes alors qu'elle n'était pas remplacée dans ses tâches cliniques.

Souvent je suis arrivée en retard, mais ce n'était pas acceptable que j'arrive en retard.[...] Souvent, j'arrivais puis j'étais trop essoufflée de mon après-midi, puis je n'étais pas disponible assez, je pense, pour les internes. Mais en fait, c'est parce que je me suis entêtée à vouloir faire deux choses à la fois. Mais il reste que, dans le meilleur des mondes, il faudrait qu'il y ait quelqu'un à la clinique le vendredi, quand moi je supervise. Ça, ça serait l'idéal.

Finalement, des difficultés liées au manque d'espace de bureau et de réunion ont été soulevées par quelques membres de l'équipe.

...aussi au niveau de l'espace, je pense que ça nous a vraiment juste confirmé l'importance d'avoir un endroit pour [travailler plus silencieusement], puis [l'importance de] leur laisser (aux internes) leur espace à elles aussi des fois, tu sais, quand elles ont besoin de se retrouver.

Puis leur heure de lecture, je ne pense pas qu'elles ont eu des conditions pour le faire. Ça fait que ça, ça rajoute du travail à la maison.

Le vendredi [pour la supervision], c'était toujours un casse-tête d'avoir un local. [...] Ç'a l'air d'être une petite chose, mais souvent, ça va donner le ton à une supervision ou à une réunion.

4.4.2 Identification des composantes essentielles d'un programme d'internat selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs

Les résultats globaux obtenus en rapport avec la deuxième sous-question de la recherche sont présentés au tableau 4.10, de la page 118 à la page 123. Ces informations ont été catégorisées selon les diverses parties constituantes du programme d'internat auxquelles s'est ajouté le point «Structure générale du programme». Rappelons que les parties constituantes du programme d'internat (voir app. H, première partie, p. 183) comprenaient les orientations du programme, les objectifs généraux, les objectifs spécifiques, les éléments de contenu, les activités et méthodes de formation, les moyens d'évaluation des apprentissages et les

Tableau 4.10
Les composantes essentielles d'un programme d'internat
selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs

Orientations du programme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accent mis sur le développement des compétences établies par le Child Life Council avec ajout de composantes ayant récemment pris de l'importance dans les soins de santé pédiatriques : <ol style="list-style-type: none"> 1.1. la compétence multiculturelle [D + S] 1.2. les soins centrés sur la famille [D + S] 1.3. les stratégies de gestion du stress et de la douleur [D + S] 2. Création d'un volet «développement de l'identité professionnelle» [D + S]
Objectifs généraux	<p>VOLET SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyser les besoins des enfants et des familles et intervenir auprès d'eux selon les théories de la croissance et du développement de l'enfant et de l'adolescent, des systèmes familiaux, des soins centrés sur la famille et de la compétence inter-culturelle (1) [D + S] (a.c. = 2 ; t.s. = 1 ; h.i. = 4 ; total = 7) 2. Organiser un environnement thérapeutique et sécuritaire pour les individus et les groupes (2) [D + S] (h.i. = 1 ; total = 1) 3. Aider les patients et les familles à faire face au stress des expériences en milieu de soins de santé, de la maladie, de la mort et / ou de la perte (3) [D + S] (a.c. = 3 ; t.s. = 3 ; h.i. = 5 ; total = 11) 4. Fonctionner en tant que membre de l'équipe de soins de santé et y intégrer le programme des services éducatifs (5) [D + S] (a.c. = 2 ; t.s. = 1 ; h.i. = 3 ; total = 6) <p>Total d'objectifs spécifiques touchés = 25</p> <p>VOLET SUPERVISION ET FORMATION DE BÉNÉVOLES, ÉTUDIANTS ET PROFESSIONNELS</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Faire connaître le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique et les problématiques psychosociales reliées aux soins de santé pédiatriques (6) [D + S] (a.c. = 1 ; h.i. = 2 ; total = 3) <p>Total d'objectifs spécifiques touchés = 3</p> <p>VOLET DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Développer son identité professionnelle par la connaissance approfondie de son rôle et par la pratique régulière de l'introspection professionnelle (10) [D + S] (a.c. = 2 ; t.s. = 7 ; total = 9) <p>Total d'objectifs spécifiques touchés = 9</p>

Légende :

Les chiffres entre parenthèses, à la suite de chaque composante, réfèrent au numéro attribué à cette composante dans la première partie du programme de formation (voir appendice H).

Les lettres entre crochets, à la suite de chaque composante, réfèrent aux personnes ayant mentionné cette composante : D = Diane; S = Sara; P = personnel des services éducatifs.

Sur cette première page seulement, les abréviations a.c., t.s. et h.i. font référence aux types d'objectifs spécifiques: a.c. = objectif d'acquisition de connaissances; t.s. = objectif de travail sur soi; h.i. = objectif de développement d'habileté d'intervention.

Tableau 4.10
 Les composantes essentielles d'un programme d'internat
 selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs (suite)

Objectifs spécifiques	
<i>1. Objectifs de connaissance</i>	1. Décrire les principaux éléments relatifs aux soins centrés sur la famille et justifier les interventions en découlant. (5) [D + S]
	2. Décrire les principaux éléments relatifs à la compétence inter-culturelle et justifier les interventions en découlant. (6) [D + S]
	3. Décrire l'impact de la surimplication émotive et des attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte, sur la qualité des soins à l'enfant et sur l'efficacité des membres du personnel. (26) [D + S]
	4. Identifier et discuter les principaux éléments de la relation d'aide. (28) [S]
	5. Décrire différentes techniques de préparation psychologique aux expériences de soins de santé, incluant les techniques de gestion de la douleur. (29) [D + S]
	6. Décrire les services et les ressources des autres disciplines psychosociales et relatives au développement, et en identifier les principales fonctions. (46) [S]
	7. Décrire l'impact, sur les groupes et les individus, de divers modes de communication. (48) [D + S]
	8. Identifier des ressources en rapport avec les services éducatifs en milieu pédiatrique et l'hospitalisation des enfants. (58) [D]
	9. Définir le rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique. (81) [D + S]
	10. Articuler le rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique par rapport aux rôles des autres professionnels de la santé dans un contexte multidisciplinaire. (82) [S]
<i>2. Objectifs de travail sur soi</i>	1. Être conscient des valeurs rattachées à sa propre culture, de ses préjugés et croyances face aux personnes de cultures différentes et de l'impact de ses valeurs, préjugés et croyances sur la façon de voir les autres et d'interagir avec eux. (8) [D + S]
	2. Explorer ses attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte. (31) [D + S]
	3. Adopter une juste distance affective face aux patients et aux familles. (32) [D]
	4. Utiliser des moyens appropriés de faire face à la souffrance dont il est témoin. (33) [S]
	5. Être à l'aise dans ses relations avec les adultes, et non seulement avec les enfants. (49) [D]
	6. Démontrer une attitude de souplesse. (85) [D + S]
	7. Développer une confiance professionnelle. (86) [D + S]
	8. Faire preuve d'autonomie dans la réalisation de ses tâches. (87) [D + S]
	9. Prendre conscience de ses affinités, ses forces et ses faiblesses. (88) [D + S]
	10. Reconnaître ses limites et les accepter. (89) [D + S]
	11. Être attentif aux différents styles de pratique et examiner le sien. (90) [D + S]
	12. Manifester de l'intérêt pour le développement de son identité professionnelle. (91) [D + S]

Légende :

Les chiffres entre parenthèses, à la suite de chaque composante, réfèrent au numéro attribué à cette composante dans la première partie du programme de formation (voir appendice H). Les lettres entre crochets, à la suite de chaque composante, réfèrent aux personnes ayant mentionné cette composante : D = Diane; S = Sara; P = personnel des services éducatifs.

Tableau 4.10
 Les composantes essentielles d'un programme d'internat
 selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs (suite)

Objectifs spécifiques (suite) 3. <i>Objectifs d'habiletés d'intervention</i>	1. Intégrer à sa pratique des éléments relatifs aux soins centrés sur la famille. (12) [D + S]
	2. Utiliser des ressources pour satisfaire les besoin d'ordre culturel et pour surmonter les différences du même ordre. (13) [D + S]
	3. Démontrer respect et ouverture face aux personnes de différentes cultures. (14) [D + S]
	4. Formuler et mettre en application des objectifs basés sur l'évaluation des besoins des patients et ds familles ainsi que sur les normes de la pratique clinique. (15) [S]
	5. Offrir un choix d'activités varié correspondant à la condition et aux besoins des patients. (22) [D + S]
	6. Déterminer et «prioriser» les besoins, ainsi que l'étendue et l'importance des services éducatifs proposés pour chaque patient. (34) [S]
	7. Démontrer, expliquer et/ou fournir des techniques pour aider à affronter les facteurs de stress; adapter ces techniques au stade de développement de l'enfant, à son état affectif et à la nature des facteurs de stress. (35) [D + S]
	8. Au besoin, accompagner les enfants et les parents lors de procédures afin d'encourager l'utilisation de techniques de gestion du stress et de la douleur. (37) [D + S]
	9. Faire preuve d'empathie et utiliser efficacement d'autres composantes de la relation d'aide. (38) [S]
	10. Être attentif aux différentes formes de communication non-verbale. (39) [S]
	11. Communiquer de façon concise avec les membres de l'équipe soignante en intégrant les théories et pratiques reliées au domaine des services éducatifs, lors de discussions de cas et de rencontres formelles ou informelles, pour obtenir et/ou partager les données relatives aux besoins et à la condition des patients et de leurs familles. (50) [D + S]
	12. Noter de façon concise, objective et précise, dans le dossier médical de l'enfant, les renseignements relatifs à son développement et à son comportement susceptibles d'avoir un impact sur les soins. (53) [D + S]
	13. Recommander de consulter ou référer à un autre spécialiste quand les besoins du patient et de sa famille dépassent la portée des services éducatifs en milieu pédiatrique. (54) [S]
	14. Recommander des programmes et des ressources pour la formation du personnel soignant et des stagiaires offrant des soins aux patients. (60) [S]
	15. Plaider en faveur des besoins des enfants, adolescents et familles en maintenant le dialogue et la communication avec les autres intervenants, en respectant leurs points de vue et en intégrant les théories, la recherche, les pratiques et les considérations d'ordre éthique. (61) [D + S]

Légende :

Les chiffres entre parenthèses, à la suite de chaque composante, réfèrent au numéro attribué à cette composante dans la première partie du programme de formation (voir appendice H).

Les lettres entre crochets, à la suite de chaque composante, réfèrent aux personnes ayant mentionné cette composante : D = Diane; S = Sara; P = personnel des services éducatifs.

Tableau 4.10
Les composantes essentielles d'un programme d'internat
selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs (suite)

Éléments de contenu	Théories contributives : aspects psycho-sociaux
1. Connaissances scientifiques	1.1. Théories de la croissance et du développement de l'enfant et de l'adolescent (3.1) [D + S]
	1.2. Effets des expériences en milieu de soins de santé, de la maladie, de la mort et / ou de la perte (3.4) [D + S]
	1.3. Théories en lien avec la compétence multiculturelle (3.5) [D + S]
	1.4. Éléments des soins centrés sur la famille (3.6) [D + S]
	1.5. Impact, sur les groupes et les individus, de divers modes de communication (3.8) [D + S]
2. Connaissances instrumentales	Aspects organisationnels des milieux pédiatriques
	2.1. Structure organisationnelle, politiques et procédures générales de l'établissement (1.1) [S]
	2.2. Rôles des intervenants d'autres disciplines et limites inhérentes à chaque rôle (1.8) [S]
	Les services éducatifs
	2.3. Domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique (historique, nature et objectifs) (2.1) [D + S]
	2.4. Ressources en rapport avec les services éducatifs et l'hospitalisation des enfants (2.2) [D]
	Techniques d'intervention
	2.5. Techniques d'évaluation informelles (4.1) [S]
	2.6. Stratégies de préparation psychologique et de gestion de la douleur (relaxation, visualisation, imagerie guidée, distraction) (4.3) [D + S]
	2.7. Jeu médical (4.4) [D + S]
Identité professionnelle : définition du rôle et pratique de l'introspection	
2.8. Définition du rôle (6.1) [D + S]	
3. Connaissance de soi	Identité professionnelle : définition du rôle et pratique de l'introspection
	3.1. Valeurs, préjugés et croyances de l'interne (6.2) [D + S]
	3.2. Sa capacité de distance affective (6.3) [D + S]
	3.3. Ses aptitudes (6.4) [D + S]
3.4. Sa capacité d'introspection professionnelle (6.5) [D + S]	
4. Connaissance des pratiques d'intervention	Les habiletés d'intervention
	4.1. Les soins centrés sur la famille (5.1) [D + S]
	4.2. La communication auprès des enfants et des familles et la relation d'aide (5.2) [D + S]
	4.3. La communication auprès des professionnels (5.3) [D + S]
	4.4. L'observation et l'évaluation-diagnostique (5.4) [S]
4.5. Déroulement des interventions (5.5) [D + S]	

Légende :

Les chiffres entre parenthèses, à la suite de chaque composante, réfèrent au numéro attribué à cette composante dans la première partie du programme de formation (voir appendice H). Les lettres entre crochets, à la suite de chaque composante, réfèrent aux personnes ayant mentionné cette composante : D = Diane; S = Sara; P = personnel des services éducatifs.

Tableau 4.10
 Les composantes essentielles d'un programme d'internat
 selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs (suite)

Activités et méthodes de formation et d'évaluation	1.1. la participation aux rencontres de développement professionnel de l'équipe des services éducatifs (6) [D]
	1.2. la participation à des rencontres multidisciplinaires (à ajouter) [S + P]
<i>1. Activités centrées surtout sur le formateur ou son substitut</i>	
<i>2. Activités impliquant simultanément formateur et participants</i>	2.1. une semaine d'orientation au milieu hospitalier et aux services éducatifs (3) [D + S]
	2.2. rencontre avec les membres des services éducatifs, en début de stage, pour se présenter et faire la connaissance de l'équipe (4) [D]
	2.3. des rotations de durée suffisamment longue auprès d'au moins deux accompagnatrices (deux rotations de sept semaines sont recommandées) (1) [D + S]
	2.4. des rotations en services ambulatoires et dans les unités de soins (1) [S + P]
	2.5. des périodes d'observation des accompagnatrices (1) [D + S]
	2.6. une journée complète auprès de quelques autres éducatrices afin que les internes soient exposés à différents styles et à différents milieux (à ajouter) [D + S]
	2.7. des rencontres hebdomadaires des internes avec la superviseure (2) [S + P]
	2.8. des évaluations formatives à partir de grilles d'évaluation couvrant les habiletés d'intervention et les attitudes nécessaires à l'exercice du rôle (Moyens d'évaluation des apprentissages, 2) [D + S]
<i>3. Activités centrées surtout sur les participants</i>	3.1. l'écriture hebdomadaire d'un fait d'observation ou d'une réflexion (13) [S + P]
	3.2. des descriptions écrites de l'appréciation des besoins et de la planification d'interventions pour certains patients (15) [S + P]
	3.3. la réalisation d'exercices écrits d'observation, de planification et de retour, en rapport avec différentes techniques d'intervention (18) [S + P]
	3.4. l'écriture aux dossiers (17) [D + S + P]
	3.5. plusieurs lectures suggérées, en rapport avec les différentes compétences nécessaires à l'exercice du rôle (14) [S + P]
	3.6. des auto-évaluations à partir de grilles d'évaluation couvrant les habiletés d'intervention et les attitudes nécessaires à l'exercice du rôle (Moyens d'évaluation des apprentissages, 1) [D + S]

Légende :

Les chiffres entre parenthèses, à la suite de chaque composante, réfèrent au numéro attribué à cette composante dans la première partie du programme de formation (voir appendice H).

Les lettres entre crochets, à la suite de chaque composante, réfèrent aux personnes ayant mentionné cette composante : D = Diane; S = Sara; P = personnel des services éducatifs.

Tableau 4.10
Les composantes essentielles d'un programme d'internat
selon l'expérience des internes et du personnel des services éducatifs (suite)

Responsabilités des différentes actrices Responsabilités des accompagnatrices	1.	L'accompagnatrice doit être présente au moins quatre jours par semaine. (à ajouter) [S + P]
	2.	L'accompagnatrice encourage l'autonomie chez l'interne <i>et veille à ce qu'elle puisse se développer de manière progressive.</i> (responsabilité déjà écrite dans le programme, à modifier en ajoutant ce qui est en italique) [D + P]
	3.	Dans le cas où un élément de contenu du programme d'internat pose un problème à une accompagnatrice, elle doit s'assurer que l'interne puisse recevoir du soutien d'un autre membre de l'équipe face à ce point particulier. (à ajouter) [D + S]
	4.	L'accompagnatrice doit permettre que l'interne explore de nouvelles manières de faire dans la mesure où les règles d'éthique et de sécurité sont observées et où l'interne est prête à donner suite aux conséquences de ses choix. (à ajouter) [D + S]
Responsabilités des accompagnatrices et de la superviseure	5.	Les accompagnatrices et la superviseure doivent demeurer souples dans l'application du programme. (à ajouter) [D + P]
	6.	Les accompagnatrices et la superviseure doivent se rencontrer à l'occasion, de manière formelle, à des moments définis à l'avance. (à ajouter) [P]
Structure générale du programme	1.	Programme très détaillé dans lequel les objectifs à atteindre sont bien définis [D + S + P]
	2.	Programme ciblant à chaque semaine un certain nombre d'objectifs à atteindre en fonction d'un aspect particulier du rôle [D + S + P]
	3.	Programme basé sur un modèle d'apprentissage ou d'enseignement favorisant le développement de la pratique réflexive [D + S]

Légende :

Les lettres entre crochets, à la suite de chaque composante, réfèrent aux personnes ayant mentionné cette composante : D = Diane; S = Sara; P = personnel des services éducatifs.

responsabilités des différentes actrices de l'internat¹. La grille d'analyse des composantes d'un programme de formation d'intervenants en éducation, proposée par Gaudreau, Dupont et Séguin (1994) et par Gaudreau (1995), a été utilisée pour l'analyse des objectifs spécifiques, des types de contenus et des activités de formation.

Compte tenu des informations présentées au tableau 4.10, 55 composantes méritent d'être considérées essentielles, si on exclut les 37 objectifs spécifiques relevés à partir des expériences des internes et de l'équipe des services éducatifs. Bien qu'étant présentés dans le tableau 4.10, en pages 119 et 120, les objectifs spécifiques ne feront pas, ici, l'objet d'une analyse détaillée. En effet, il suffit de se pencher sur les objectifs généraux; la raison en est qu'ils représentent les groupes d'objectifs spécifiques.

Deux des composantes essentielles identifiées à partir des propos des internes sont rattachées aux orientations du programme (*voir* tableau 4.10, p.118). Quant aux objectifs généraux (*voir* tableau 4.10, p.118), six ont été considérés essentiels suite aux expériences des deux internes. Quatre de ces objectifs font partie du volet «Soins à l'enfant et à la famille» (qui compte cinq objectifs généraux) tandis qu'un objectif fait partie du volet «Supervision et formation de bénévoles, étudiants et professionnels» (qui en compte deux) et qu'un objectif fait partie du volet «Développement de l'identité professionnelle» (qui ne compte qu'un seul objectif général). Ce sont les objectifs spécifiques regroupés sous les objectifs généraux du volet «Soins à l'enfant et à la famille» qui ont été identifiés le plus souvent dans les propos d'au moins une des internes, pour un total de 25. Le volet «Développement de l'identité professionnelle», pour sa part, a vu neuf de ses objectifs spécifiques identifiés dans les propos d'au moins une des internes, tandis que le volet «Supervision et formation de bénévoles, étudiants et professionnels», n'a vu que trois de ses objectifs spécifiques identifiés.

Mentionnons, finalement, qu'au total, quinze des objectifs spécifiques identifiés comme essentiels, à partir des propos des internes, étaient des objectifs d'*habiletés d'intervention*, douze étaient des objectifs de *travail sur soi* et le reste, soit dix, étaient des objectifs de

¹ Dans le tableau 4.10, les constituantes «activités et méthodes de formation» et «moyens d'évaluation des apprentissages» ont été regroupées sous l'expression «Activités et méthodes de formation et d'évaluation».

connaissance. Par ailleurs, aucun des deux objectifs généraux propres au volet «Administration» n'a été considéré essentiel.

En ce qui concerne les 22 composantes essentielles rattachées au contenu (*voir* tableau 4.10, p.121), il importe de noter que la majorité, soit 17 composantes, ont été relevées dans les propos des deux internes et que les cinq autres (2.1, 2.2, 2.4, 2.5 et 4.4) ont été mentionnées par une seule des internes. Ces cinq composantes ont cependant été retenues comme étant essentielles parce que l'équipe des services éducatifs s'était déjà prononcée quant à leur importance lors du premier focus group ayant conduit à la conception du programme (3) ou encore parce qu'elles avaient été identifiées lors de l'analyse de contenu des programmes déjà existants (2). Les éléments de contenu rapportés au tableau 4.10 sont liés aux quatre types de connaissances, soit *connaissances instrumentales* (8), *connaissances scientifiques* (5), *connaissance des pratiques d'intervention* (5) et *connaissance de soi* (4).

Quant aux 16 composantes essentielles liées aux activités et méthodes de formation et d'évaluation (*voir* tableau 4.10, p. 122), aucune n'a fait consensus sauf l'écriture aux dossiers (3.4). Les deux internes ont mentionné les composantes nos 2.1, 2.3, 2.5, 2.6, 2.8 et 3.6, tandis qu'une interne et l'équipe des services éducatifs ont fait état des sept composantes suivantes : 1.2, 2.4, 2.7, 3.1, 3.2, 3.3 et 3.5. Les composantes nos 1.1 et 2.2, pour leur part, n'ont été mentionnées que par une seule interne. Elle ont cependant été conservées parce qu'elles avaient été notées à quelques reprises au moment de la revue de la littérature.

En ce qui concerne les six composantes en lien avec les responsabilités des différentes actrices du programme (*voir* tableau 4.10, p. 123), aucune n'a fait consensus. Par ailleurs, une des deux internes et l'équipe ont relevé les composantes nos 1, 2 et 5 tandis que les deux internes ont mentionné les composantes nos 3 et 4. Finalement, la composante 6 n'a été relevée que par l'équipe, car elle touchait à la communication entre les accompagnatrices et la superviseure. Elle a été conservée parce que le thème de la communication entre les différentes personnes responsables de l'internat avait été noté lors de la revue de la littérature. Finalement, pour ce qui touche la structure générale du programme (*voir* tableau 4.10, p.123), trois composantes essentielles ont été ciblées et deux d'entre elles ont fait consensus (nos 1 et 2) tandis que la troisième a été mentionnée par Diane et Sara.

Plusieurs détails intéressants peuvent être remarqués par rapport à ces résultats. Sur le plan des orientations du programme, il importe de relever que trois des éléments originaux

inclus dans le programme d'internat, sur quatre, ont été soulignés par les internes. Il s'agit de la compétence multiculturelle, des soins centrés sur la famille et des stratégies de gestion du stress et de la douleur. Seul l'élément touchant les considérations d'ordre éthique n'a pas été mentionné par les internes.

Quant aux objectifs généraux, ceux qui ont été considérés les plus essentiels sont, sans contredit, les objectifs reliés aux volets «Soins à l'enfant et à la famille» et « Développement de l'identité professionnelle». Compte tenu que ce dernier volet a été créé dans le cadre de ce programme de formation, ce résultat est particulièrement intéressant.

En rapport avec les éléments de contenu considérés essentiels, ils sont principalement regroupés sous les théories contributives en lien avec les aspects psycho-sociaux (5 éléments), les aspects organisationnels des milieux pédiatriques (2), le domaine des services éducatifs (2), les techniques d'intervention (3), l'identité professionnelle (5) et les habiletés d'intervention (5). Ainsi, les internes ont surtout insisté sur la connaissance des grands principes de base de la profession (incluant l'historique des services éducatifs), la connaissance des pratiques d'intervention (incluant la communication auprès des familles et des professionnels) et la connaissance de soi, reliée au développement de l'identité professionnelle.

En ce qui concerne les activités et méthodes de formation et d'évaluation, il est à souligner que les activités mentionnées comme étant essentielles, sauf deux, étaient listées dans le programme d'internat tel que proposé aux internes. Une des nouvelles suggestions d'activités de formation a été apportée par les internes. Il s'agit du no 2.6, composante dont le but est de faire vivre aux internes une journée complète auprès de quelques autres éducatrices afin qu'elles soient exposées à différents styles et à différents milieux (*voir* tableau 4.10, p. 122). C'est une composante qui, en quelque sorte, permettrait aux internes d'observer d'autres éducatrices et d'autres milieux de manière superficielle afin de compléter les expériences approfondies, mais plus étroites, vécues pendant leurs deux rotations. L'autre suggestion d'activité de formation qui n'était pas listée dans le programme, mais dont les internes ont cependant pu faire l'expérience, est la composante no 1.2 en rapport avec la participation à des rencontres multidisciplinaires (*voir* tableau 4.10, p. 122). Ces deux suggestions devront être ajoutées au programme d'internat. L'appréciation accordée aux lectures, aux exercices écrits et à l'écriture aux dossiers doit être ici relevée. Quant à

l'importance de l'auto-évaluation et de l'évaluation par les accompagnatrices et la superviseure, les deux internes l'ont soulignée avec vigueur.

En rapport avec les responsabilités des différentes actrices de l'internat, il importe de noter que cinq des composantes essentielles identifiées dans les propos des internes et / ou des membres des services éducatifs sont nouvelles par rapport aux responsabilités qui étaient énumérées dans le programme d'internat. Quant à l'autre composante (no 2, au tableau 4.10, p. 123), il s'agit d'une responsabilité qui se retrouvait déjà dans le programme tel que proposé aux internes mais qui a été précisée. Ainsi, suite à des difficultés ou à des succès rencontrés pendant cette expérience d'internat, quelques reponsabilités nouvelles ont pu être définies. Elles seront ajoutées à une prochaine version du programme d'internat.

Finalement, sur le plan de la structure générale du programme, le consensus a été établi, entre les deux internes et le personnel des services éducatifs, quant à l'importance d'une planification bien détaillée et ciblant, pour chaque semaine, des compétences à développer. Toujours au plan de la structure générale, il est particulièrement intéressant de noter que les internes ont toutes deux expliqué comment le modèle d'apprentissage principalement utilisé dans la conception du programme (Kolb, 1984) a encouragé le développement de leur pratique réflexive.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Les résultats de cette recherche montrent que Diane et Sara ont en commun certains aspects du vécu suscité par leur formation comme internes. Une partie des résultats montre également des différences entre les deux expériences vécues. Cette partie des résultats répond à la première des deux sous-questions de la recherche, à savoir : «Quel est le vécu de deux internes quant aux apprentissages effectués pendant l'internat et face aux conditions de formation mises en places dans le cadre du programme d'internat?»

Des résultats de cette recherche permettent aussi de mettre en évidence des composantes essentielles d'un programme de formation dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique. De plus, on peut considérer la conception et la mise en oeuvre du programme de formation comme une résultante de cette recherche. Cette partie des résultats répond à la deuxième sous-question : «Quelles composantes sont essentielles dans un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique lorsque les internes ne possèdent pas de formation initiale dans le domaine immédiat?»

Dans l'ensemble, ces résultats apportent une réponse à la question générale soulevée par cette recherche, soit : «Lorsqu'une formation initiale dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique n'a pas été préalablement reçue, comment se vit l'expérience de formation professionnelle dans le cadre de l'internat offert par une équipe de services éducatifs d'un hôpital montréalais pour enfants?» À la lumière des résultats présentés au chapitre précédent, on peut dégager la réponse suivante à la question de recherche.

Suite aux expériences relatées dans les histoires de Diane et de Sara, il semble qu'il soit possible, pour des internes n'ayant pas reçu de formation initiale dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique, de développer, pendant une formation en internat,

les connaissances, les habiletés d'intervention et les attitudes nécessaires pour pouvoir prétendre au titre d'éducatrice certifiée. En effet, les deux expériences de formation racontées par Diane et Sara ont été riches en apprentissages, autant sur le plan des connaissances, que des habiletés d'intervention et de la connaissance de soi. Malgré certaines difficultés, les deux internes ont vécu des expériences principalement positives et elles ont pu atteindre leurs buts : devenir éducatrices certifiées et entreprendre une carrière dans le domaine.

Selon les internes et le personnel des services éducatifs, il apparaît qu'un programme de formation destiné à des internes n'ayant pas de formation initiale dans le domaine doit posséder une structure solide et être soigneusement planifié. À cet effet, il semblerait que l'expérience d'apprentissage des internes ait été favorisée du fait qu'un certain nombre de compétences étaient ciblées à chaque semaine en rapport avec un aspect particulier du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique. Les internes ont également souligné l'effet bénéfique, sur leur pratique, du développement de leur pensée réflexive.

Selon les trajectoires de formation vécues par ces deux internes, les objectifs primordiaux d'un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs concerneraient l'intervention directe auprès des patients et des familles et le développement de l'identité professionnelle. De façon plus particulière, les soins centrés sur la famille, la compétence multiculturelle, les stratégies de gestion du stress et de la douleur ainsi que la communication auprès des familles devraient être des éléments centraux d'une formation en internat. La communication auprès des professionnels de l'équipe multidisciplinaire devrait également recevoir une attention spéciale.

Les internes ont aussi mentionné trois éléments qui leur ont vraisemblablement permis de développer une meilleure confiance professionnelle et qui semblent avoir facilité leur socialisation à leur rôle d'éducatrice en milieu pédiatrique. Il s'agit de l'historique des services éducatifs, de la connaissance approfondie du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique et de la connaissance de soi, tous reliés au développement de l'identité professionnelle.

Au chapitre des activités de formation, les internes et l'équipe des services éducatifs ont trouvé les aspects suivants particulièrement formateurs : la période d'orientation dans le milieu hospitalier au tout début de l'internat; les rotations en services ambulatoires et dans les unités de soins; l'observation des éducatrices; la participation à des rencontres

multidisciplinaires; les lectures; les travaux écrits; l'écriture aux dossiers; les supervisions hebdomadaires en petit groupe; et, finalement, l'auto-évaluation et l'évaluation du développement des compétences à l'aide de grilles soigneusement planifiées.

5.1 Des préalables importants

Les antécédents et motivations des internes sont des préalables importants pour la réussite du programme. En effet, les antécédents et les motivations de Diane et de Sara semblent avoir eu un impact non négligeable sur le déroulement de leurs expériences de formation. Ces deux internes possédaient plusieurs atouts : leurs antécédents scolaires, de travail et de bénévolat convenaient tout à fait aux exigences requises; leurs motivations étaient profondes; elles étaient familières avec le milieu d'internat; elles étaient connues de plusieurs des membres des services éducatifs et, comme le mentionnait un des membres des services éducatifs, elles étaient d'un «*calibre élevé*». Ces éléments exigent qu'une certaine prudence soit observée dans l'analyse de l'effet que le programme d'internat peut avoir eu sur les expériences vécues par les internes. Il ne faut donc pas perdre de vue que les candidates étaient, en quelque sorte, idéales, de par leurs antécédents, leurs motivations et leur calibre.

Deux recommandations peuvent être tirées des expériences de Diane et Sara. Il a déjà été mentionné qu'une expérience de travail bénévole ou rémunérée auprès d'enfants et / ou de familles confrontés à des stress majeurs constituait un des préalables à un internat en services éducatifs offerts en milieu pédiatrique. Il s'agit d'ailleurs d'une des recommandations du Child Life Council (2001b) dans les nouvelles normes pour les programmes d'études et de stages. Compte tenu de la somme des apprentissages qui doivent être réalisés dans le cadre d'un internat dans le domaine des services éducatifs, cette recommandation semble absolument justifiée et, à plus forte raison, lorsque les internes n'ont pas de formation initiale dans le domaine. Il semblerait opportun que le Child Life Council suggère, à titre indicatif, le nombre minimum d'heures de bénévolat qui serait approprié pour une personne désirant accomplir un internat en services éducatifs. Reilly et Brooks (2000) recommandent, pour leur part, que les internes aient au préalable complété un minimum de 75 heures de bénévolat en milieu pédiatrique.

Au chapitre des motivations à devenir éducatrices en milieu pédiatrique, certains éléments sont à signaler. Rappelons que Diane et Sara étaient toutes deux comblées, dix mois et demi après la fin de l'internat, parce qu'elles avaient le sentiment de faire une différence dans la vie des enfants et des familles auprès desquels elles travaillent. C'est une piste qui semble intéressante en rapport avec les phénomènes de roulement élevé de personnel dans les services éducatifs en milieu pédiatrique. Selon Bolig (1982),

il y a des facteurs inhérents aux professions de relation d'aide qui semblent contribuer au roulement rapide du personnel. Les besoins illimités des autres, le peu d'évidences que des changements significatifs se produisent dans la vie des clients et les ressources limitées sont quelques-uns des facteurs y contribuant.¹ (p. 94)

On pourrait penser que Sara et Diane seront prêtes à aider tant qu'elles pourront s'attribuer un quelconque mieux-être chez les enfants et familles, tant qu'elles pourront ressentir cet important sentiment de faire une différence. Mais pour y arriver, les ressources sont nécessaires, ressources qui impliquent, entre autres choses, des ratios intervenante / patients pas trop élevés, du soutien de la part de l'administration et du temps pour les tâches indirectes et non seulement pour les interventions auprès des patients et des familles.

5.2 Trajectoires de formation des internes

Bien que les atouts des internes aient pu jouer un rôle important dans la réussite de leur formation, et que les témoignages de Diane et de Sara aient fort probablement été positivement teintés par la possibilité qu'elles ont eu de travailler dans le domaine des services éducatifs dès la fin de leur formation, il demeure que, selon les internes et le personnel des services éducatifs, la trajectoire suivie par les internes a eu des effets formateurs. Il s'agit même d'effets transformateurs, dans le cas de Diane, que l'internat a conduit à un changement majeur sur le plan professionnel. De plus, les résultats de Diane et de Sara aux tests passés avant et après l'internat, ainsi que leurs résultats finaux à l'examen de certification, laissent croire que cette expérience de formation a été plus qu'une expérience de surface. Elle a conduit à l'acquisition, à longue échéance, de connaissances, d'habiletés et d'attitudes. Ainsi, certaines étapes vécues par Sara et Diane pendant leur formation en

¹ there are factors inherent in the helping professions that appear to contribute to rapid turnover of staff. The never-ending needs of others, lack of evidence of significant changes in clients' lives, and limited resources are but a few of the contributing factors.

internat valent la peine d'être explicitées afin qu'elles puissent éventuellement être prises en considération par des milieux intéressés à planifier un programme d'internat en services éducatifs et par le Child Life Council.

Un lien intéressant peut être établi entre la première phase du modèle du développement professionnel chez les éducatrices en milieu pédiatrique proposé par Bolig (1982) (voir 2.2.1) et les trajectoires de formation des deux internes. Bien que datant de plusieurs années, le modèle de Bolig semble toujours pertinent et n'a d'ailleurs vraisemblablement pas été remplacé par aucun autre modèle du genre. Selon cette auteure, la première phase du développement professionnel concerne l'établissement de la confiance chez l'éducatrice et sa socialisation. Elle précise :

Cette phase est spécialement critique puisqu'elle exige, en plus de l'affirmation par les éducatrices de leur propre valeur, leur socialisation à l'intérieur de leur nouveau rôle. Ce processus de socialisation requiert des liens étroits et des interactions avec d'autres professionnelles jouant ce rôle.² (p. 95)

Selon les trajectoires de formation vécues par Diane et Sara, le développement de ce processus de socialisation, en plus de passer par des liens étroits et des interactions avec d'autres éducatrices, passe également par l'acquisition de *connaissances instrumentales* sur l'histoire de la profession et sur le rôle de l'éducatrice et par une meilleure *connaissance de soi*, c'est-à-dire par une prise de «conscience de ses convictions, de ses attitudes ou de ses ressources propres» (Gaudreau, Dupont et Séguin, 1994, p. 13) en rapport avec l'exercice du rôle d'éducatrice en milieu pédiatrique. Il semblerait donc que le volet de développement de l'identité professionnelle, créé dans le cadre de ce programme, ait été profitable pour la socialisation des deux internes.

Quant à l'inclusion d'éléments de connaissance en lien avec l'histoire de la profession, elle a paru primordiale lors de la conception du programme. En effet, l'association professionnelle regroupant les éducatrices en milieu pédiatrique, le Child Life Council, existe depuis 1982. La profession possède désormais sa propre histoire et sa propre couleur et les futures éducatrices ont tout avantage à connaître les grands moments de son évolution et,

² This phase is especially critical as it demands, in addition to the affirmation of child life workers' self-worth, the "socialization" of new workers into the child life role. This socialization process requires close ties and interaction with others in the role.

en corollaire, les différents courants de pensée ayant influencé la pratique de la profession depuis ses débuts.

Il serait donc important que les éléments de contenu précédents soient pris en considération par les milieux intéressés à développer un programme d'internat et lors d'une prochaine révision des normes pour les programmes d'études et de stages du Child Life Council (2001b). Ne faut-il pas que les nouvelles éducatrices réfléchissent à toutes les facettes de leur rôle professionnel et connaissent l'histoire de leur profession pour pouvoir mieux en déterminer le futur?

Toujours en lien avec le modèle du développement professionnel chez les éducatrices en milieu pédiatrique de Bolig (1982), d'autres éléments soulignés par Diane et Sara valent la peine d'être mentionnés ici. Il s'agit de l'importance de la communication avec les autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire et du besoin d'être reconnue comme professionnelle à part entière. Ces éléments qualifiés de très significatifs pour Diane et Sara, en particulier lors du deuxième entretien individuel, se retrouvent étroitement liés au développement de l'autonomie professionnelle, qui est la deuxième phase du développement professionnel selon Bolig (1982). Voici ce que précise l'auteure à cet effet :

Être identifiée et acceptée n'est plus suffisant. Les éducatrices cherchent plutôt une reconnaissance en tant que professionnelles [...]. Puisqu'elles possèdent des connaissances et des habiletés uniques pour travailler auprès d'enfants et de familles dans les milieux médicaux, elles désirent partager ces connaissances avec les autres professionnels et faire partie des équipes multidisciplinaires.³ (p. 95)

En rapport avec les connaissances et les habiletés uniques aux éducatrices en milieu pédiatrique, il est intéressant de remarquer que, pour Sara et Diane, trois des cinq objectifs généraux reliés au volet des soins à l'enfant et à la famille ont été primordiaux. Cela n'est pas surprenant dans la mesure où il s'agit d'objectifs qui figurent parmi les plus représentatifs de la spécificité de la profession d'éducatrice en milieu pédiatrique. Étroitement rattachés à ces objectifs généraux, les soins centrés sur la famille, la compétence multiculturelle, les

³ To be acknowledged and accepted is no longer sufficient. Instead, child life workers seek recognition as professionals [...]. Having unique knowledge and skills in working with children and families in the medical setting, they want to share this knowledge with other professionals and to be included in the multidisciplinary team.

stratégies de gestion du stress et de la douleur et la communication auprès des familles ont été mentionnés comme étant extrêmement importants par Diane et Sara.

Il importe ici de souligner le fait qu'entre le moment où le programme d'internat a été conçu et celui où cette recherche a été complétée, de nouvelles normes pour les programmes d'études et de stages ont été publiées par le Child Life Council (2001b). Ainsi, des éléments qui avaient été ajoutés au programme d'internat, en rapport avec des problématiques ayant pris plus d'importance dans le domaine des soins de santé aux enfants ces dernières années, soit les soins centrés sur la famille, la compétence multiculturelle, l'éthique professionnelle et la gestion du stress et de la douleur, font désormais partie des nouvelles normes pour les programmes d'études et de stages. Un seul de ces éléments, soit l'éthique professionnelle, n'a pas été souligné comme étant significatif par les internes. À cet effet, il serait pertinent de mieux cibler cet élément de contenu dans la prochaine version du programme d'internat, en proposant aux internes un exercice de réflexion sur l'éthique professionnelle. De plus, il faudrait amener cet élément de contenu lors de la deuxième rotation plutôt qu'à la première rotation, alors que les internes ont une expérience à partir de laquelle les considérations d'ordre éthique peuvent être mieux analysées.

Une autre recommandation pourrait être faite au Child Life Council concernant la pertinence des compétences requises chez les éducatrices débutantes, en rapport avec l'administration des programmes de services éducatifs. Aucun objectif spécifique ou élément de contenu relié à l'administration n'a été mentionné par les internes comme étant significatif. Il semblerait même, selon Diane, que ce point soit très éloigné des préoccupations immédiates des internes pendant leur formation. Il y aurait probablement lieu, pour le Child Life Council, de cibler les compétences étant absolument essentielles à l'exercice du rôle par une débutante et de ne pas inclure les compétences demandant une formation plus spécifique, comme, par exemple, les compétences reliées à l'évaluation de programmes de services éducatifs. Cependant, des formations s'adressant plus spécifiquement aux administratrices de programmes de services éducatifs devraient être offertes de manière régulière, lors des conférences annuelles du Child Life Council, sur le site Web de l'association, à l'intérieur de certains programmes universitaires spécialisés en Child Life, etc.

5.2.1 Confrontation entre les trajectoires de formation des internes et le modèle de Kolb (1984)

Une caractéristique de ce programme a été soulignée par les internes comme ayant avantageusement contribué à leur formation. Il s'agit du recours au modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb (1984). Rappelons que ce modèle d'apprentissage fait appel à l'expérience concrète, à l'observation réflexive et à l'expérimentation active, tout en laissant place à la conceptualisation abstraite, élément essentiel dans un contexte où les internes devaient acquérir une formation théorique et créer des liens entre cette dernière et leur formation pratique.

En lien avec les pôles de l'expérience concrète et de l'expérimentation active du modèle de Kolb (1984), les éléments suivants sont à signaler. Les internes ont apprécié vivre deux rotations de sept semaines auprès de deux accompagnatrices. La longue durée des stages est d'ailleurs reconnue comme étant un des facteurs pouvant affecter positivement les expériences de stagiaires en éducation (Rikard et Beacham, 1992; Busque et Herry, 1998). D'autres auteurs, provenant du domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique, préconisent des rotations plus courtes et en plus grand nombre. Ainsi, Klein, Applebaum et Breiner (1983) suggèrent qu'un internat comprenne trois rotations. Le Child Life Council (2001b) ne mentionne aucune règle en la matière, à part le fait que «les milieux de stages devraient procurer une variété d'expériences cliniques» (p. 9). C'est un aspect de l'internat qui mériterait d'être étudié de plus près. En effet, il serait intéressant de connaître quels sont les avantages et les désavantages reliés aux différentes combinaisons possibles quant à la quantité et à la durée des rotations pendant un internat.

En rapport avec la question du nombre idéal de rotations, Sara et Diane ont apporté une suggestion fort intéressante qui aurait le mérite de permettre aux internes de vivre une variété d'expériences, tout en leur donnant la possibilité d'approfondir leurs apprentissages dans quelques lieux de pratique stables. Ainsi, elles ont recommandé que les prochaines internes fassent deux rotations, mais qu'elles soient invitées à vivre une journée complète auprès de quelques autres éducatrices, afin de pouvoir être exposées à différents styles et à différents milieux. Cette suggestion devrait être prise en compte dans la prochaine version du programme d'internat. Par ailleurs, une chose semble assurée quant aux types de rotations. En effet, compte tenu de la place de plus en plus prépondérante que prennent les services

ambulatoires en milieu pédiatrique, un programme d'internat de qualité devrait offrir des expériences en services ambulatoires et sur des unités de soins. Il s'agirait d'un ajout pertinent à faire aux normes pour les programmes d'études et de stages du Child Life Council (2001b).

Toujours en lien avec les pôles de l'expérience concrète et de l'expérimentation active, la participation des internes aux rencontres de développement professionnel de l'équipe des services éducatifs ainsi que leur participation à des rencontres multidisciplinaires ont été, selon elles et l'équipe des services éducatifs, très favorables à leur formation. La participation à des rencontres multidisciplinaires est d'ailleurs signalée par quelques auteurs comme étant essentielle à une bonne formation dans le domaine (Kingson, 1984; Reilly et Brooks, 2000; Child Life Council, 2001b). Tel que mentionné précédemment (*voir* 4.4.2), les internes ont pu vivre cette expérience, mais il faudra l'ajouter à la prochaine version du programme d'internat comme faisant partie des activités de formation.

En lien avec le pôle de l'observation réflexive du modèle de Kolb (1984), il faut souligner à quel point la pratique de l'observation par les internes leur a été profitable, et de manière plus particulière, la pratique du «modeling» qu'elles ont pu accomplir auprès des accompagnatrices. Cette constatation va d'ailleurs tout à fait dans le même sens que ce qui avait été relevé chez divers auteurs consultés, soit Chan (1983), Fortin (1984), Kingson (1984), Rikard et Beacham (1992), Perrenoud (1998) ainsi que Duquette et Cook (1999). Il s'agit également d'une des normes proposées par le Child Life Council (2001b).

Il est particulièrement intéressant, ici, de mettre les propos de Diane, quant à l'importance de l'observation réflexive (*voir* 4.3.3, p.112), en parallèle avec une partie de la définition du concept de réflexivité empruntée à Perrenoud (1998) et qui a été citée au chapitre 2 : «Bien entendu, n'importe quel être humain est capable de réflexivité; c'est une condition de régulation de son action. Cependant, cela ne devient un véritable levier de formation que si ce fonctionnement réflexif est valorisé, modélisé, instrumenté» (p. 197). L'importance de la pratique de l'analyse réflexive avait d'ailleurs été relevée chez plusieurs auteurs (Chan, 1983; Gouvernement du Québec, 1994; Kingson *et al.*, 1996; Perrenoud, 1998; Moon, 1999; Boutin et Camarais, 2001) ainsi que dans des recherches ayant trait au développement professionnel de stagiaires en éducation (Rikard et Beacham, 1992; Clarke, 1998; Desjardins, 1998; Duquette et Cook, 1999).

En lien avec le pôle de la conceptualisation abstraite, maintenant, toujours selon le modèle de Kolb (1984), la période d'une semaine consacrée à l'orientation des internes dans le milieu d'internat a été jugée très profitable par les internes et par l'équipe des services éducatifs. Cette période d'orientation qui s'inspirait des pratiques d'autres programmes de services éducatifs, ainsi que des recommandations de Klein, Applebaum et Breiner (1983) et de Kingson (1984), a largement valu les efforts de planification qu'elle a réclamé de la part de l'équipe des services éducatifs. Tout comme l'indique Kingson (1984), «Bien qu'exigeant beaucoup de temps au départ, la planification d'une session détaillée d'orientation fera ultimement économiser du temps et augmentera les possibilités que l'expérience d'apprentissage soit positive⁴» (p. 137).

En ce qui concerne les lectures fortement suggérées et les quelques visionnements de documents audio-visuels en rapport avec différentes compétences nécessaires à l'exercice du rôle, bien qu'il n'en soit pas question dans les normes du Child Life Council (2001b), ils apparaissent absolument nécessaires lorsque les internes n'ont pas de formation initiale dans le domaine des services éducatifs. Ce point a d'ailleurs déjà été soulevé par Klein, Applebaum et Breiner (1983). Il semble que cela serait un ajout pertinent à faire lors de la prochaine révision des normes pour les programmes d'études et de stages du Child Life Council (2001b).

En rapport avec l'observation réflexive combinée avec la conceptualisation abstraite, la valeur de certaines activités mérite d'être discutée. Ainsi, les descriptions écrites de l'appréciation des besoins et de la planification d'interventions pour certains patients (APIE) et la réalisation d'exercices écrits d'observation, de planification et de retour, en rapport avec différentes techniques d'intervention, paraissent avoir été d'une grande efficacité quant au développement d'habiletés d'intervention chez les internes. Cependant, il semble que ce soit l'écriture hebdomadaire d'un fait d'observation ou d'une réflexion sur un thème précis, combinée à une discussion entre les internes et la superviseuse sur ce même thème, pendant une partie de la supervision hebdomadaire, qui ait été le plus profitable aux internes.

⁴ Although initially time consuming, designing a thorough orientation session will ultimately save a good deal of time, as well as maximize potential for a positive learning experience.

Les normes du Child Life Council (2001b) suggèrent que la supervision hebdomadaire se fasse sur une base individuelle. Par ailleurs, certains auteurs préconisent la supervision de groupe (Perrenoud, 1998; Duquette et Cook, 1999). Selon eux, un des grands avantages de la supervision de groupe est d'amener les internes à découvrir des points de vue différents des leurs et, indirectement, grâce aux expériences racontées par leurs collègues, à élargir leur répertoire de pratiques. C'est ce qui a pu être vécu par Diane et Sara dans le cadre de leur formation. Les avantages et désavantages des deux méthodes de supervision pourraient faire l'objet d'une étude plus approfondie chez des internes en services éducatifs.

Rappelons que Diane et Sara n'ont pas tenu de journal de bord et n'ont pas réalisé de portfolio tel qu'il leur était suggéré en introduction au programme. Il n'est pas surprenant que les internes aient choisi de laisser tomber des moyens de faire qui étaient, somme toute, peu cohérents avec les stratégies de formation préconisées dans le programme. En effet, le choix avait été fait, quant à ce programme, de cibler des objectifs d'apprentissage bien précis à chaque semaine et d'orienter les activités de pratique réflexive en fonction de l'atteinte de ces objectifs. La réaction de Diane et de Sara semble démontrer qu'un choix doit être effectué, lors de la conception d'un programme d'internat, entre une manière plus globale et continue ou une manière plus précise et découpée dans le temps, d'amener les internes à exercer leur réflexivité.

5.2.2 Auto-évaluation et évaluation

Il sera ici question des auto-évaluations et des évaluations formelles qui ont été faites, lors de l'internat, à partir de grilles d'évaluation couvrant les habiletés d'intervention et les attitudes nécessaires à l'exercice du rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique. Cet aspect de l'internat avait été soigneusement planifié puisque, selon plusieurs des auteurs consultés, il était important d'établir, dès le départ, des objectifs d'apprentissage bien définis, de s'y référer régulièrement et de les utiliser pour l'évaluation (Fortin, 1984; Kingson, 1984; Bernard et Fontaine, 1989; Ferland et Hachey, 1989; Pelpel, 1989; Delisle et Cantin, 1994; Hébert, 1996). Étant donné que les internes n'étaient rattachées à aucun programme universitaire et qu'aucune supervision provenant de l'extérieur ne leur était offerte, la qualité de l'instrument d'évaluation ainsi que son utilisation adéquate devenaient absolument primordiales. Il semble que les grilles d'évaluation conçues dans le cadre de ce programme

d'internat ainsi que leur mode d'utilisation aient satisfait les besoins des internes et des accompagnatrices et superviseure à cet égard.

5.3 Difficultés et succès rencontrés par les internes et par l'équipe des services éducatifs

Une activité de formation mérite ici qu'on s'y attarde de manière plus particulière, car elle est la seule pour laquelle un déséquilibre flagrant entre ce qui était demandé et ce qui a été produit a été vécu par une des internes. En effet, l'une d'entre elles n'a écrit que deux fois sur treize dans des dossiers médicaux de patients. Les raisons invoquées sont qu'une des accompagnatrices ne se sentait pas très à l'aise avec ce mode de communication avec l'équipe multidisciplinaire et que l'autre accompagnatrice a offert peu d'encouragement et de soutien parce qu'elle était confrontée à une tâche très lourde et qu'elle manquait de disponibilité. Il semblerait que cette situation s'insère dans un cadre beaucoup plus global que celui de l'internat.

En effet, l'écriture aux dossiers, bien que constituant une pratique extrêmement importante en milieu de soins de santé, est un peu le talon d'Achille de plusieurs éducatrices en milieu pédiatrique. Gaynard, Haussein et DeMarsh (1989) ont observé cinq éducatrices, provenant de quatre milieux hospitaliers différents, pendant un total de 100 heures, afin d'obtenir de l'information au regard de leurs activités et de leurs contacts avec les enfants, les parents et les autres professionnels et afin d'explorer leur rôle en tant que membres de l'équipe de soins de santé pédiatrique. Une des conclusions de cette étude est que «moins que 1% du temps était passé à rapporter par écrit, dans des documents interdisciplinaires, le travail de l'éducatrice et ses observations⁵» (p. 79).

Cela ne peut qu'avoir des conséquences négatives dans un milieu où l'un des moyens de communication le plus utilisé est l'écriture dans les dossiers médicaux. Toute cette question du temps que les éducatrices prennent ou, plutôt, ne prennent pas pour écrire aux dossiers, et des implications que cela entraîne, mériterait sans aucun doute d'être étudiée de plus près. Par rapport au programme de formation, c'est un aspect qui nécessitera une vigilance particulière lors de ses prochaines mises en application.

⁵ less than 1% of the time was spent in actual charting of child life work and observations in [...] interdisciplinary documents.

Une autre difficulté a été vécue par Diane, alors qu'elle s'est vu offrir d'effectuer un remplacement de deux demi-journées par semaine à l'unité d'hémodialyse. Suite à cette expérience, il semble particulièrement évident que les internes ne devraient pas se faire offrir d'effectuer, pendant l'internat, des remplacements pouvant éventuellement mener à l'obtention de postes. Il serait intéressant, qu'à ce propos, le Child Life Council émette des recommandations quant aux lignes de conduite qui devraient être privilégiées par les services éducatifs dans ce genre de cas. Chaque situation a ses particularités, mais de telles lignes de conduite auraient peut-être permis à l'équipe des services éducatifs du milieu de recherche de prendre une décision plus éclairée.

Sara et Diane ont eu à faire face, pendant leur internat, aux difficultés liées à la compétition qui peut être vécue lorsque les possibilités d'embauche sont minces. Il est vrai que le domaine des services éducatifs offre très peu d'emplois au Québec et au Canada. À ce chapitre, deux recommandations méritent d'être faites. D'abord, plus que jamais, les services éducatifs doivent poursuivre l'évaluation des effets et des impacts des interventions effectuées par les membres de leur personnel et diffuser les résultats de ces évaluations. Deuxièmement, il serait intéressant que des chercheurs effectuent une étude longitudinale qui permettrait de suivre l'évolution d'une cohorte d'éducatrices ayant réussi l'examen de certification afin d'analyser, entre autres éléments, si elles ont pu trouver un emploi dans le domaine et, si oui, de quels types d'emplois il s'agit et dans quels genres de milieux elles ont été embauchées. Ce type de recherche pourrait offrir une meilleure connaissance des différents milieux connexes au milieu pédiatrique dans lesquels les éducatrices certifiées peuvent être embauchées. De plus, advenant le cas où un trop grand nombre d'éducatrices certifiées se retrouveraient sans emploi plusieurs mois après leur certification, le Child Life Council pourrait envisager le recours au contingentement, ou, à tout le moins, donner aux candidates à la certification une idée plus juste des possibilités d'emploi dans le domaine.

L'équipe des services éducatifs a soulevé quelques difficultés d'ordre matériel que les internes n'ont pas mentionnées, mais qui ont pu avoir une influence négative sur le déroulement de l'internat. Il s'agit du manque d'espace et du manque de temps. Idéalement, les milieux recevant des internes devraient pouvoir leur assurer un endroit relativement tranquille pour effectuer les tâches indirectes reliées à leur travail. De plus, des locaux devraient être disponibles pour les sessions d'enseignement et de supervision. Quant au

manque de temps des accompagnatrices et des superviseuses, il s'agit d'un point lié à la lourdeur de la tâche et qui semble commun à plusieurs milieux d'internat. Brown (1982) mentionnait, suite à une enquête sur les pratiques de supervision de dix éducatrices en milieu pédiatrique, que le problème le plus fréquent, en lien avec la supervision des internes, est le manque de temps à leur consacrer.

5.3.1 Ajouts aux responsabilités de la superviseure et des accompagnatrices

Plusieurs des auteurs consultés dans le cadre de la réalisation de cette recherche soulignaient l'importance, lors de stages ou d'internats, de définir clairement les rôles de chacune des participantes (Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Fortin, 1984; Kingson, 1984; Pelpel, 1989; Gouvernement du Québec, 1994; Hébert, 1996). C'est ainsi que pour chacune des actrices de l'internat, soit les internes, les accompagnatrices et la superviseure, des responsabilités claires ont été définies lors de la conception du programme. À partir des résultats de cette recherche, cinq nouvelles responsabilités devront être ajoutées à la prochaine version du programme d'internat et une responsabilité devra être précisée. Cette dernière concerne le développement de l'autonomie chez l'interne. Suite aux commentaires des internes et des membres des services éducatifs, il a paru nécessaire de préciser que l'accompagnatrice doit encourager l'autonomie chez l'interne, mais qu'elle doit veiller à ce que cette autonomie puisse se développer de manière progressive. Cela rejoint une des normes du Child Life Council (2001b) qui mentionne que : «L'étudiant devrait se voir assigner de plus en plus de responsabilités lorsqu'il démontre les habiletés appropriées et qu'il s'y sent prêt, tel que déterminé par un processus systématique d'évaluation de ses compétences» (p. 10).

Quant aux cinq nouvelles responsabilités qui devront être ajoutées dans la prochaine version du programme d'internat, elles découlent directement de difficultés et de succès vécus par les internes ou par l'équipe en rapport avec certains aspects du programme. Un des ajouts sera le suivant : «L'accompagnatrice doit être présente au moins quatre jours par semaine». D'ailleurs, le Child Life Council (2001b) recommande que l'accompagnatrice «ait un contact quotidien avec l'étudiant et travaille au moins 80 % des heures que l'étudiant accomplit hebdomadairement» (p. 11). Suite à l'expérience vécue par Sara, cette recommandation semble pleinement justifiée.

Deux autres responsabilités seront ajoutées à la prochaine version du programme d'internat. La première se lit comme suit : «Dans le cas où un élément de contenu du programme d'internat pose un problème à une accompagnatrice, elle doit s'assurer que l'interne puisse recevoir du soutien d'un autre membre de l'équipe face à ce point particulier». La seconde se lit ainsi : «L'accompagnatrice doit permettre que l'interne explore de nouvelles manières de faire dans la mesure où les règles d'éthique et de sécurité sont observées et où l'interne est prête à donner suite aux conséquences de ses choix». Recevoir des internes avides de découvrir et d'apprendre peut devenir très exigeant pour des éducatrices seniors qui ont beaucoup d'expérience, mais qui sont parfois limitées à certains niveaux. Cette situation s'explique du fait que plusieurs éducatrices seniors proviennent d'horizons très variés et ont appris leur rôle sur le tas, il y a quelques années, à une époque où les ressources et les normes de pratique étaient encore moins abondantes et où le rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique était moins clairement défini (Jessee, 1990).

Dans ce contexte, les recommandations du Child Life Council (2001b, p. 9) à l'effet que «Le superviseur devrait demeurer au courant des derniers développements liés à la pratique professionnelle» et qu'«Une formation approfondie en supervision et en andragogie est recommandée» sont très appropriées, mais elles mériteraient d'être appuyées par diverses initiatives de la part de cette association professionnelle. Déjà, la conférence annuelle organisée par le Child Life Council répond à certains besoins de formation. La création d'un forum de discussion sur le site Web du Child Life Council ainsi que l'ajout d'articles de fond dans le *Bulletin* paraissant quatre fois par an ont constitué des améliorations notables ces dernières années. Toutefois, il serait nécessaire d'organiser des formations à distance et de publier davantage de ressources pour soutenir le développement professionnel des éducatrices en milieu pédiatrique.

Une autre responsabilité qui s'ajoutera à la prochaine version du programme sera à l'effet que «Les accompagnatrices et la superviseure doivent se rencontrer à l'occasion, de manière formelle, à des moments définis à l'avance». Aussi paradoxal que cela puisse paraître, il semble que le fait que la superviseure et les accompagnatrices se retrouvent dans le même milieu ne favorise pas toujours une bonne communication. Lorsque la superviseure est rattachée à une institution d'enseignement, un certain cadre de fonctionnement exige que des rencontres et / ou des entretiens téléphoniques soient effectués sur une base régulière

entre les accompagnatrices du milieu et la superviseure. Par contre, lorsque ces personnes se retrouvent dans le même lieu de travail, il devient facile de remettre à plus tard les rencontres de suivi, car elles se disent qu'elles finiront bien par trouver le temps de se rencontrer. Ainsi, il semblerait qu'une des recommandations du Child Life Council (2001b), à l'effet qu'« Une collaboration continue et systématique devrait être établie entre les superviseurs cliniques et le personnel de l'établissement d'enseignement » (p. 9), devrait être adaptée pour les milieux pédiatriques qui reçoivent des internes sans être affiliés à un établissement d'enseignement.

Finalement, une des responsabilités sera ajoutée, non en raison d'une difficulté, mais en raison d'un succès vécu par l'équipe et relevé par une des internes comme ayant été très favorable à sa formation. Il s'agit de la responsabilité suivante : « Les accompagnatrices et la superviseure doivent demeurer souples dans l'application du programme ». En effet, suite aux expériences d'internat relatées dans cette recherche, il apparaît nécessaire de privilégier une application souple de ce programme, ce qui rejoint tout à fait l'importance de favoriser et de respecter l'implication des internes dans la prise de décisions concernant le déroulement de l'internat, tel qu'il avait été mentionné au chapitre 2 (Chan, 1983; Klein, Applebaum et Breiner, 1983; Kingson, 1984).

5.4 Limites et forces méthodologiques

Au terme de cette recherche, il convient maintenant d'indiquer ses forces et de poser les limites dans lesquelles elle peut être considérée probante. Une de ses forces méthodologiques réside dans l'utilisation abondante et pertinente des possibilités de triangulation des sources de données et des méthodes de collecte des données. Quant à la révision des données par les pairs, une des stratégies préconisées par Merriam (1988), il a été possible de l'utiliser dans la première partie de la recherche, celle relative à l'élaboration du programme.

Un autre atout a été de faire réviser les études de cas auprès des deux internes concernées. La présence prolongée de l'auteure du mémoire dans le milieu pédiatrique qui a servi de site de recherche est également un atout ; cela a permis l'observation à longue échéance de ce lieu. De plus, le journal de bord soigneusement tenu par l'auteure tout au long de l'internat a constitué un bon outil d'observation. Enfin, le recours à des instruments de mesure (tests de connaissance et d'attitudes) dont le contenu a été validé, ou dont les qualités métrologiques sont élevées, ajoute à la rigueur de cette recherche.

La limite principale de cette recherche concerne la validité externe, qui a rapport avec le potentiel de généralisation des résultats. Or, elle n'est pas pertinente lorsqu'il s'agit de l'étude principalement qualitative d'un ou de quelques cas. Par contre, selon Merriam (1988), sans parler de généralisation, le fait de procurer une description la plus complète possible du ou des cas peut, à tout le moins, conduire les lecteurs éventuels à juger des éléments de l'étude qui pourraient être pertinents dans leur propre contexte. C'est donc la transférabilité qui constitue la qualité visée. La recherche rapportée dans ce mémoire présente maintes informations à cet égard. Cela permet de la juger positivement quant à sa transférabilité.

CONCLUSION

L'objectif général de cette recherche consistait à établir l'expérience de formation professionnelle de deux internes, et plus particulièrement d'internes n'ayant pas reçu de formation initiale dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique. Pour atteindre cet objectif, deux études de cas descriptives ont été réalisées. Elles relatent la trajectoire de formation d'internes au sein d'un programme d'internat original, créé aux fins de cette recherche. Un autre objectif de cette recherche consistait à identifier les composantes jugées essentielles dans un programme d'internat offert par les services éducatifs d'un milieu pédiatrique, et plus spécialement lorsque ce programme est destiné à des internes n'ayant pas d'antécédents scolaires dans le domaine.

Suite aux expériences décrites dans les histoires de Diane et de Sara, il semble qu'il soit tout à fait possible d'offrir une formation de qualité à des internes n'ayant pas reçu de formation initiale dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique. Cependant, cette recherche fait clairement apparaître qu'un programme d'internat ne peut pas être improvisé au jour le jour, au risque de laisser non couverts plusieurs champs de compétences relatifs à l'exercice du rôle d'éducatrice en milieu pédiatrique.

Les résultats de cette recherche pourraient, entre autres choses, être utiles à des services éducatifs en milieu pédiatrique qui désireraient élaborer un programme d'internat. Certains des résultats de cette recherche montrent d'ailleurs qu'il est possible d'adapter ce programme assez facilement. De plus, d'autres modèles d'apprentissage ou d'enseignement que celui de Kolb (1984) pourraient être mis à contribution, bien que le modèle d'apprentissage expérientiel de Kolb ait été approprié dans le cadre de la présente recherche.

Certaines des recommandations consécutives à cette recherche sont destinées au Child Life Council et pourraient servir de base de discussion lors d'une prochaine révision des normes pour les programmes d'études et de stages. Ces recommandations pourraient

également servir à des milieux intéressés à améliorer leur programme d'internat en services éducatifs. D'abord, il semblerait opportun que soit suggéré, à titre indicatif, le nombre minimum d'heures de bénévolat qui devraient préalablement être accomplies par une personne désirant entreprendre un internat en services éducatifs. Deuxièmement, il serait important que les éléments de contenu touchant l'historique des services éducatifs et le développement de l'identité professionnelle soient pris en considération lors d'une prochaine révision des normes pour les programmes d'études et de stages ou lors de la révision de programmes d'internat. Troisièmement, compte tenu de la place de plus en plus importante que prennent les services ambulatoires en milieu pédiatrique, il serait essentiel que les programmes d'internat offrent des expériences en services ambulatoires et dans des unités de soins. Quatrièmement, il serait pertinent que soient précisées les lignes de conduite qui devraient être privilégiées par les services éducatifs quant aux remplacements, rémunérés ou non, effectués par des internes, lors de leur internat. Cinquièmement, les milieux désirant recevoir des internes devraient s'assurer qu'ils auront l'espace suffisant pour leur supervision et pour que les internes puissent s'acquitter des tâches indirectes reliées à leur travail dans un climat offrant un minimum de calme et de tranquillité.

Certaines recommandations visent plus expressément les normes pour les services éducatifs offrant un internat mais n'étant pas affiliés à un établissement d'enseignement. Ainsi, ces milieux devraient proposer un éventail complet de lectures et de visionnements de documents audio-visuels à leurs internes. De plus, ils devraient utiliser un instrument d'évaluation de très bonne qualité puisque leurs internes ne peuvent compter sur aucune autre forme d'évaluation qui proviendrait de l'extérieur. Finalement, une collaboration continue et systématique entre les accompagnatrices et la superviseuse devrait être instaurée dans ces milieux.

Par ailleurs, il semblerait nécessaire, pour le Child Life Council, de mieux cibler les compétences de base requises en administration de programmes de services éducatifs et ainsi, d'en éliminer quelques-unes qui ne sont pas pertinentes pour des éducatrices débutantes. Cependant, les compétences nécessaires aux administratrices de programmes de services éducatifs devraient être rendues encore plus facilement accessibles. Il semblerait également souhaitable que le Child Life Council explore la possibilité d'organiser des formations à

distance et de publier davantage de ressources pour soutenir le développement professionnel des éducatrices en milieu pédiatrique qui sont déjà en fonction.

Six pistes de recherche futures peuvent être dégagées suite à ces deux études de cas. Trois de ces pistes ont directement trait à l'internat. Ainsi, en rapport avec les rotations, il serait fort à propos que soient étudiés les avantages et les désavantages liés aux différentes combinaisons possibles quant à la quantité et à la durée des rotations pendant un internat. Une autre avenue de recherche intéressante pourrait être l'étude de l'efficacité de différentes méthodes de supervision auprès d'internes en services éducatifs. Il serait pertinent, entre autres, de comparer les effets de la supervision individuelle et de la supervision de groupe. L'évaluation systématique de programmes d'internat serait également une avenue de recherche très judicieuse, car elle pourrait permettre l'amélioration de la formation donnée aux futures éducatrices.

Une autre piste de recherche est en lien avec l'évolution professionnelle des éducatrices récemment certifiées. Ainsi, il serait intéressant de suivre, par une étude longitudinale, l'évolution d'une cohorte d'éducatrices ayant réussi l'examen de certification. Un des éléments de la pratique des éducatrices en milieu pédiatrique, qui mériterait sans aucun doute d'être étudié de plus près, concerne l'écriture aux dossiers des patients. La problématique liée au temps que les éducatrices prennent, ou plutôt ne prennent pas, pour écrire aux dossiers, et les implications que cela entraîne dans la qualité des soins et au niveau de la perception que les autres professionnels ont des éducatrices, sont de la plus haute importance.

Une dernière piste de recherche ayant été soulevée dans le cadre de ces études de cas ramène à la nécessité d'étudier les effets des interventions réalisées par les éducatrices dans les milieux de soins de santé. Et non seulement les services éducatifs doivent-ils étudier les effets et les impacts des interventions effectuées par les membres de leur personnel, mais ils doivent également trouver les moyens les plus appropriés de diffuser les résultats de ces études. Il s'agit d'une des clefs pour assurer une meilleure reconnaissance, des budgets adéquats, des conditions de travail plus avantageuses et, bien entendu, des emplois pour les internes qui espèrent pouvoir occuper un poste d'éducatrice en milieu pédiatrique aussitôt leur formation terminée.

APPENDICE A

INSTRUMENT POUR LE PREMIER FOCUS GROUP

Date:

Lieu :

Personnes présentes :

BUTS

Ce focus group a deux buts :

1. recueillir le maximum d'informations possible en rapport avec les différentes composantes d'un programme d'internat dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique ;
2. identifier les attentes des membres du personnel en rapport avec la supervision des internes.

QUESTIONS

informations générales :

1. Quel est l'âge de chacun(e) des participant(e)s?
2. Quel est le nombre d'années d'expérience de chacun(e) des participant(e)s dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique?

objectifs visés par le programme d'internat :

3. Énumérez tous les objectifs, généraux ou spécifiques, de connaissances, d'habiletés ou de travail sur soi, qu'une interne devrait minimalement avoir atteints afin de pouvoir exercer la profession d'éducatrice de manière adéquate.

contenu :

4. Selon vous, quels éléments de contenu devraient absolument être offerts à l'intérieur du programme d'internat?

QUESTIONS (suite)

activités et méthodes de formation :

5. En vous basant sur les exemples d'activités proposées et sur vos propres expériences comme superviseur(e) ou comme étudiant(e) supervisé(e), quelles seraient les activités et les méthodes de formation les plus pertinentes et les plus satisfaisantes dans le cadre du programme d'internat?

moyens d'évaluation des apprentissages :

6. En vous basant sur les exemples de moyens d'évaluation des apprentissages proposés ainsi que sur vos propres expériences comme superviseur(e) ou comme étudiant(e) supervisé(e), quels seraient les moyens d'évaluation des apprentissages les plus pertinents et les plus satisfaisants dans le cadre du programme d'internat?

attentes propres au personnel clinique :

7. Si vous avez des besoins de formation en rapport avec votre rôle d'accompagnateur (trice) / superviseur(e), quels sont-ils?
8. Si vous avez exprimé des besoins de formation, sous quelles formes souhaiteriez-vous que cette formation vous soit offerte?
9. Avez-vous des suggestions de personnes ressources, à l'intérieur de l'hôpital, qui pourraient nous aider à combler les attentes exprimées ci-haut?

Merci beaucoup!

Manon Champagne

APPENDICE B

INSTRUMENT POUR LE DEUXIÈME FOCUS GROUP

(Adapté de l'instrument pour le «Focus group pour la production du programme de formation», en pages 14 et 15 de : Gaudreau, Louise. 1995. *La médiation au service des familles recomposées. Rapport d'évaluation*. Protocole UQAM/Relais-femmes, UQAM, Service aux collectivités no. 51, Montréal : Centre de recherches en éducation L.G. Inc. Adapté avec la permission de l'auteure.)

Date :

Lieu :

Personnes présentes :

BUTS

Ce focus group vise quatre buts :

1. soumettre une version du programme d'internat aux membres du personnel clinique des services éducatifs;
2. adopter les modifications devant être apportées à la version présentée;
3. permettre aux membres du personnel clinique des services éducatifs de s'approprier graduellement le projet de programme d'internat;
4. soumettre le plan de formation des accompagnateurs (trices) / superviseur(e)s s'il y a lieu et adopter les modifications à y apporter.

QUESTIONS

point de vue global sur le programme :

1. Quel est votre point de vue global sur l'ensemble du programme? Pour quelles raisons?

orientations du programme :

2. Les orientations du programme : qu'en dites-vous, comparé à nos discussions précédentes, aux grandes orientations des services éducatifs en milieu pédiatrique, aux objectifs généraux du programme?

QUESTIONS (suite)

objectifs visés par le programme d'internat :

3. Les objectifs du programme : qu'en pensez-vous?
4. Les objectifs généraux concordent-ils avec les orientations?
5. Les objectifs spécifiques précisent-ils bien les objectifs généraux?
6. Les objectifs spécifiques doivent-ils tous être poursuivis à l'intérieur de la formation? En manque-t-il d'importants?, si on compare avec : nos discussions précédentes, les éléments de contenu, les recommandations du Child Life Council, etc.

contenu :

7. Les éléments de contenu : qu'en pensez-vous? Doivent-ils tous rester? En manque-t-il d'importants?, si on compare avec les recommandations du Child Life Council, nos discussions précédentes, les objectifs généraux et spécifiques du programme?

activités et méthodes de formation :

8. Les activités et méthodes de formation : qu'en pensez-vous?
9. L'organisation dans le temps convient-elle?
10. Si on compare les activités et méthodes de formation aux objectifs spécifiques et aux éléments de contenu doivent-elles toutes rester telles quelles? Si non, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?
11. Et si on les compare au(x) style(s) des différent(e)s accompagnateurs (trices) / superviseur(e)s, les activités et méthodes doivent-elles toutes rester telles quelles, si non, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?
12. Si on les compare au genre et au nombre d'internes que nous aurons? Doivent-elles toutes rester telles quelles? Si non, lesquelles doivent être modifiées? Enlevées? Remplacées par quoi?
13. Les ressources sont-elles adaptées au genre d'activités? Aux autres circonstances (lieu, durée, etc.)?

moyens d'évaluation des apprentissages :

14. Les moyens d'évaluation des apprentissages : qu'en pensez-vous? Si on les compare aux objectifs spécifiques et aux éléments de contenu doivent-ils tous rester tels quels? Si non, lesquels doivent être modifiés? Enlevés? Remplacés par quoi?

attentes propres au personnel clinique :

15. Les moyens de formation offerts au personnel clinique : qu'en pensez-vous? Si on les compare à nos discussions précédentes? Lesquels doivent être modifiés? Enlevés? Remplacés par quoi?

Merci beaucoup!

Manon Champagne

APPENDICE C

ÉLÉMENTS DE CONTENU RELEVÉS DANS TROIS LIVRES DE BASE

Thompson et Stanford (1981)	Gaynard <i>et al.</i> (1990)	Lansdown (1996)
		❖ Historique de l'hospitalisation des enfants
❖ Buts et objectifs des services éducatifs		
❖ Réactions des enfants à l'hospitalisation	❖ Sommaire de la recherche pertinente	❖ Ce que les enfants comprennent de la santé, de la maladie et des traitements
-variété des réactions possibles	-réponses émotionnelles de l'enfant hospitalisé	
-difficultés psychologiques pouvant résulter d'une hospitalisation	-interventions psychosociales	❖ Facteurs émotionnels (stress et mécanismes pour faire face)
-causes possibles des difficultés	-stress psychologique	
	-mécanismes d'adaptation	
	-compréhension de l'information en situations de stress	
	-importance des relations de soutien	❖ Les adolescents
-caractéristiques pour chaque groupe d'âge et interventions appropriées	❖ Observation, évaluation-diagnostique	
	-vulnérabilité au stress	
	-variables à évaluer	
	-évaluation du « potentiel de stress »	
❖ Travailler auprès des enfants et des familles	❖ Parler avec les enfants et les familles à propos des expériences en milieu de soins de santé	❖ La communication avec les enfants et les parents
-importance de l'implication des parents		
-réactions des frères et soeurs	❖ Relations de soutien avec les enfants et leurs familles	❖ La relation d'aide

Thompson et Stanford (1981)	Gaynard <i>et al.</i> (1990)	Lansdown (1996)
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Importance du jeu pour l'enfant hospitalisé <ul style="list-style-type: none"> -ce qu'est le jeu -rôle du jeu dans la vie de l'enfant -le jeu chez l'enfant hospitalisé ❖ Implanter un programme de jeu <ul style="list-style-type: none"> -le jeu à l'hôpital -étendue du programme -les besoins du programme -aménagement des salles de jeu -le jeu dans les autres départements de l'hôpital ❖ Préparer un enfant pour une expérience médicale <ul style="list-style-type: none"> -recherche sur les effets de la préparation -considérations de base -préparation pour une hospitalisation anticipée -préparation pour une hospitalisation non prévue ❖ Promotion du respect de l'enfant et de la famille ; environnement <ul style="list-style-type: none"> -le point de vue de l'enfant -promotion du respect de l'enfant -éléments environnementaux 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le jeu en milieu de soins de santé <ul style="list-style-type: none"> -jeu expressif et dramatique -activités de familiarisation -jouer pour les enfants ❖ Interactions de jeu facilitant le processus de séparation ❖ Structure et organisation du programme expérimental de services éducatifs <ul style="list-style-type: none"> -survol de l'implantation du programme expérimental ❖ Préparer les enfants et les familles pour une expérience en milieu de soins de santé <ul style="list-style-type: none"> -initier le processus de préparation -communiquer une information précise et complète -faciliter les comportements visant à « faire face » -matériel et équipement -préparation lors d'une admission anticipée ❖ Faciliter la transition de l'hôpital à la maison 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le jeu ❖ La préparation ❖ La douleur ❖ La coopération avec les traitements ❖ La préparation à la chirurgie ❖ La préparation dans les cas d'accidents et d'hospitalisation d'urgence

Thompson et Stanford (1981)	Gaynard <i>et al.</i> (1990)	Lansdown (1996)
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relations avec les autres professionnels <ul style="list-style-type: none"> -contexte hospitalier -structure organisationnelle -communication avec les autres professionnels -faire face à la résistance envers les programmes de services éducatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Structure et organisation du programme expérimental de services éducatifs (suite) <ul style="list-style-type: none"> -structure organisationnelle -collaboration avec les autres professionnels de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les gens qui travaillent dans les hôpitaux
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Supervision de bénévoles, d'étudiants et du personnel <ul style="list-style-type: none"> -contribution des bénévoles et des étudiants -orientation des bénévoles et des étudiants -supervision du personnel -comment donner du feedback 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le stress chez le personnel hospitalier ❖ Questions éthiques et légales
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promouvoir le développement des programmes de services éducatifs <ul style="list-style-type: none"> -le futur des services éducatifs -création d'emploi dans le domaine -préparation d'une proposition pour l'implantation d'un programme -analyse coûts / bénéfices 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Les conditions médicales graves («life-threatening») ❖ Les conditions psychosomatiques ❖ Le syndrome de Munchausen par procuration ❖ L'hôpital de demain

APPENDICE D

COMPÉTENCES DE L'ÉDUCATEUR EN MILIEU PÉDIATRIQUE (in Documents officiels du Child Life Council, 1994)

I. SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE

A. Compétence

L'habileté à analyser les besoins des enfants et des familles et à intervenir auprès d'eux selon les théories de la croissance et du développement humain, des systèmes familiaux et du milieu culturel.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Reconnaître et expliquer que le jeu thérapeutique peut faciliter la maîtrise de l'enfant en rapport avec son expérience des soins médicaux et lui permettre de mieux y faire face (ex.: jeu médical).
- Décrire les théories et la recherche relatives au développement et justifier les interventions en découlant.
- Identifier des techniques d'évaluation formelles et informelles pour déterminer l'état du développement et l'état affectif.
- Identifier des thèmes généraux dans l'étude des dynamiques familiales.

Objectif de travail sur soi¹

- Être conscient des orientations culturelles et de leurs effets sur la façon de voir les autres et d'interagir avec eux.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Utiliser le jeu (approprié au niveau de développement) comme premier outil pour évaluer les besoins psychosociaux de l'enfant en milieu pédiatrique et pour répondre à ces besoins.

¹ Tel que catégorisé par l'auteure du mémoire

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention (suite)

- Faire correspondre les interactions et les activités au niveau de développement de l'enfant ainsi qu'à son état affectif.
- Utiliser des techniques d'évaluation formelles et informelles pour déterminer avec précision l'état du développement de l'enfant et son état affectif.
- Rechercher l'implication de la famille dans la réalisation du programme éducatif proposé pour leur enfant, tout en tenant compte des besoins et des opinions de la famille lors de la formulation des buts.
- Utiliser des ressources pour satisfaire les besoins d'ordre culturel et pour surmonter les différences du même ordre.
- Formuler et mettre en application des objectifs basés sur l'évaluation des besoins des patients ainsi que sur les normes de la pratique clinique.

B. Compétence

L'habileté à organiser un environnement thérapeutique et sécuritaire pour les individus et les groupes (0-21 ans).

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Expliquer l'impact de la décoration et de l'aménagement sur le comportement humain.
- Identifier les risques reliés à un environnement non sécuritaire, pour les enfants, ainsi que les mesures de prévention et de protection correspondantes.
- Identifier et décrire les composantes développementales et psychosociales de chaque activité.

Objectif de travail sur soi²

- Assister les autres, d'une manière informative et constructive, quant au respect de l'intimité des enfants et des familles et de la confidentialité des informations. Adopter soi-même cette attitude.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Faciliter la dynamique dans un groupe tout en demeurant attentif aux besoins de chaque individu.
- Offrir un choix d'activités varié correspondant à la condition et aux besoins des patients.
- Mettre en place et organiser des aires d'activités et conseiller quant à l'aménagement des aires de soins aux patients afin d'en promouvoir l'utilisation et la personnalisation ainsi que d'y assurer l'orientation, le confort et la sécurité.
- Se conformer aux procédures et aux politiques de sécurité et de contrôle des infections.
- Suivre les ordonnances et les procédures médicales.

² Tel que catégorisé par l'auteur du mémoire

C. Compétence

L'habileté à aider les patients à faire face au stress de l'hospitalisation, de la maladie, de la mort et/ou de la perte.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Décrire l'impact de la surimplication émotive et des attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte, sur la qualité des soins à l'enfant et sur l'efficacité des membres du personnel.
- Identifier et discuter les facteurs environnementaux et les stratégies d'adaptation associées à différentes maladies et aux expériences de soins médicaux ainsi que leurs effets sur l'adaptation et le comportement de l'enfant
- Identifier les pronostics, les restrictions, le déroulement et la nature des maladies plus spécifiques à sa clientèle.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Déterminer et «prioriser» les besoins, ainsi que l'étendue et l'importance des services éducatifs proposés pour chaque patient
- Faire preuve d'empathie.
- Démontrer, expliquer et/ou fournir des techniques pour aider à affronter les facteurs de stress; adapter ces techniques au stade de développement de l'enfant, à son état affectif et à la nature des facteurs de stress.

D. Compétence

L'habileté à participer à l'enseignement aux enfants et aux familles.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Énoncer les procédures médicales de base, la terminologie, l'étiologie et l'évolution associées aux maladies spécifiques à sa clientèle.
- Décrire les styles d'apprentissages et les besoins associés aux différents stades du développement et à différents états affectifs.
- Identifier des ressources documentaires et des techniques d'enseignement appropriées selon les groupes d'âge et les besoins d'apprentissage.
- Décrire les perceptions des maladies et des expériences de soins de santé qu'ont généralement les enfants selon les différents stades du développement.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Utiliser des moyens d'enseignement et des techniques appropriées au développement de l'enfant et à sa condition médicale de façon à augmenter ses connaissances tout en tenant compte de ses besoins affectifs.
- Déterminer, avec l'équipe soignante, des buts et des objectifs réalistes pour l'enseignement aux enfants; déterminer qui sera en charge de l'atteinte de ces buts.

E. Compétence

L'habileté à fonctionner en tant que membre de l'équipe de soins de santé et d'y intégrer le programme des services éducatifs en milieu pédiatrique.

Objectif d'acquisition de connaissances

- Décrire les services et les ressources des autres disciplines psychosociales et relatives au développement, et en identifier les principales fonctions.
- Définir l'organigramme et les fonctions des membres de l'équipe soignante.
- Décrire l'impact, sur les groupes et les individus, de divers modes de communication.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Communiquer de façon concise avec les membres de l'équipe soignante en intégrant les théories et pratiques reliées au domaine des services éducatifs, lors de discussions de cas et de rencontres formelles ou informelles, pour obtenir et/ou partager les données relatives aux besoins et à la condition des patients.
- Coordonner le programme éducatif et les besoins psychosociaux du patient avec les horaires de traitements et de soins dispensés par d'autres professionnels.
- Intégrer les objectifs multidisciplinaires du traitement de l'enfant à son programme éducatif.
- Noter de façon concise, objective et précise, dans le dossier médical de l'enfant, les renseignements relatifs à son développement et à son comportement susceptibles d'avoir un impact sur les soins.
- Recommander de consulter ou référer à un autre spécialiste quand les besoins du patient dépassent la portée des services éducatifs en milieu pédiatrique.

II. ENSEIGNEMENT

A. Compétence

Faire connaître le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique et les problématiques psychosociales reliées aux soins de santé pédiatrique.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Décrire les éléments de base de la communication orale et les intégrer dans la présentation d'un sujet.
- Décrire les tendances dans les publications et la recherche relatives aux soins de santé des enfants.
- Expliquer les théories et les recherches actuelles en développement de l'enfant et de l'adolescent ainsi que leurs implications pour les jeunes dans les milieux de soins de santé.
- Identifier des ressources en rapport avec les services éducatifs en milieu pédiatrique et l'hospitalisation des enfants.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Offrir des conférences et des programmes de formation dans la communauté et les services de santé, en adaptant les approches, les moyens et les contenus à l'auditoire, de façon à ce que les sujets présentés soient pertinents et détaillés.
- Recommander des programmes et des ressources pour la formation du personnel soignant et des stagiaires offrant des soins aux patients.
- Plaider en faveur des besoins des enfants et adolescents en maintenant le dialogue et la communication avec les autres intervenants, en respectant leurs points de vue et en intégrant les théories, la recherche et les pratiques.

B. Compétence

L'habileté à superviser les étudiants et les bénévoles des services éducatifs en milieu pédiatrique.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Discuter des différents styles de supervision et de leur impact sur les étudiants et les bénévoles.
- Identifier les habiletés et les connaissances requises pour l'affectation des tâches.
- Expliquer les buts et les objectifs des programmes de stage et de bénévolat et discuter de la façon dont ils s'intègrent dans le programme de soins aux patients.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Fournir une orientation et un suivi permettant l'acquisition des éléments de base en terme de sécurité, des buts du programme des services éducatifs, de l'aménagement de l'environnement, des attentes, des politiques et des procédures.
- Communiquer et structurer clairement les tâches et les affectations en associant les habiletés à la complexité des tâches.
- Offrir des ressources et du feed-back d'une manière constructive.
- Recommander le renvoi, après consultation, quand le rendement ne satisfait pas les attentes et peut être potentiellement préjudiciable aux patients et aux familles.
- Respecter les structures établies tout en recommandant des changements au besoin.

III. ADMINISTRATION

A. Compétence

L'habileté à évaluer les services éducatifs en milieu pédiatrique.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Identifier les données nécessaires pour évaluer les services éducatifs en termes de quantité et de qualité.
- Identifier les principales composantes nécessitant une évaluation.
- Décrire les ressources de l'établissement et du domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique pouvant assister dans la planification des outils d'évaluation.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Colliger des données précises et pertinentes dans les limites du temps imparti.
- Compléter des rapports concis et méthodiques ou communiquer un résumé des données, des activités, des objectifs et des réalisations du programme des services éducatifs dans les limites du temps imparti.
- Recommander des modifications au programme des services éducatifs pour tenir compte des changements dans la clientèle, dans le milieu de soins de santé ou au niveau du personnel.

B. Compétence

L'habileté à implanter le programme des services éducatifs en tenant compte des contraintes et des attentes de l'établissement.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Décrire la structure organisationnelle ainsi que les politiques et procédures générales de l'établissement.
- Décrire la mission, les buts et les objectifs de l'établissement.
- Identifier les besoins financiers et autres (non financiers) et les moyens de se procurer les ressources nécessaires.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Établir l'ordre de priorité et organiser le travail de façon à obtenir des résultats satisfaisants avec une charge de travail flexible.
- Obtenir, utiliser et entretenir l'équipement et les fournitures d'une façon économique.
- Suivre les politiques et les procédures de l'établissement et fournir des rétroactions quant à leur impact sur les soins de santé aux patients.

APPENDICE E

SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS DE CONTENU DES COMPÉTENCES ÉTABLIES PAR LE CHILD LIFE COUNCIL (1994)

1. Connaissances «scientifiques»
 - 1.1. Aspects organisationnels
 - 1.1.1. Procédures médicales de base, terminologie, étiologie et évolution associées aux maladies spécifiques à sa clientèle
 - 1.2. Les services éducatifs
 - 1.2.1. Évaluation d'un programme de services éducatifs
 - Identification des composantes à évaluer et des données nécessaires à leur évaluation
 - Outils d'évaluation
 - 1.3. Supervision
 - 1.3.1. Buts et objectifs des programmes de stage et de bénévolat
 - 1.3.2. Différents styles de supervision et leur impact
 - 1.3.3. Affectation des tâches
 - 1.4. Aspects psycho-sociaux
 - 1.4.1. Théories de la croissance et du développement humain
 - 1.4.2. Jeu thérapeutique (incluant jeu médical)
 - 1.4.3. Thèmes généraux dans l'étude des dynamiques familiales
 - 1.4.4. Effets de l'hospitalisation, de la maladie, de la mort et/ou de la perte
 - 1.4.5. Théories en lien avec la diversité culturelle
 - 1.4.6. Impact de l'environnement sur les expériences en milieu de soins de santé
 - 1.4.7. Impact, sur les groupes et les individus, de divers modes de communication
 - 1.4.8. Théories et recherches actuelles en développement de l'enfant et de l'adolescent, tendances dans les publications et la recherche relatives aux soins de santé des enfants
2. Connaissances instrumentales
 - 2.1. Aspects organisationnels
 - 2.1.1. Structure organisationnelle, politiques et procédures générales de l'établissement

- 2.1.2.Mission, buts et objectifs de l'établissement
- 2.1.3.Sécurité et prévention
- 2.1.4.Contrôle des infections
- 2.1.5.Organigramme et fonctions des membres de l'équipe soignante
- 2.1.6.Rôles des intervenants d'autres disciplines
- 2.2. Les services éducatifs
 - 2.2.1.Domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique
 - 2.2.2.Ressources en rapport avec les services éducatifs et l'hospitalisation des enfants
- 2.3. Techniques d'intervention
 - 2.3.1.Techniques d'évaluation formelles et informelles
 - 2.3.2.Mécanismes d'adaptation à différents facteurs de stress
 - 2.3.3.Techniques pour « faire face » à différents facteurs de stress
 - 2.3.4.Enseignement aux enfants et aux familles (en rapport avec diagnostics et procédures)
 - Styles d'apprentissage et besoins d'enseignement associés aux différents stades du développement et à différents états affectifs
 - Ressources documentaires et techniques d'enseignement appropriées
 - Perceptions des maladies et des expériences de soins de santé qu'ont les enfants selon les différents stades du développement
- 2.4. L'éducatrice en milieu pédiatrique
 - 2.4.1.Impact de la surimplication émotive
- 3. Connaissance de soi
 - 3.1. Ses valeurs, préjugés et croyances
 - 3.1.1.Conscience des valeurs rattachées à sa propre culture et de leurs effets
 - 3.2. Sa capacité de distance affective
 - 3.2.1.Attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte
 - 3.3. Ses aptitudes
 - 3.3.1.Respect de la confidentialité des informations
- 4. Connaissance des pratiques d'intervention
 - 4.1. Les soins centrés sur la famille
 - 4.1.1.Implication de la famille dans la planification et la mise en application du programme éducatif proposé pour leur enfant
 - 4.1.2.Promotion des besoins des enfants et adolescents en maintenant le dialogue et la communication avec les autres intervenants et en respectant leurs points de vue
 - 4.2. La communication auprès des enfants et des familles et la relation d'aide
 - 4.2.1.Faire preuve d'empathie

- 4.3.1. Communication verbale et écrite efficace
- 4.3.2. Écriture au dossier
- 4.3.3. Intégration des éléments de base de la communication orale à la présentation d'un sujet
- 4.4. L'observation et l'évaluation-diagnostique
 - 4.4.1. Utilisation du jeu comme moyen d'évaluation-diagnostique
 - 4.4.2. Utilisation de techniques d'évaluation formelle et informelle
 - 4.4.3. « Priorisation » des interventions selon les besoins
- 4.5. L'intervention
 - 4.5.1. Organisation d'un environnement thérapeutique et sécuritaire pour individus et groupes
 - 4.5.2. Animation d'un groupe tout en demeurant attentif aux besoins de chaque individu
 - 4.5.3. Mise en place d'activités variées
 - 4.5.4. Utilisation du jeu comme moyen d'intervention (dont le jeu médical)
 - 4.5.5. Formulation et mise en application d'objectifs adaptés aux besoins des patients
 - 4.5.6. Intégration des objectifs multidisciplinaires du traitement de l'enfant au programme éducatif
 - 4.5.7. Utilisation de techniques pour aider à affronter les facteurs de stress
 - 4.5.8. Formulation d'objectifs réalistes pour l'enseignement aux enfants (en rapport avec les diagnostics et les procédures)
 - 4.5.9. Utilisation de moyens d'enseignement appropriés au développement de l'enfant et à sa condition médicale
 - 4.5.10. Utilisation de ressources pour satisfaire les besoins d'ordre culturel
- 4.6. Supervision et formation des bénévoles, étudiants et membres du personnel
 - 4.6.1. Orientation et suivi des bénévoles et étudiants
 - 4.6.2. Structuration et communication des tâches et affectations
 - 4.6.3. Feed-back offert de manière constructive
 - 4.6.4. Recommandation de programmes et des ressources pour la formation du personnel
- 4.7. Administration du programme
 - 4.7.1. Collecte de données précises et pertinentes
 - 4.7.2. Préparation de rapports et de résumés des données, des activités, des objectifs et des réalisations du programme des services éducatifs
 - 4.7.3. Recommandation de modifications au programme
 - 4.7.4. Gestion de l'équipement et des fournitures
 - 4.7.5. Organisation efficace de la charge de travail

APPENDICE F

SYNTHÈSE DE QUATRE PROGRAMMES D'INTERNAT

Formation no 1 (Cantore et Daigneau, 1997)

Dispensateur : Hasbro Children's Hospital

Clientèle-cible : Étudiantes inscrites dans un programme scolaire, ayant les cours préalables et ayant de l'expérience avec les enfants en milieu régulier et en milieu pédiatrique

But : Fournir aux étudiantes l'opportunité d'apprendre comment les patients pédiatriques et leurs familles sont affectés par les expériences de soins de santé. Les étudiantes assistent en répondant aux besoins émotionnels et psychosociaux des patients (variant selon l'âge et le diagnostic), sous la direction du personnel des services éducatifs.

Durée : 15 semaines, à raison de 8 à 40 heures par semaine

Objectifs : Le programme offre aux étudiantes :

- ❖ des expériences cliniques supervisées avec les patients et leurs familles
- ❖ une compréhension de la philosophie et des buts des services éducatifs
- ❖ une « exposition » à un environnement de soins de santé et à l'impact psychologique de cet environnement sur les enfants et les familles
- ❖ l'occasion de développer un large éventail d'activités éducatives et appropriées au développement des patients
- ❖ l'occasion d'offrir du jeu médical et des sessions de préparation en lien avec les expériences de soins de santé de l'enfant et de sa famille
- ❖ l'opportunité de développer des habiletés professionnelles à travers la réalisation de travaux écrits, les présentations orales et les séminaires hebdomadaires
- ❖ une compréhension du rôle spécifique de l'éducatrice à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire
- ❖ la chance de développer des habiletés de supervision

Contenu :

Connaissances «scientifiques»

Aspects psychosociaux :

- ❖ Abus et négligence
- ❖ Deuil
- ❖ L'adolescent hospitalisé

Connaissances instrumentales

Aspects organisationnels :

- ❖ Confidentialité, sécurité
- ❖ Travail social en pédiatrie
- ❖ Le département de réhabilitation pédiatrique
- ❖ Visite de la maison Ronald McDonald

Les services éducatifs :

- ❖ Introduction aux services éducatifs
- ❖ L'évolution des services éducatifs et des milieux de soins de santé pédiatriques
- ❖ Centre de ressources pour les familles

Techniques d'intervention :

- ❖ Le massages des bébés, l'aromathérapie
- ❖ Outils et techniques de relaxation

Connaissances des pratiques d'intervention

La communication auprès des professionnels :

- ❖ Écriture aux dossiers

L'observation et l'évaluation-diagnostique :

- ❖ Évaluation de patients

L'intervention :

- ❖ Animation d'activités

Activités :

Activités centrées surtout sur le formateur ou son substitut :

- ❖ Sessions de formation

Activités impliquant simultanément formateur et participants :

- ❖ Journée d'orientation, rencontre avec le personnel du département, visite de l'hôpital
- ❖ Rencontre de supervision hebdomadaire en groupe

Activités centrées surtout sur les participants

- ❖ Journal
- ❖ Évaluation d'une activité (3)

Activités centrées surtout sur les participants (suite)

- ❖ Évaluation d'un patient (3)
- ❖ Écriture aux dossiers (4)
- ❖ Lectures d'articles de périodiques (13)
- ❖ Présentation d'une étude de cas
- ❖ Projet individuel
- ❖ Présentation du projet individuel

Évaluation :

- ❖ Rencontre individuelle avec les coordonnatrices à la fin de l'internat

Formation no 2 (Ash et Goldberger, 1999)

Dispensateur : The Johns Hopkins Children's Center

Clientèle-cible : Étudiantes inscrite à un programme scolaire ou ayant déjà gradué et ayant suivi les cours préalables. Elles doivent également posséder de l'expérience avec les enfants en milieu régulier et en milieu pédiatrique (5 à 8 internes par période d'internat).

But : non mentionné

Durée : 14 semaines

Objectifs :

- ❖ Observer l'éducatrice, l'environnement
- ❖ Participer à des activités de groupe
- ❖ Utiliser un outil d'évaluation-diagnostique
- ❖ Écrire aux dossiers
- ❖ Être capable d'apprendre, par l'entremise des familles, quelles sont leurs perceptions de leurs besoins et leurs perceptions des besoins de leurs enfants
- ❖ Pouvoir apprendre au contact des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire et partager des buts avec eux
- ❖ Faire une gestion efficace des salles de jeu et des bénévoles
- ❖ Avec du support, être capable d'orienter de nouveaux bénévoles
- ❖ Être capable de relier la théorie à la pratique
- ❖ Être capable de trouver un équilibre entre la réponse aux besoins des groupes et aux besoins individuels
- ❖ «Prioriser» les interventions selon les besoins

Contenu :

Connaissances «scientifiques»

Aspects psychosociaux :

- ❖ Développement de l'enfant et de l'adolescent
- ❖ Soins centrés sur la famille
- ❖ Perte, mourir, mort et deuil

Connaissances instrumentales

Techniques d'intervention :

- ❖ Utilisation thérapeutique du jeu

Connaissances des pratiques d'intervention

La communication auprès des enfants et des familles et la relation d'aide :

- ❖ Choix d'un vocabulaire approprié dans la communication avec les enfants et familles

La communication auprès des professionnels :

- ❖ Écriture aux dossiers
- ❖ Habilité à travailler en équipe

L'observation et l'évaluation-diagnostique :

- ❖ APIE (Appréciation, Planification, Intervention, Évaluation)

L'intervention :

- ❖ APIE (Appréciation, Planification, Intervention, Évaluation)
- ❖ Préparation aux procédures
- ❖ Accompagnement aux procédures
- ❖ Programmation des activités à la salle de jeu

Administration du programme :

- ❖ Administration

Activités :

Activités impliquant simultanément formateur et participants :

- ❖ Une semaine complète d'orientation
- ❖ Deux rotations
- ❖ Séminaire quotidien
- ❖ Supervision individuelle hebdomadaire, utilisant un outil d'évaluation basé sur les compétences du CLC
- ❖ Rencontre hebdomadaire de groupe
- ❖ Visites d'autres programmes de services éducatifs

Activités centrées surtout sur les participants :

- ❖ Identification d'objectifs d'apprentissage individuels
- ❖ Journal (pendant 13 semaines)
- ❖ APIE + Écriture aux dossiers (3)
- ❖ Formulaire d'évaluation du développement (6)
- ❖ Formulaire sur la préparation d'un enfant à une procédure (4)
- ❖ Commentaires sur lectures et visionnement de vidéos (4)
- ❖ Formulaire d'accompagnement aux procédures (3)
- ❖ Formulaire d'approfondissement d'un diagnostic médical (5)
- ❖ Présentations orales
- ❖ Utilisation des marionnettes (3)

Évaluation :

- ❖ Évaluation par chaque accompagnateur (1 fois chaque)
- ❖ Évaluation, par l'interne, de l'expérience de l'internat (2)

Formation no 3 (Fingerhut et Bright, 1999)

Dispensateur : Miller Children's at Long Beach Medical Center

Clientèle-cible : Étudiantes

But : non mentionné

Durée : 240 ou 480 heures (7 ou 14 semaines)

Objectifs : 30 des objectifs (compétences) proposés par le CLC (sur une possibilité de 67)

Contenu :

Connaissances «scientifiques»

Aspects organisationnels :

- ❖ Vocabulaire médical

Aspects psychosociaux :

- ❖ Croissance et développement de l'enfant et de l'adolescent
- ❖ Diversité culturelle
- ❖ Théories du jeu
- ❖ Les enfants et le deuil
- ❖ La fratrie

Connaissances instrumentales

Aspects organisationnels :

- ❖ Participation aux événements médiatiques
- ❖ Technologie
- ❖ Sécurité

Les services éducatifs :

- ❖ Les services éducatifs à l'urgence
- ❖ Les services éducatifs en cliniques VIH et de fibrose kystique

Techniques d'intervention :

- ❖ Importance des techniques de jeu thérapeutique
- ❖ L'humour
- ❖ Bibliothérapie

Connaissances des pratiques d'intervention

La communication auprès des professionnels :

- ❖ Écriture aux dossiers

L'observation et l'évaluation-diagnostique :

- ❖ Orientation au système de classification des patients

L'intervention :

- ❖ Préparation aux procédures
- ❖ Distraction, techniques pour «faire face»
- ❖ Jeu médical
- ❖ Accompagnement pendant les procédures

Activités :

Activités centrées surtout sur le formateur ou son substitut :

- ❖ Sessions de formation, d'une heure ou une heure et demie

Activités impliquant simultanément formateur et participants :

- ❖ Rotation parmi différents départements (le nombre de rotation n'est pas précisé)
- ❖ Participation au poste de télévision en circuit fermé
- ❖ Observation dans d'autres départements (ex. travail social...)

Activités centrées surtout sur les participants :

- ❖ Écriture quotidienne au journal
- ❖ Travaux écrits sur des sujets déterminés
- ❖ Projet

Évaluation :

- ❖ Auto-évaluation à la fin de chaque semaine à partir de 30 des compétences du CLC
- ❖ Évaluation de la performance (mi-session et fin de session)

Formation no 4 (White et Brechwald, 2000)

Dispensateur : Children's Healthcare of Atlanta

Clientèle-cible : Étudiantes en fin de programme scolaire ou ayant déjà gradué et ayant suivi les cours préalables. Elles doivent également posséder de l'expérience avec les enfants.

But : Cette expérience procurera aux étudiantes l'occasion d'apprendre, à partir de connaissances théoriques et à travers des expériences pratiques, leur permettant de relier la théorie à la pratique, tout en travaillant dans une variété de départements.

Durée : 15 semaines

Objectifs :

- ❖ Augmenter les connaissances en lien avec les soins psychosociaux aux enfants et aux familles
- ❖ Démontrer des habiletés d'évaluation et d'intervention
- ❖ Développer une autonomie professionnelle
- ❖ Développer des compétences selon les domaines de performance établis pour l'examen de certification
- ❖ Établir des priorités dans la charge de travail selon les responsabilités cliniques et administratives
- ❖ Développer des compétences qui peuvent s'appliquer à une position initiale dans le domaine

Contenu :

Connaissances « scientifiques »

Aspects organisationnels :

- ❖ Vocabulaire médical, étiologie et processus des maladies, procédures médicales

Aspects psychosociaux :

- ❖ Diversité culturelle
- ❖ Soins centrés sur la famille
- ❖ L'enfant atteint de maladie chronique
- ❖ La fratrie
- ❖ Contrôle de la douleur
- ❖ Influence de l'environnement
- ❖ Deuil

Connaissances instrumentales

Aspects organisationnels :

- ❖ Contrôle des infections
- ❖ Politiques et procédures (du milieu hospitalier)

Aspects organisationnels (suite) :

- ❖ Curriculum vitae, lettre de présentation et entrevue
- ❖ Rôle des autres professionnels de la santé

Les services éducatifs

- ❖ Nature et objectifs des services éducatifs
- ❖ Politiques et procédures (du département)

L'éducatrice en m.p.

- ❖ Ses divers rôles

Connaissance de soi

Ses valeurs, préjugés et croyances

- ❖ Diversité culturelle

Sa capacité d'introspection professionnelle

- ❖ Sa philosophie personnelle quant au travail avec les enfants

Connaissances des pratiques d'intervention

La communication auprès des professionnels :

- ❖ Écriture aux dossiers
- ❖ Participation aux réunions multidisciplinaire et au rapport quotidien
- ❖ Communication écrite et verbale

L'observation et l'évaluation-diagnostique :

- ❖ APIE (Appréciation, Planification, Intervention, Évaluation)

L'intervention :

- ❖ APIE (Appréciation, Planification, Intervention, Évaluation)
- ❖ Planification et animation d'activités dans les salles de jeu
- ❖ Jeu médical
- ❖ Préparation à une chirurgie
- ❖ Préparation à une procédure
- ❖ Accompagnement pendant une procédure
- ❖ Enseignement relié aux diagnostics

Supervision et formation des bénévoles, étudiants et membres du personnel :

- ❖ Supervision de bénévoles

Activités :

Activités centrées surtout sur le formateur ou son substitut :

- ❖ Participation aux réunions départementales et aux conférences offertes dans le milieu
- ❖ Sessions de formation offertes hebdomadairement

Activités impliquant simultanément formateur et participants :

- ❖ Orientation au milieu hospitalier et au département de services éducatifs
- ❖ Deux rotations
- ❖ Rencontre individuelle hebdomadaire avec superviseure
- ❖ Rencontre de groupe hebdomadaire avec coordonnatrice
- ❖ Entrevue avec autre professionnel (3)
- ❖ « Shadowing » : observation d'une demi-journée d'une autre éducatrice (13)

Activités centrées surtout sur les participants :

- ❖ Identification d'objectifs d'apprentissage individuels
- ❖ Journal quotidien (facultatif)
- ❖ Réalisation de deux « protocoles d'observation » pour chacune des interventions suivantes : jeu médical, préparation à une chirurgie, préparation à une procédure, accompagnement pendant une procédure et enseignement relié à un diagnostic
- ❖ Réalisation de « protocoles de compétence » pour les interventions suivantes: jeu médical (3), préparation à une chirurgie (4), préparation à une procédure (4), accompagnement pendant une procédure (2) et enseignement relié à un diagnostic (4)
- ❖ Planification et réalisation d'une activité de jeu individuel ou de groupe (11)
- ❖ Écriture aux dossiers des patients réguliers (11 semaines)
- ❖ Écriture de deux notes de style SOAP (observations Subjectives, observations Objectives, Appréciation, Planification) (9 semaines)
- ❖ Formulaire d'observation d'une procédure (11)
- ❖ Formulaire d'approfondissement d'un diagnostic (2)
- ❖ Présentation de cinq minutes « Ce que sont les services éducatifs »
- ❖ Revue de la littérature (deux présentations orales de 15 minutes)
- ❖ Présentation d'étude de cas (1) 30 minutes
- ❖ Présentation orale d'un diagnostic (15 minutes)
- ❖ Projet de groupe
- ❖ Devoirs (à remettre par écrit) :
 - Votre philosophie personnelle en rapport avec le travail auprès des enfants (sem. 2 et 14)
 - Les divers rôles de l'éducatrice en m.p. (sem.3)
 - Évaluation d'un environnement (ex. salle de jeu) (liste de vérification) (sem. 4)
 - Liste de vérification du type d'interventions réalisées (sem. 5)
 - Retour sur intervention auprès de 2 frères ou soeurs (sem. 6)
 - Identification des patients prioritaires (sem. 7)
 - Diversité culturelle (sem. 8)
 - Bilan : où en êtes-vous quant à votre rôle? (sem. 14)

Évaluation :

- ❖ Formulaire d'auto-évaluation hebdomadaire

Voici les principales activités de formation suggérées dans les quatre programmes, classées selon les trois grandes catégories de la grille d'analyse. Un chiffre entre parenthèse suit chaque description d'activité et indique combien de programmes la proposent.

Activités centrées surtout sur le formateur ou son substitut : sessions de formation offertes hebdomadairement ou à l'occasion (3); participation aux réunions de formation départementales et aux conférences offertes dans le milieu (1).

Activités impliquant simultanément formateur et participants : orientation dans le milieu (3); au moins deux rotations (3) ; rencontre de groupe hebdomadaire avec coordonnatrice (3); rencontre individuelle hebdomadaire avec superviseure (2); séminaire quotidien (1); entrevue avec autre professionnel (1) ou observation dans d'autres départements (1) ; « shadowing » (observation d'une demi-journée d'une autre éducatrice) (1) ou visite d'autres programmes de services éducatifs (1) ; participation au poste de télévision en circuit fermé (1).

Activités centrées surtout sur les participants : journal quotidien (4, dont 1 facultatif); projet individuel ou de groupe (3) ; écriture aux dossiers (3) ; identification d'objectifs d'apprentissage individuels (2) ; travaux écrits sur des sujets déterminés (2) ; évaluation d'un patient (2) ou APIE (Appréciation, Planification, Intervention, Évaluation)(1) ; planification et réalisation d'une activité de jeu individuel ou de groupe (2); formulaire d'approfondissement d'un diagnostic (2) ; lectures d'articles de périodiques (2, dont un avec commentaires écrits) ; réalisation de «protocoles d'observation» pour les interventions suivantes : jeu médical, préparation à une chirurgie, préparation à une procédure, accompagnement pendant une procédure et enseignement relié à un diagnostic (2); réalisation de «protocoles de compétence» pour les interventions suivantes: jeu médical , préparation à une chirurgie , préparation à une procédure (2), accompagnement pendant une procédure (2) et enseignement relié à un diagnostic ; présentation orale (1, sujet non précisé), présentation de cinq minutes «Ce que sont les services éducatifs» (1), présentation d'une étude de cas (2), présentation du projet (1), présentation d'un article de recherche (1), présentation d'un diagnostic (1); utilisation des marionnettes-patients (1).

Quant aux moyens d'évaluation des apprentissages, ils consistent en une auto-évaluation hebdomadaire (2); une rencontre individuelle avec les coordonnatrices à la fin de l'internat (1); une évaluation par chaque accompagnateur (1) et une évaluation à la mi-session et en fin de session (1).

APPENDICE G

COMPÉTENCES DE L'ÉDUCATEUR EN MILIEU PÉDIATRIQUE APRÈS RÉVISION

I. SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE

A. Compétence

L'habileté à analyser les besoins des enfants et des familles et à intervenir auprès d'eux selon les théories de la croissance et du développement *de l'enfant et de l'adolescent*, des systèmes familiaux, *des soins centrés sur la famille et de la compétence inter-culturelle*.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Reconnaître et expliquer que le jeu thérapeutique peut faciliter la maîtrise de l'enfant en rapport avec son expérience des soins médicaux et lui permettre de mieux y faire face (ex.: jeu médical).
- Décrire les théories et la recherche relatives au développement et justifier les interventions en découlant.
- Identifier des techniques d'évaluation formelles et informelles pour déterminer l'état du développement et l'état affectif.
- Identifier des thèmes généraux dans l'étude des dynamiques familiales.
- *Décrire les principaux éléments relatifs aux soins centrés sur la famille et justifier les interventions en découlant.*
- *Décrire les principaux éléments relatifs à la compétence inter-culturelle et justifier les interventions en découlant.*

Objectifs de travail sur soi¹

- Être conscient *des valeurs rattachées à sa propre culture, de ses préjugés et croyances face aux personnes de cultures différentes* et de l'impact de ses valeurs, préjugés et croyances sur la façon de voir les autres et d'interagir avec eux.

¹ Tels que catégorisés par l'auteur du mémoire

Légende : Les italiques indiquent des ajouts ou des modifications ; les soulignements indiquent le retrait.

Objectifs de travail sur soi (suite)²

- *Explorer ses propres attitudes face aux soins centrés sur la famille.*

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Utiliser le jeu (approprié au niveau de développement) comme premier outil pour évaluer les besoins psychosociaux de l'enfant en milieu pédiatrique et pour répondre à ces besoins.
- Faire correspondre les interactions et les activités au niveau de développement de l'enfant ainsi qu'à son état affectif.
- Utiliser des techniques d'évaluation formelles et informelles pour déterminer avec précision l'état du développement de l'enfant et son état affectif.
- *Intégrer à sa pratique des éléments relatifs aux soins centrés sur la famille.*
- (Rechercher l'implication de la famille dans la réalisation du programme éducatif proposé pour leur enfant, tout en tenant compte des besoins et des opinions de la famille lors de la formulation des buts. Placé dans contenu)
- Utiliser des ressources pour satisfaire les besoins d'ordre culturel et pour surmonter les différences du même ordre.
- *Démontrer respect et ouverture face aux personnes de différentes cultures.*
- Formuler et mettre en application des objectifs basés sur l'évaluation des besoins des patients *et des familles* ainsi que sur les normes de la pratique clinique.

B. Compétence

L'habileté à organiser un environnement thérapeutique et sécuritaire pour les individus et les groupes (0-18 ans).

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Expliquer l'impact de la décoration et de l'aménagement sur le comportement humain.
- Identifier les risques reliés à un environnement non sécuritaire, pour les enfants, ainsi que les mesures de prévention et de protection correspondantes.
- Identifier et décrire les composantes développementales et psychosociales de chaque activité.
- *Identifier et décrire les éléments du code d'éthique de l'établissement.*

² Tels que catégorisés par l'auteur du mémoire

Légende : Les italiques indiquent des ajouts ou des modifications ; les soulignements indiquent le retrait.

Objectif de travail sur soi³

- Assister les autres, d'une manière informative et constructive, quant au respect de l'intimité des enfants et des familles, de la confidentialité des informations *et des autres éléments du code d'éthique de l'établissement*. Adopter soi-même cette attitude.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Faciliter la dynamique dans un groupe tout en demeurant attentif aux besoins de chaque individu.
- Offrir un choix d'activités varié correspondant à la condition et aux besoins des patients.
- Mettre en place et organiser des aires d'activités et conseiller quant à l'aménagement des aires de soins aux patients afin d'en promouvoir l'utilisation et la personnalisation ainsi que d'y assurer l'orientation, le confort et la sécurité.
- Se conformer aux procédures et aux politiques de sécurité et de contrôle des infections.
- Suivre les ordonnances et les procédures médicales.

C. Compétence

L'habileté à aider les patients *et les familles* à faire face au stress *des expériences en milieu de soins de santé*, de la maladie, de la mort et/ou de la perte.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Décrire l'impact de la surimplication émotive et des attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte, sur la qualité des soins à l'enfant et sur l'efficacité des membres du personnel.
- Identifier et discuter les facteurs environnementaux et les stratégies d'adaptation associées à différentes maladies et aux expériences de soins médicaux ainsi que leurs effets sur l'adaptation et le comportement de l'enfant *et de sa famille*.
- *Identifier et discuter les principaux éléments de la relation d'aide.*
- *Décrire différentes techniques de préparation psychologique aux expériences de soins de santé (distraction, relaxation, visualisation, imagerie guidée...), incluant les techniques de gestion de la douleur.*
- *Décrire l'évolution de la compréhension du concept de mort chez les enfants et les caractéristiques du processus de deuil chez l'enfant et chez l'adulte.*
- (Identifier les pronostics, les restrictions, le déroulement et la nature des maladies plus spécifiques à sa clientèle.)

³ Tel que catégorisé par l'auteur du mémoire

Légende : Les italiques indiquent des ajouts ou des modifications ; les soulignements indiquent le retrait.

Objectifs de travail sur soi

- *Explorer ses attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte.*
- *Adopter une juste distance affective face aux patients et aux familles.*
- *Utiliser des moyens appropriés de faire face à la souffrance dont il est témoin.*

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Déterminer et «prioriser» les besoins, ainsi que l'étendue et l'importance des services éducatifs proposés pour chaque patient
- Démontrer, expliquer et/ou fournir des techniques pour aider à affronter les facteurs de stress; adapter ces techniques au stade de développement de l'enfant, à son état affectif et à la nature des facteurs de stress.
- *Choisir un vocabulaire approprié dans la communication avec les enfants et les familles.*
- *Au besoin, accompagner les enfants et les parents lors de procédures afin d'encourager l'utilisation de techniques de gestion du stress et de la douleur.*
- Faire preuve d'empathie et utiliser efficacement d'autres composantes de la relation d'aide.
- *Être attentif aux différentes formes de communication non-verbale.*

D. Compétence

L'habileté à participer à l'enseignement aux enfants et aux familles.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Énoncer les procédures médicales de base, la terminologie, l'étiologie et l'évolution associées aux maladies spécifiques à sa clientèle.
- Décrire les styles d'apprentissages et les besoins associés aux différents stades du développement et à différents états affectifs.
- Identifier des ressources documentaires et des techniques d'enseignement appropriées selon les groupes d'âge et les besoins d'apprentissage.
- Décrire les perceptions des maladies et des expériences de soins de santé qu'ont généralement les enfants selon les différents stades du développement.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Utiliser des moyens d'enseignement et des techniques appropriées au développement de l'enfant et à sa condition médicale de façon à augmenter ses connaissances tout en tenant compte de ses besoins affectifs.

Légende : Les italiques indiquent des ajouts ou des modifications ; les soulignements indiquent le retrait.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention (suite)

- Déterminer, avec l'équipe soignante, des buts et des objectifs réalistes pour l'enseignement aux enfants; déterminer qui sera en charge de l'atteinte de ces buts.

E. Compétence

L'habileté à fonctionner en tant que membre de l'équipe de soins de santé et d'y intégrer le programme des services éducatifs en milieu pédiatrique.

Objectif d'acquisition de connaissances

- Décrire les services et les ressources des autres disciplines psychosociales et relatives au développement, et en identifier les principales fonctions.
- Définir l'organigramme et les fonctions des membres de l'équipe soignante.
- Décrire l'impact, sur les groupes et les individus, de divers modes de communication.

Objectif de travail sur soi

- *Être à l'aise dans ses relations avec les adultes, et non seulement avec les enfants.*

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Communiquer de façon concise avec les membres de l'équipe soignante en intégrant les théories et pratiques reliées au domaine des services éducatifs, lors de discussions de cas et de rencontres formelles ou informelles, pour obtenir et/ou partager les données relatives aux besoins et à la condition des patients *et de leurs familles*.
- Coordonner le programme éducatif et les besoins psychosociaux du patient avec les horaires de traitements et de soins dispensés par d'autres professionnels.
- Intégrer les objectifs multidisciplinaires du traitement de l'enfant à son programme éducatif.
- Noter de façon concise, objective et précise, dans le dossier médical de l'enfant, les renseignements relatifs à son développement et à son comportement susceptibles d'avoir un impact sur les soins.
- Recommander de consulter ou référer à un autre spécialiste quand les besoins du patient *et de sa famille* dépassent la portée des services éducatifs en milieu pédiatrique.

Légende : Les italiques indiquent des ajouts ou des modifications ; les soulignements indiquent le retrait.

II. ENSEIGNEMENT

A. Compétence

Faire connaître le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique et les problématiques psychosociales reliées aux soins de santé pédiatrique.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Décrire les éléments de base de la communication orale et les intégrer dans la présentation d'un sujet.
- Décrire les tendances dans les publications et la recherche relatives aux soins de santé des enfants.
- Expliquer les théories et les recherches actuelles en développement de l'enfant et de l'adolescent ainsi que leurs implications pour les jeunes *et leurs familles* dans les milieux de soins de santé.
- Identifier des ressources en rapport avec les services éducatifs en milieu pédiatrique et l'hospitalisation des enfants.
- *Décrire les éléments du code d'éthique professionnel.*

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- (Offrir des conférences et des programmes de formation dans la communauté et les services de santé, en adaptant les approches, les moyens et les contenus à l'auditoire, de façon à ce que les sujets présentés soient pertinents et détaillés.)
- Recommander des programmes et des ressources pour la formation du personnel soignant et des stagiaires offrant des soins aux patients.
- Plaider en faveur des besoins des enfants, adolescents *et familles* en maintenant le dialogue et la communication avec les autres intervenants, en respectant leurs points de vue et en intégrant les théories, la recherche, les pratiques et *les considérations d'ordre éthique.*

B. Compétence

L'habileté à superviser les étudiants et les bénévoles des services éducatifs en milieu pédiatrique.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Discuter des différents styles de supervision et de leur impact sur les étudiants et les bénévoles.
- Identifier les habiletés et les connaissances requises pour l'affectation des tâches.
- Expliquer les buts et les objectifs des programmes de stage et de bénévolat et discuter de la façon dont ils s'intègrent dans le programme de soins aux patients.

Légende : Les italiques indiquent des ajouts ou des modifications ; les soulèvements indiquent le retrait.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Fournir une orientation et un suivi permettant l'acquisition des éléments de base en terme de sécurité, des buts du programme des services éducatifs, de l'aménagement de l'environnement, des attentes, des politiques et des procédures.
- Communiquer et structurer clairement les tâches et les affectations en associant les habiletés à la complexité des tâches.
- Offrir des ressources et du feed-back d'une manière constructive.
- (Recommander le renvoi, après consultation, quand le rendement ne satisfait pas les attentes et peut être potentiellement préjudiciable aux patients et aux familles.)
- Respecter les structures établies tout en recommandant des changements au besoin.

III. ADMINISTRATION

A. Compétence

L'habileté à évaluer les services éducatifs en milieu pédiatrique.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Identifier les données nécessaires pour évaluer les services éducatifs en termes de quantité et de qualité.
- Identifier les principales composantes nécessitant une évaluation.
- Décrire les ressources de l'établissement et du domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique pouvant assister dans la planification des outils d'évaluation.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Colliger des données précises et pertinentes dans les limites du temps imparti.
- Compléter des rapports concis et méthodiques ou communiquer un résumé des données, des activités, des objectifs et des réalisations du programme des services éducatifs dans les limites du temps imparti.
- Recommander des modifications au programme des services éducatifs pour tenir compte des changements dans la clientèle, dans le milieu de soins de santé ou au niveau du personnel.

B. Compétence

L'habileté à implanter le programme des services éducatifs en tenant compte des contraintes et des attentes de l'établissement.

Légende : Les italiques indiquent des ajouts ou des modifications ; les soulignements indiquent le retrait.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- Décrire la structure organisationnelle ainsi que les politiques et procédures générales de l'établissement.
- Décrire la mission, les buts et les objectifs de l'établissement.
- Identifier les besoins financiers et autres (non financiers) et les moyens de se procurer les ressources nécessaires.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

- Établir l'ordre de priorité et organiser le travail de façon à obtenir des résultats satisfaisants avec une charge de travail flexible.
- Obtenir, utiliser et entretenir l'équipement et les fournitures d'une façon économique.
- Suivre les politiques et les procédures de l'établissement et fournir des rétroactions quant à leur impact sur les soins de santé aux patients.

IV. DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

A. Compétence

Développer son identité professionnelle par la connaissance approfondie de son rôle et par la pratique régulière de l'introspection professionnelle.

Objectifs d'acquisition de connaissances

- *Définir le rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique.*
- *Articuler le rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique par rapport aux rôles des autres professionnels de la santé dans un contexte multidisciplinaire.*
- *Identifier quelques débouchés professionnels possibles.*

Objectifs de travail sur soi

- *Démontrer une attitude de souplesse.*
- *Développer une confiance professionnelle.*
- *Faire preuve d'autonomie dans la réalisation de ses tâches.*
- *Prendre conscience de ses affinités, ses forces et ses faiblesses.*
- *Reconnaître ses limites et les accepter.*
- *Être attentif aux différents styles de pratique et examiner le sien.*
- *Manifester de l'intérêt pour le développement de son identité professionnelle.*

Légende : Les italiques indiquent des ajouts ou des modifications ; les soulignements indiquent le retrait.

APPENDICE H

PROGRAMME D'INTERNAT EN SERVICES ÉDUCATIFS

PROGRAMME D'INTERNAT EN SERVICES ÉDUCATIFS

PREMIÈRE PARTIE

MARS 2001

TABLE DES MATIÈRES

BUTS ET ORIENTATIONS DU PROGRAMME.....	185
OBJECTIFS GÉNÉRAUX	186
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	187
ÉLÉMENTS DE CONTENU	195
ACTIVITÉS DE FORMATION	198
MOYENS D'ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES.....	200
RESPONSABILITÉS DU SUPERVISEUR, DES ACCOMPAGNATEURS ET DE L'INTERNE	200

BUTS ET ORIENTATIONS DU PROGRAMME

Conforme aux normes établies par le Child Life Council et basé sur des principes pédagogiques en formation pratique, ce programme d'internat offert dans un établissement de soins de santé pédiatriques dont la renommée n'est plus à faire, a été soigneusement conçu par une équipe d'éducateurs et d'éducatrices enthousiastes et chevronnés.

S'adressant à des étudiants ayant complété un programme de baccalauréat dans un domaine relié au développement de l'enfant, cet internat vise la formation de professionnels polyvalents dans le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique, à partir du développement d'habiletés d'intervention et de travail sur soi, et de l'acquisition de connaissances.

Afin de bien préparer les internes à une certification éventuelle, un accent spécial est accordé, dans ce programme, au développement des compétences établies par l'association professionnelle offrant cette certification, le Child Life Council. Ces compétences ont cependant été soigneusement révisées afin d'y inclure des composantes ayant récemment pris plus d'importance dans le domaine des soins de santé aux enfants : la compétence inter-culturelle, les soins centrés sur la famille, les stratégies de gestion du stress et de la douleur et les considérations d'ordre éthique.

Les quatre volets suivants sont offerts dans ce programme d'internat : les soins à l'enfant et à la famille; la supervision et la formation de bénévoles, étudiants et professionnels; l'administration d'un programme de services éducatifs et le développement de l'identité professionnelle, ce dernier volet ayant été spécialement créé dans le cadre de cet internat.

Entre autres caractéristiques, ce programme d'une durée de quatorze semaines offre :

- ❖ Des expériences en services ambulatoires et sur les unités de soins.
- ❖ Un choix de textes de qualité, en anglais et en français, sélectionnés pour la plupart parmi les lectures suggérées par le Child Life Council pour la préparation à l'examen de certification.
- ❖ Un encadrement soutenu, par une équipe de deux accompagnateurs et un superviseur.
- ❖ Un modèle d'apprentissage axé sur différentes formes de saisie et de transformation de l'expérience et favorisant une intégration de la théorie à la pratique.
- ❖ Une évaluation formative permettant un suivi rigoureux des apprentissages.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

À la fin du programme, l'interne sera en mesure de :

1. analyser les besoins des enfants et des familles et intervenir auprès d'eux selon les théories de la croissance et du développement de l'enfant et de l'adolescent, des systèmes familiaux, des soins centrés sur la famille et de la compétence inter-culturelle ;
2. organiser un environnement thérapeutique et sécuritaire pour les individus et les groupes;
3. aider les patients et les familles à faire face au stress des expériences en milieu de soins de santé, de la maladie, de la mort et/ou de la perte ;
4. participer à l'enseignement aux enfants et aux familles ;
5. fonctionner en tant que membre de l'équipe de soins de santé et y intégrer le programme des services éducatifs ;
6. faire connaître le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique et les problématiques psychosociales reliées aux soins de santé pédiatriques ;
7. superviser les étudiants et les bénévoles des services éducatifs en milieu pédiatrique.

De plus, l'interne aura acquis des connaissances et habiletés de base pour :

8. évaluer les services éducatifs en milieu pédiatrique ;
9. implanter le programme des services éducatifs en tenant compte des contraintes et des attentes de l'établissement.

Finalement, l'interne aura été amené à :

10. développer son identité professionnelle par la connaissance approfondie de son rôle et par la pratique régulière de l'introspection professionnelle.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE

Analyser les besoins des enfants et des familles et intervenir auprès d'eux selon les théories appropriées.

Objectifs d'acquisition de connaissances

1. Reconnaître et expliquer que le jeu thérapeutique peut faciliter la maîtrise de l'enfant en rapport avec son expérience des soins médicaux et lui permettre de mieux y faire face (ex.: jeu médical).
2. Décrire les théories et la recherche relatives au développement et justifier les interventions en découlant.
3. Identifier des techniques d'évaluation formelles et informelles pour déterminer l'état du développement et l'état affectif.
4. Identifier des thèmes généraux dans l'étude des dynamiques familiales.
5. Décrire les principaux éléments relatifs aux soins centrés sur la famille et justifier les interventions en découlant.
6. Décrire les principaux éléments relatifs à la compétence inter-culturelle et justifier les interventions en découlant.

Objectifs de travail sur soi

7. Explorer ses propres attitudes face aux soins centrés sur la famille.
8. Être conscient des valeurs rattachées à sa propre culture, de ses préjugés et croyances face aux personnes de cultures différentes et de l'impact de ses valeurs, préjugés et croyances sur la façon de voir les autres et d'interagir avec eux.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

9. Utiliser le jeu (approprié au niveau de développement) comme premier outil pour évaluer les besoins psychosociaux de l'enfant en milieu pédiatrique et pour répondre à ces besoins.
10. Faire correspondre les interactions et les activités au niveau de développement de l'enfant ainsi qu'à son état affectif.
11. Utiliser des techniques d'évaluation formelles et informelles pour déterminer avec précision l'état du développement de l'enfant et son état affectif.
12. Intégrer à sa pratique des éléments relatifs aux soins centrés sur la famille.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention (suite)

13. Utiliser des ressources pour satisfaire les besoins d'ordre culturel et pour surmonter les différences du même ordre.
14. Démontrer respect et ouverture face aux personnes de différentes cultures.
15. Formuler et mettre en application des objectifs basés sur l'évaluation des besoins des patients et des familles ainsi que sur les normes de la pratique clinique.

Organiser un environnement thérapeutique et sécuritaire pour les individus et les groupes.

Objectifs d'acquisition de connaissances

16. Expliquer l'impact de la décoration et de l'aménagement sur le comportement humain.
17. Identifier les risques reliés à un environnement non sécuritaire, pour les enfants, ainsi que les mesures de prévention et de protection correspondantes.
18. Identifier et décrire les composantes développementales et psychosociales de chaque activité.
19. Identifier et décrire les éléments du code d'éthique de l'établissement.

Objectif de travail sur soi

20. Assister les autres, d'une manière informative et constructive, quant au respect de l'intimité des enfants et des familles, de la confidentialité des informations et des autres éléments du code d'éthique de l'établissement. Adopter soi-même cette attitude.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

21. Faciliter la dynamique dans un groupe tout en demeurant attentif aux besoins de chaque individu.
22. Offrir un choix d'activités varié correspondant à la condition et aux besoins des patients.
23. Mettre en place et organiser des aires d'activités et conseiller quant à l'aménagement des aires de soins aux patients afin d'en promouvoir l'utilisation et la personnalisation ainsi que d'y assurer l'orientation, le confort et la sécurité.
24. Se conformer aux procédures et aux politiques de sécurité et de contrôle des infections.
25. Suivre les ordonnances et les procédures médicales.

Aider les patients et les familles à faire face au stress des expériences en milieu de soins de santé, de la maladie, de la mort et/ou de la perte.

Objectifs d'acquisition de connaissances

26. Décrire l'impact de la surimplication émotive et des attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte, sur la qualité des soins à l'enfant et sur l'efficacité des membres du personnel.
27. Identifier et discuter les facteurs environnementaux et les stratégies d'adaptation associées à différentes maladies et aux expériences de soins médicaux ainsi que leurs effets sur l'adaptation et le comportement de l'enfant et de sa famille.
28. Identifier et discuter les principaux éléments de la relation d'aide.
29. Décrire différentes techniques de préparation psychologique aux expériences de soins de santé, incluant les techniques de gestion de la douleur.
30. Décrire l'évolution de la compréhension du concept de mort chez les enfants et les caractéristiques du processus de deuil chez l'enfant et chez l'adulte.

Objectifs de travail sur soi

31. Explorer ses attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte.
32. Adopter une juste distance affective face aux patients et aux familles.
33. Utiliser des moyens appropriés de faire face à la souffrance dont il est témoin.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

34. Déterminer et «prioriser» les besoins, ainsi que l'étendue et l'importance des services éducatifs proposés pour chaque patient
35. Démontrer, expliquer et/ou fournir des techniques pour aider à affronter les facteurs de stress; adapter ces techniques au stade de développement de l'enfant, à son état affectif et à la nature des facteurs de stress.
36. Choisir un vocabulaire approprié dans la communication avec les enfants et les familles.
37. Au besoin, accompagner les enfants et les parents lors de procédures afin d'encourager l'utilisation de techniques de gestion du stress et de la douleur.
38. Faire preuve d'empathie et utiliser efficacement d'autres composantes de la relation d'aide.
39. Être attentif aux différentes formes de communication non-verbale.

Participer à l'enseignement aux enfants et aux familles.

Objectifs d'acquisition de connaissances

40. Énoncer les procédures médicales de base, la terminologie, l'étiologie et l'évolution associées aux maladies spécifiques à sa clientèle.
41. Décrire les styles d'apprentissage et les besoins associés aux différents stades du développement et à différents états affectifs.
42. Identifier des ressources documentaires et des techniques d'enseignement appropriées selon les groupes d'âge et les besoins d'apprentissage.
43. Décrire les perceptions des maladies et des expériences de soins de santé qu'ont généralement les enfants selon les différents stades du développement.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

44. Utiliser des moyens d'enseignement et des techniques appropriées au développement de l'enfant et à sa condition médicale de façon à augmenter ses connaissances tout en tenant compte de ses besoins affectifs.
45. Déterminer, avec l'équipe soignante, des buts et des objectifs réalistes pour l'enseignement aux enfants; déterminer qui sera en charge de l'atteinte de ces buts.

Fonctionner en tant que membre de l'équipe de soins de santé et y intégrer le programme des services éducatifs.

Objectif d'acquisition de connaissances

46. Décrire les services et les ressources des autres disciplines psychosociales et relatives au développement, et en identifier les principales fonctions.
47. Définir l'organigramme et les fonctions des membres de l'équipe soignante.
48. Décrire l'impact, sur les groupes et les individus, de divers modes de communication.

Objectif de travail sur soi

49. Être à l'aise dans ses relations avec les adultes, et non seulement avec les enfants.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

50. Communiquer de façon concise avec les membres de l'équipe soignante en intégrant les théories et pratiques reliées au domaine des services éducatifs, lors de discussions de cas et de rencontres formelles ou informelles, pour obtenir et/ou partager les données relatives aux besoins et à la condition des patients et de leurs familles.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention (suite)

51. Coordonner le programme éducatif et les besoins psychosociaux du patient avec les horaires de traitements et de soins dispensés par d'autres professionnels.
52. Intégrer les objectifs multidisciplinaires du traitement de l'enfant à son programme éducatif.
53. Noter de façon concise, objective et précise, dans le dossier médical de l'enfant, les renseignements relatifs à son développement et à son comportement susceptibles d'avoir un impact sur les soins.
54. Recommander de consulter ou référer à un autre spécialiste quand les besoins du patient et de sa famille dépassent la portée des services éducatifs en milieu pédiatrique.

SUPERVISION ET FORMATION DE BÉNÉVOLES, ÉTUDIANTS ET PROFESSIONNELS

Faire connaître le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique et les problématiques psychosociales reliées aux soins de santé pédiatriques.

Objectifs d'acquisition de connaissances

55. Décrire les éléments de base de la communication orale et les intégrer dans la présentation d'un sujet.
56. Décrire les tendances dans les publications et la recherche relatives aux soins de santé des enfants.
57. Expliquer les théories et les recherches actuelles en développement de l'enfant et de l'adolescent ainsi que leurs implications pour les jeunes et leurs familles dans les milieux de soins de santé.
58. Identifier des ressources en rapport avec les services éducatifs en milieu pédiatrique et l'hospitalisation des enfants.
59. Décrire les éléments du code d'éthique professionnelle.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

60. Recommander des programmes et des ressources pour la formation du personnel soignant et des stagiaires offrant des soins aux patients.
61. Plaider en faveur des besoins des enfants, adolescents et familles en maintenant le dialogue et la communication avec les autres intervenants, en respectant leurs points de vue et en intégrant les théories, la recherche, les pratiques et les considérations d'ordre éthique.

Superviser les étudiants et les bénévoles des services éducatifs en milieu pédiatrique.

Objectifs d'acquisition de connaissances

62. Discuter des différents styles de supervision et de leur impact sur les étudiants et les bénévoles.
63. Identifier les habiletés et les connaissances requises pour l'affectation des tâches.
64. Expliquer les buts et les objectifs des programmes de stage et de bénévolat et discuter de la façon dont ils s'intègrent dans le programme de soins aux patients.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

65. Fournir une orientation et un suivi permettant l'acquisition des éléments de base en terme de sécurité, des buts du programme des services éducatifs, de l'aménagement de l'environnement, des attentes, des politiques et des procédures.
66. Communiquer et structurer clairement les tâches et les affectations en associant les habiletés à la complexité des tâches.
67. Offrir des ressources et du feed-back d'une manière constructive.
68. Respecter les structures établies tout en recommandant des changements au besoin.

ADMINISTRATION

Évaluer les services éducatifs en milieu pédiatrique.

Objectifs d'acquisition de connaissances

69. Identifier les données nécessaires pour évaluer les services éducatifs en termes de quantité et de qualité.
70. Identifier les principales composantes nécessitant une évaluation.
71. Décrire les ressources de l'établissement et du domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique pouvant assister dans la planification des outils d'évaluation.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

72. Colliger des données précises et pertinentes dans les limites du temps imparti.
73. Compléter des rapports concis et méthodiques ou communiquer un résumé des données, des activités, des objectifs et des réalisations du programme des services éducatifs dans les limites du temps imparti.
74. Recommander des modifications au programme des services éducatifs pour tenir compte des changements dans la clientèle, dans le milieu de soins de santé ou au niveau du personnel.

Implanter le programme des services éducatifs en tenant compte des contraintes et des attentes de l'établissement.

Objectifs d'acquisition de connaissances

75. Décrire la structure organisationnelle ainsi que les politiques et procédures générales de l'établissement.
76. Décrire la mission, les buts et les objectifs de l'établissement.
77. Identifier les besoins financiers et autres (non financiers) et les moyens de se procurer les ressources nécessaires.

Objectifs de développement d'habiletés d'intervention

78. Établir l'ordre de priorité et organiser le travail de façon à obtenir des résultats satisfaisants avec une charge de travail flexible.
79. Obtenir, utiliser et entretenir l'équipement et les fournitures d'une façon économique.
80. Suivre les politiques et les procédures de l'établissement et fournir des rétroactions quant à leur impact sur les soins de santé aux patients.

DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

Développer son identité professionnelle par la connaissance approfondie de son rôle et par la pratique régulière de l'introspection professionnelle.

Objectifs d'acquisition de connaissances

81. Définir le rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique.
82. Articuler le rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique par rapport aux rôles des autres professionnels de la santé dans un contexte multidisciplinaire.
83. Identifier les principaux courants philosophiques et psychologiques qui sont pertinents au domaine des services éducatifs.
84. Identifier quelques débouchés professionnels possibles.

Objectifs de travail sur soi

85. Démontrer une attitude de souplesse.
86. Développer une confiance professionnelle.
87. Faire preuve d'autonomie dans la réalisation de ses tâches.
88. Prendre conscience de ses affinités, ses forces et ses faiblesses.
89. Reconnaître ses limites et les accepter.
90. Être attentif aux différents styles de pratique et examiner le sien.
91. Manifester de l'intérêt pour le développement de son identité professionnelle.

ÉLÉMENTS DE CONTENU

- 1) Aspects organisationnels des milieux pédiatriques
 - 1) Structure organisationnelle, politiques et procédures générales de l'établissement
 - 2) Mission, buts et objectifs de l'établissement
 - 3) Sécurité et prévention
 - 4) Contrôle des infections
 - 5) Considérations d'ordre éthique
 - 6) Procédures médicales de base, terminologie, étiologie et évolution associées aux maladies spécifiques à sa clientèle
 - 7) Organigramme et fonctions des membres de l'équipe soignante
 - 8) Rôles des intervenants d'autres disciplines et limites inhérentes à chaque rôle
- 2) Les services éducatifs
 - 1) Domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique (historique, nature et objectifs)
 - 2) Ressources en rapport avec les services éducatifs et l'hospitalisation des enfants
 - a) Littérature de base
 - b) Child Life Council (mission, objectifs et documents officiels)
 - c) Centre de ressources pour les familles
 - 3) Éthique professionnelle
- 3) Théories contributives : aspects psycho-sociaux
 - 1) Théories de la croissance et du développement de l'enfant et de l'adolescent
 - a) Développement normal de l'enfant et de l'adolescent
 - b) Notions de base en pédo-psychiatrie
 - c) Attachement et séparation
 - 2) Jeu thérapeutique
 - 3) Dynamiques familiales
 - 4) Effets des expériences en milieu de soins de santé, de la maladie, de la mort et/ou de la perte
 - a) Réactions des enfants à la maladie, aux blessures et aux expériences en milieu de soins de santé
 - b) Évolution de la compréhension du concept de mort chez l'enfant
 - c) Processus de deuil chez l'enfant et chez l'adulte
 - 5) Théories en lien avec la compétence inter-culturelle
 - 6) Éléments des soins centrés sur la famille
 - 7) Impact de l'environnement sur les expériences en milieu de soins de santé
 - 8) Impact, sur les groupes et les individus, de divers modes de communication
 - 9) Théories et recherches actuelles en développement de l'enfant et de l'adolescent, tendances dans les publications et la recherche relatives aux soins de santé des enfants

- 4) Techniques d'intervention
 - 1) Techniques d'évaluation formelles et informelles
 - 2) Mécanismes d'adaptation à différents facteurs de stress
 - 3) Stratégies de préparation psychologique et de gestion de la douleur (relaxation, visualisation, imagerie guidée, distraction)
 - 4) Jeu médical
 - 5) Enseignement aux enfants et aux familles (en rapport avec diagnostics et procédures)
 - a) Styles d'apprentissage et besoins associés aux différents stades du développement et à différents états affectifs
 - b) Ressources documentaires et techniques d'enseignement appropriées
 - c) Perceptions des maladies et des expériences de soins de santé qu'ont les enfants selon les différents stades du développement
- 5) Les habiletés d'intervention
 - 1) Les soins centrés sur la famille
 - a) Rôle d'avocat pour l'enfant et sa famille
 - b) Se situer au niveau de la perspective de l'enfant et du parent
 - c) Implication de la famille dans la planification et la mise en application du programme éducatif proposé pour leur enfant
 - d) Promotion des besoins des enfants, adolescents et familles en maintenant le dialogue et la communication avec les autres intervenants et en respectant leurs points de vue
 - 2) La communication auprès des enfants et des familles et la relation d'aide
 - a) Choix d'un vocabulaire approprié dans la communication avec les enfants et familles
 - b) Communication non-verbale
 - c) Relation d'aide
 - d) Respect et ouverture face aux personnes de différentes cultures
 - 3) La communication auprès des professionnels
 - a) Habileté à travailler en équipe dans le respect de chacun
 - b) Communication verbale et écrite efficace et adaptée selon les différents professionnels
 - c) Écriture aux dossiers
 - d) Intégration des éléments de base de la communication orale à la présentation d'un sujet
 - 4) L'observation et l'évaluation-diagnostique
 - a) Le jeu comme moyen d'évaluation-diagnostique
 - b) Techniques d'évaluation formelle et informelle
 - c) «Priorisation» des interventions selon les besoins

- 5) Déroulement des interventions
 - a) Organisation d'un environnement thérapeutique et sécuritaire pour individus et groupes
 - b) Animation d'un groupe tout en demeurant attentif aux besoins de chaque individu
 - c) Mise en place d'activités variées
 - d) Le jeu comme moyen d'intervention (incluant le jeu médical)
 - e) Formulation et mise en application d'objectifs adaptés aux besoins des patients : APIE (Appréciation, Planification, Intervention, Évaluation)
 - f) Intégration des objectifs multidisciplinaires du traitement de l'enfant au programme éducatif
 - g) Stratégies pour aider à affronter les facteurs de stress et pour contrôler la douleur (relaxation, visualisation, imagerie guidée, distraction)
 - h) Accompagnement pendant les procédures
 - i) Formulation d'objectifs réalistes pour l'enseignement aux enfants (en rapport avec les diagnostics et les procédures)
 - j) Moyens d'enseignement appropriés au développement de l'enfant et à sa condition médicale
 - k) Utilisation de ressources pour satisfaire les besoins d'ordre culturel
- 6) Identité professionnelle : définition du rôle et pratique de l'introspection
 - 1) Définition du rôle
 - a) Rôle de l'éducatrice en m.p. ; rôle de l'éducatrice en m.p. par rapport aux rôles des autres professionnels de la santé
 - b) Différents courants philosophiques et psychologiques pertinents au domaine des services éducatifs
 - c) Possibilités de débouchés professionnels
 - d) Impact de la surimplication émotionnelle
 - 2) Valeurs, préjugés et croyances de l'interne
 - a) Ses attitudes face aux soins centrés sur la famille
 - b) Conscience des valeurs rattachées à sa propre culture
 - c) Ses préjugés et croyances face aux personnes de différentes cultures
 - 3) Sa capacité de distance affective
 - a) Attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte
 - b) Juste distance affective face aux patients et aux familles
 - c) Moyens appropriés de faire face à la souffrance dont il est témoin
 - 4) Ses aptitudes
 - a) Son respect du code d'éthique
 - b) Sa souplesse
 - c) Sa confiance professionnelle
 - d) Être à l'aise dans ses relations avec les adultes, et non seulement avec les enfants
 - e) Son autonomie

- 5) Sa capacité d'introspection professionnelle
 - a) Ses affinités, ses forces et ses faiblesses
 - b) Ses limites
 - c) Les différents styles de pratique et le sien
 - d) Son identité professionnelle
- 7) La supervision
 - 1) Connaissances en supervision
 - a) Buts et objectifs des programmes de stage et de bénévolat
 - b) Différents styles de supervision et leur impact
 - c) Affectation des tâches
 - 2) Habiletés en supervision et formation des bénévoles, étudiants et membres du personnel
 - a) Orientation et suivi des bénévoles et étudiants
 - b) Structuration et communication des tâches et affectations
 - c) Feed-back offert de manière constructive
 - d) Recommandation de programmes et des ressources pour la formation du personnel
- 8) Administration du programme
 - 1) Théories en évaluation de programmes de services éducatifs
 - a) Identification des composantes à évaluer et des données nécessaires à leur évaluation
 - b) Outils d'évaluation
 - 2) Habiletés en évaluation et administration de programmes de services éducatifs
 - a) Collecte de données
 - b) Préparation de rapports et de résumés des données, des activités, des objectifs et des réalisations du programme
 - c) Recommandation de modifications au programme
 - d) Gestion de l'équipement et des fournitures
 - e) Organisation efficace de la charge de travail

ACTIVITÉS DE FORMATION

1. Travail auprès de deux accompagnateurs (un par rotation), l'accompagnateur étant l'éducateur avec qui l'internat est vécu au jour le jour, et ce, afin que chaque interne puisse :
 - ❖ être exposé à différents styles d'interventions et d'éducateurs, à plusieurs approches et stratégies ;
 - ❖ vivre des expériences dans différents départements (unités de soins et services ambulatoires) et avec différentes clientèles.

ACTIVITÉS DE FORMATION (SUITE)

2. Rencontre hebdomadaire des internes avec un superviseur, dans le but que chaque interne puisse approfondir certaines expériences en compagnie d'un autre interne et du superviseur et mieux intégrer la théorie à la pratique.
3. Une semaine complète d'orientation au milieu hospitalier et aux services éducatifs.
4. Rencontre avec les membres des services éducatifs, en début de stage, pour se présenter et faire la connaissance de l'équipe.
5. Identification par chaque interne d'objectifs prioritaires.
6. Participation aux rencontres de développement professionnel de l'équipe des services éducatifs.
7. Participation, à l'occasion, aux conférences médicales, aux conférences des soins infirmiers ou à toute autre conférence qui serait pertinente.
8. Participation à des sessions de formation offertes par des membres des services éducatifs.
9. Rédaction d'un journal de bord quotidien ou création d'un portfolio.
10. Présentation orale d'un article de périodique récent.
11. Présentations orales d'études de cas.
12. Création et présentation d'un projet individuel ou de groupe (qui devra être soumis à l'approbation du superviseur).
13. Présentation d'un fait d'observation ou d'une réflexion, par écrit, à chaque semaine, dans le cadre de la rencontre impliquant les deux internes et le superviseur.
14. Lectures fortement suggérées et facultatives et visionnement de documents audio-visuels.
15. Description écrite de l'appréciation des besoins et de la planification d'interventions pour certains patients (APIE : Appréciation-Planification-Intervention-Évaluation).
16. Planification et animation d'activités de groupes et individuelles.
17. Écriture aux dossiers.
18. Réalisation de « fiches d'observation », de « fiches de planification » et de « fiches de retour sur une intervention » en rapport, entre autres, avec les techniques d'intervention suivantes : jeu médical ; préparation à une procédure et/ou enseignement ; support pendant une procédure.
19. Rédaction d'un bilan-synthèse.

MOYENS D'ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES

1. Trois auto-évaluations à partir de grilles d'évaluation contenant les objectifs de travail sur soi et de développement d'habiletés d'intervention (*voir* Échéancier du programme d'internat).
2. Évaluation par chaque accompagnateur et le superviseur, à la fin de chaque rotation, à partir des grilles d'évaluation.
3. Bilan-synthèse (avec certains thèmes à traiter de manière obligatoire).

RESPONSABILITÉS DU SUPERVISEUR, DES ACCOMPAGNATEURS ET DE L'INTERNE

Le superviseur

- ❖ ...est responsable de l'orientation de l'interne dans le milieu pédiatrique et à l'intérieur des services éducatifs.
- ❖ ...s'assure de l'intégration de l'interne à la vie de l'hôpital et des services éducatifs.
- ❖ ...présente le programme d'internat à l'interne.
- ❖ ...soutient l'interne dans le choix de ses objectifs prioritaires.
- ❖ ...anime les rencontres hebdomadaires du groupe des internes.
- ❖ ...offre du feedback.
- ❖ ...partage son expertise professionnelle.
- ❖ ...procure suffisamment de soutien émotif à l'interne pour qu'il puisse développer et maintenir sa confiance professionnelle.
- ❖ ...approuve le projet individuel ou de groupe que l'interne prévoit réaliser.
- ❖ ...procure des ressources au besoin.
- ❖ ...répond aux questions de l'interne quant aux différents travaux et présentations à réaliser.
- ❖ ...commente les travaux écrits ainsi que les présentations orales de l'interne.
- ❖ ...évalue l'interne après la première et la seconde rotation.
- ❖ ...commente le bilan-synthèse.
- ❖ ...est responsable du déroulement de l'internat dans l'ensemble.
- ❖ ...présente et explique les outils d'encadrement et d'évaluation aux accompagnateurs.
- ❖ ...soutient les accompagnateurs au besoin.

L'accompagnateur

- ❖ ...est responsable de l'orientation de l'interne sur les lieux de la première ou deuxième rotation.
- ❖ ...soutient l'intégration de l'interne à l'équipe de soins.
- ❖ ...détermine l'horaire quotidien avec l'interne en s'assurant que la dernière heure de la journée est dégagée pour que l'interne puisse réaliser une partie de ses travaux personnels.
- ❖ ...rencontre l'interne sur une base quotidienne (environ 30 minutes par jour, pas nécessairement consécutives).
- ❖ ...partage l'information relative aux patients et aux lieux de la rotation.
- ❖ ...démontre différentes approches, stratégies d'intervention et pratiques professionnelles.
- ❖ ...discute avec l'interne suite aux observations faites de part et d'autre.
- ❖ ...partage son expertise professionnelle.
- ❖ ...offre du feedback régulièrement.
- ❖ ...encourage l'autonomie chez l'interne.
- ❖ ...soutient les efforts de l'interne dans l'observation des patients et dans l'écriture aux dossiers.
- ❖ ...soutient les efforts de l'interne dans la planification d'activités et d'interventions.
- ❖ ...soutient les efforts de l'interne dans l'animation d'activités et d'interventions.
- ❖ ...procure suffisamment de soutien émotif à l'interne pour qu'il puisse développer et maintenir sa confiance professionnelle.
- ❖ ...évalue l'interne à la fin de la rotation.
- ❖ ...réfère au superviseur pour tout problème pouvant survenir au cours de l'internat.

L'interne

- ❖ ...respecte en tout temps les politiques et procédures du milieu hospitalier et des services éducatifs.
- ❖ ...agit conformément à l'éthique professionnelle en toutes circonstances.
- ❖ ...s'assure de remplir les exigences relatives au programme d'internat.
- ❖ ...informe ses accompagnateurs lorsque leur soutien est nécessaire à l'accomplissement des exigences relatives à l'internat (ex. : observation de certaines interventions).
- ❖ ...est le premier responsable de ses apprentissages.
- ❖ ...participe activement aux diverses rencontres de formation et de supervision.
- ❖ ...s'auto-évalue à trois reprises.
- ❖ ...informe rapidement le superviseur de toute difficulté qui pourrait compromettre la réussite de l'expérience d'internat.
- ❖ ...évalue ses accompagnateurs, le superviseur et le programme d'internat au moment déterminé.

PROGRAMME D'INTERNAT EN SERVICES ÉDUCATIFS
DEUXIÈME PARTIE : ÉCHÉANCIER INCLUANT LES FICHES DE TRAVAIL,
LES LECTURES SUGGÉRÉES ET LES GRILLES D'ÉVALUATION

MARS 2001

Bienvenue!

Voici un échéancier décrivant, pour chacune des quatorze semaines de l'internat, les éléments de contenu et les objectifs d'acquisition de connaissances visés, ainsi que les activités proposées et les travaux personnels à réaliser. Nous vous suggérons ce parcours car il a été conçu pour vous permettre de développer et de mettre en pratique les compétences qu'un éducateur en milieu pédiatrique devrait posséder, selon le Child Life Council.

Par ailleurs, le milieu pédiatrique en est un qui requiert énormément de flexibilité. C'est un milieu où il est souvent difficile de prévoir la suite des événements. De plus, chaque interne possède un bagage de connaissances et d'expériences fort différent. Pour toutes ces raisons, il est possible que certaines des activités ou certains des travaux proposés ne soient pas réalisables au moment suggéré ou ne constituent pas un ajout significatif à votre formation. Il vous est ainsi toujours possible de discuter avec votre accompagnateur et votre superviseur quant à la faisabilité et à la pertinence des activités et travaux proposés.

Afin de vous faciliter la tâche lorsque viendra le temps de réaliser votre bilan-synthèse, nous vous proposons l'une ou l'autre de ces façons de recueillir des données pertinentes :

- la rédaction d'un journal quotidien OU
- la création d'un portfolio.

Il vous sera possible de discuter des avantages et des inconvénients des deux méthodes avec votre superviseur et de fixer votre choix sur celle qui vous convient le mieux, sous la forme qui vous semblera la plus satisfaisante.

Bonne route!

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
I	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Structure organisationnelle, politiques et procédures générales de l'établissement ❖ Mission, buts et objectifs de l'établissement ❖ Sécurité et prévention ❖ Contrôle des infections ❖ Considérations d'ordre éthique ❖ Organigramme et fonctions des membres de l'équipe soignante ❖ Domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique ❖ Ressources : littérature de base, Child Life Council, Centre de ressources pour les familles ❖ Éthique professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Décrire la structure organisationnelle ainsi que les politiques et procédures générales de l'établissement. ❖ Décrire la mission, les buts et les objectifs de l'établissement. ❖ Identifier les risques reliés à un environnement non sécuritaire, pour les enfants, ainsi que les mesures de prévention et de protection correspondantes. ❖ Identifier et décrire les éléments du code d'éthique de l'établissement. ❖ Définir l'organigramme et les fonctions des membres de l'équipe soignante. ❖ Identifier des ressources en rapport avec les services éducatifs en milieu pédiatrique et l'hospitalisation des enfants. ❖ Décrire les éléments du code d'éthique professionnelle. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre avec le superviseur et les deux accompagnateurs ❖ Visite guidée de l'hôpital + Visite des locaux des Services éducatifs ❖ Rencontre avec la directrice des Services éducatifs : Structure organisationnelle, mission, buts et objectifs de l'hôpital, organigramme, contrôle des infections ❖ Exploration du matériel disponible au Centre de ressources pour les familles (en compagnie de la bibliothécaire) ❖ Exploration des documents disponibles dans le département ❖ Familiarisation avec le lieu de la première rotation ❖ Présentation par l'interne, aux membres des services éducatifs, de sa perception actuelle du rôle de l'éducateur en m.p. ❖ Identification par chaque interne d'objectifs prioritaires ❖ Visionnement : <i>A Quiet Revolution</i> (Une introduction aux questions psychosociales dans les soins de santé pédiatriques) ❖ Retour sur la semaine en petit groupe avec superviseur (1 h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures ... ❖ Présentation par l'interne, aux membres des services éducatifs, de ses expériences scolaires, bénévoles et professionnelles et de sa perception du rôle de l'éducateur en m.p. ❖ Identification par chaque interne d'objectifs prioritaires

Programme d'internat en services éducatifs

Travaux personnels à réaliser

- ❖ Présentation par l'interne, aux membres des services éducatifs, de ses expériences scolaires, bénévoles et professionnelles et de sa perception du rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique : Une période de quinze minutes vous sera allouée pour ce faire.
- ❖ Identification par chaque interne d'objectifs prioritaires : En prenant connaissance des objectifs listés dans l'échéancier et dans les grilles d'observation, surlignez les objectifs pour lesquels vous croyez avoir besoin de plus d'approfondissement ou de pratique. Cela vous aidera à concentrer vos efforts sur les objectifs représentant un plus grand défi pour vous.

N.B. : Tous les jours, du lundi au jeudi, l'interne est dégagé pendant la dernière heure de la journée pour réaliser une partie de ses travaux personnels.

À moins d'avis contraire, les rencontres avec le superviseur auront lieu le vendredi entre 14 h 00 et 15 h 30 et le reste de l'après-midi peut être consacré à la réalisation des travaux personnels.

❖ Lectures fortement suggérées

N.B. : La lecture quasi-intégrale des deux documents suivants est fortement suggérée. En voici les références complètes. Seules les références aux auteurs et à l'année seront données dans la suite du programme.

- Thompson, R. H. et G. Stanford. 1981. *Child Life in Hospitals : Theory and practice*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- Gaynard, L., J. Wolfer, J. Goldberger, R. Thompson, L. Redburn et L. Laidley. 1990. *Psychosocial Care of Children in Hospital : A Clinical Practice Manual from the ACCH Child Life Research Project*. Rockville (MD) : Child Life Council.

-Programme d'internat

- Guide de l'étudiant* (produit par les Services éducatifs) (disponible en français et en anglais)
- Procédures en cas de feu/urgence (disponible en français et en anglais)
- Code d'éthique de l'hôpital* (disponible en français et en anglais)
- Child Life Council. 1994. *Documents officiels du Child Life Council*. 2^e éd. Trad. de l'anglais par M. Champagne. Rockville (MD) : Child Life Council. Lire philosophie de base, code d'éthique et normes de la pratique clinique. (disponible en français et en anglais)
- Thompson et Stanford. 1981. Lire chap. 8, p. 163 à 176 (Working in the hospital context + Understanding hospital structure and personnel)
- Rubin, S. 1992. «What's in a Name? Child Life and the Play Lady Legacy». *Children's Health Care*, vol. 21, no 1 (Winter), p. 4-13.
- American Academy of Pediatrics. 2000. «Child Life Services : Policy Statement». *Pediatrics*, vol. 106, no 5 (November), p. 1156-1159.
- Oremland, E. 2000. *Protecting the Emotional Development of the Ill Child*. Madison (CT) : Psychosocial Press. Lire chap. 1, p. 3 à 15 (The Play Partnership : There Is More to Know)

❖ Lecture facultative

- Klein, D. et al. 2000. *Making Ethical Decisions in Child Life Practice*. Rockville (MD) : Child Life Council.

Programme d'internat en services éducatifs

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
2	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Réactions des enfants à la maladie, aux blessures et aux expériences en milieu de soins de santé ❖ Mécanismes d'adaptation à différents facteurs de stress ❖ Perceptions des maladies et des expériences de soins de santé qu'ont les enfants ❖ Procédures médicales de base, terminologie, étiologie et évolution associées aux maladies spécifiques à sa clientèle ❖ Théories de la croissance et du développement de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifier et discuter les facteurs environnementaux et les stratégies d'adaptation associées à différentes maladies et aux expériences de soins médicaux ainsi que leurs effets sur l'adaptation et le comportement de l'enfant ❖ Décrire les perceptions des maladies et des expériences de soins de santé qu'ont généralement les enfants selon les différents stades du développement. ❖ Énoncer les procédures médicales de base, la terminologie, l'étiologie et l'évolution associées aux maladies spécifiques à sa clientèle. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (approfondissement d'un diagnostic) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Fait hebdomadaire : Approfondissement d'un diagnostic (voir fiche <i>Approfondissement d'un diagnostic</i>)

Choisissez un diagnostic spécifique à votre clientèle. Brièvement, indiquez : l'étiologie (les causes), l'évolution, le pronostic, les traitements proposés (ex. chirurgie) et les procédures plus spécifiques associées à ces traitements (ex. test sanguin, examen médical, pose d'une I.V., anesthésie...). Puis, notez les principales préoccupations que des enfants de groupes d'âges différents pourraient avoir en rapport avec le diagnostic et les traitements proposés.

Diagnostic :	Étiologie :
	Évolution :
	Pronostic :
	Traitements :
	Procédures :
Groupe d'âge	Principales préoccupations
Bébés	
Trottineurs	
Âge pré-scolaire	
Âge scolaire	
Adolescent	

Programme d'internat en services éducatifs

❖ Lectures fortement suggérées

- Gaynard et al. 1990. Lire chap. 1 et 2, p. 7 à 23 (Summary of Relevant Research + Theoretical Framework)
- Thompson et Stanford. 1981. Lire chap. 2, p. 15 à 36 (Reactions of Children to Hospitalization)
- Parent, S. et J.-F. Saucier. 1999. « La théorie de l'attachement ». In *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. d'E. Habimana, p. 33 à 46. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Brewster, A. 1982. « Chronically Ill Hospitalized Children's Concepts of Their Illness ». *Pediatrics*, vol. 69, no 3, p. 355-362.
- Yoos, L. 1987. « Chronic Childhood Illnesses : Developmental Issues ». *Pediatric Nursing*, vol. 13, no 1, p. 25 à 28.
- Yoos, L. 1988. « Cognitive Development and the Chronically Ill Child ». *Pediatric Nursing*, vol. 14, no 5, p. 375 à 378.

❖ Lecture facultative

- Rutter, M. 1983. « Stress, Coping and Development : Some Issues and Some Questions ». In *Stress, Coping, and Development in Children*, sous la dir. de N. Garnezy et M. Rutter, p. 1 à 41. McGraw-Hill.

❖ Références disponibles en français

- Brazelton, T.B. 1985. « L'enfant hospitalisé ». In *Écoutez votre enfant : Comprendre les problèmes normaux de la croissance*. Paris : Payot, p. 207 à 221.
- Brazelton, T.B. 1989. « La famille McClay ». In *Familles en crises*, Paris : Stock/Laurence Pernoud, p. 191 à 257.
- Duhamel, F. 1993. « Vaincre les comportements régressifs des jeunes enfants hospitalisés ». *L'infirmière du Québec* (septembre/octobre), p. 36 à 41.

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
3	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dynamiques familiales ❖ Communication et relation d'aide ❖ Théories en lien avec la compétence inter-culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifier des thèmes généraux dans l'étude des dynamiques familiales. ❖ Identifier et discuter les principaux éléments de la relation d'aide. ❖ Décrire les principaux éléments relatifs à la compétence inter-culturelle et justifier les interventions en découlant. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (compétence inter-culturelle) (1h) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Fait hebdomadaire sur un aspect de la compétence inter-culturelle

Travaux personnels à réaliser

- ❖ Fait hebdomadaire sur un aspect de la compétence inter-culturelle : répondez aux questions de la page suivante « A Cultural Journey ».

Programme d'internat en services éducatifs

A Cultural Journey

(Ces questions sont reprises de l'exercice proposé dans le livre *Developing Cross-Cultural Competence : A Guide for Working with Children*, sous la dir. de E.W. Lynch et M.J. Hanson, p. 60 à 62. Baltimore (MD) : Paul H. Brookes Publishing.)

Culture is not just something that someone else has. All of us have a cultural, ethnic, and linguistic heritage that influences our current beliefs, values, and behaviors. To learn a little more about your own heritage, take this simple cultural journey.

ORIGINS

1. When you think about your roots, what country(ies) other than Canada do you identify as a place of origin for you or your family?
2. Have you ever heard any stories about how your family or your ancestors came to Canada? Briefly, what was the story?
3. Are there any foods that you or someone else prepares that are traditional for your country(ies) of origin? What are they?
4. Are there any celebrations, ceremonies, rituals, holidays that your family continues to celebrate that reflect your country(ies) of origin? What are they? How are they celebrated?
5. Do you or anyone in your family speak a language other than English or French because of your origins? If so, what language?
6. Can you think of one piece of advice that has been handed down through your family that reflects the values held by your ancestors in the country(ies) of origin? What is it?

BELIEFS, BIASES, AND BEHAVIORS

1. Have you ever heard anyone make a negative comment about people from your country(ies) of origin? If so, what was it?
2. As you were growing up, do you remember discovering that your family did anything differently from other families that you were exposed to because of your culture, religion, or ethnicity? Name something that you remember that was different.
3. Have you ever been with someone in a work situation who did something because of his or her culture, religion, or ethnicity that seemed unusual to you? What was it? Why did it seem unusual?
4. Have you ever felt shocked, upset, or appalled by something that you saw when you were traveling in another part of the world? If so, what was it? How did it make you feel? Pick some descriptive words to explain your feelings. How did you react? In retrospect, how do you wish you would have reacted?
5. Have you ever done anything that you think was culturally inappropriate when you have been in another country or with someone from a different culture? In other words, have you ever done something that you think might have been upsetting or embarrassing to another person? What was it? What did you do to try to improve the situation?

A Cultural Journey (suite)

IMAGINE

1. If you could be from another culture or ethnic group, what culture would it be? Why?
2. What is one value from that culture or ethnic group that attracts you to it?
3. Is there anything about that culture or ethnic group that concerns or frightens you? What is it?
4. Name one concrete way in which you think your life would be different if you were from that culture or ethnic group.

Programme d'internat en services éducatifs

❖ Lectures fortement suggérées

- Gaynard et al. 1990. Lire chap. 5 et 6, p. 47 à 66 (Building Supportive Relationships with Children and Families + Talking with Children and Families About Health Care Experiences)
- Serrano, J. 1989. « L'enfant malade chronique et son contexte familial ». Chap. 2 in *Face à l'enfant qui souffre*, sous la dir. de U. Dell'Acqua, E. Paulhus et J. Serrano. Paris : Fleurus, p. 35 à 55.
- Serrano, J. 1989. « Le processus d'adaptation du système familial ». Chap. 3 in *Face à l'enfant qui souffre*. Paris : Fleurus, p. 57 à 82.
- Serrano, J. 1989. « La prise en charge intégrée des familles ». Chap. 4 in *Face à l'enfant qui souffre*. Paris : Fleurus, p. 83 à 99.
- Lynch, E.W. 1992. « Developing Cross-Cultural Competence ». Chap. 3 in *Developing Cross-Cultural Competence : A Guide for Working with Children*, sous la dir. de E.W. Lynch et M.J. Hanson, p. 35 à 62. Baltimore (MD) : Paul H. Brookes Publishing.

❖ Lectures facultatives

- Hétu J.-L. 1994. « Ce qu'aider veut dire ». Chap. 1 in *La relation d'aide*, 2^e éd., p. 1 à 8. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Hétu J.-L. 1994. « L'acquisition de quelques habiletés ». Chap. 6 in *La relation d'aide*, 2^e éd., p. 55 à 66. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- Lansdown, R. 1996. *Children in Hospital : A Guide for Family and Carers*. New York : Oxford University Press. Chap. 14, p. 162 à 175 (Counselling)
- Fleitas. 2000. « When Jack Fell Down... Jill Came Tumbling After : Siblings in the Web of Illness and Disability ». *MCN*, vol. 25, no 5 (September/October).

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
4	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Techniques d'évaluation formelles et informelles ❖ Jeu comme moyen d'évaluation-diagnostique ❖ Outil de « priorisation » des interventions ❖ Jeu thérapeutique ❖ Théories de la croissance et du développement de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifier des techniques d'évaluation formelles et informelles pour déterminer l'état du développement et l'état affectif. ❖ Identifier et décrire les composantes développementales et psychosociales de chaque activité. ❖ Décrire les théories et la recherche relatives au développement et justifier les interventions en découlant. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Familiarisation avec l'outil de « priorisation » des interventions des Services éducatifs (cet outil sera désormais utilisé jusqu'à la fin de l'internat) ❖ APIE avec deux patients ❖ Planification et animation d'une activité de groupe ❖ Planification et animation d'une activité individuelle ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (interventions de jeu) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ APIE avec deux patients (voir fiche APIE) ❖ Planification écrite d'une activité individuelle ET de groupe (voir fiche <i>Planification d'une activité</i>) ❖ Fait hebdomadaire : une intervention de jeu en groupe ET une intervention de jeu individuel (voir fiche <i>Retour sur une intervention</i>)

Programme d'internat en services éducatifs

APIE

Nom du patient : _____ Diagnostic : _____ Âge : _____ Date : _____

APPRECIATION (collecte d'informations sur le patient et sa famille avec des techniques formelles et/ou informelles)	
PLANIFICATION (objectifs visés pour ce patient, ex. : lui procurer une certaine continuité, développer des moyens de mieux faire face aux procédures médicales ...)	
INTERVENTIONS (interventions prévues afin d'atteindre les objectifs visés)	
ÉVALUATION (les interventions ont-elles permis d'atteindre les objectifs visés et de répondre aux besoins préalablement identifiés. Si non, qu'est-ce qui pourrait être suggéré?)	

Programme d'internat en services éducatifs.

Planification d'une activité

Nom de l'activité : _____
 Clientèle : _____ Local : _____ Date : _____

1. Problématique	
2. Objectif général	
3. Objectifs spécifiques	
Déroulement :	
a) thème de l'activité	
b) mode d'intervention	
c) matériel requis	
d) organisation (durée, espace...)	
e) méthodologie (déroulement, étapes de réalisation)	

Cette fiche est adaptée d'un outil du Cégep du Vieux Montréal. Source : Fortin, N. 1984. *Penser les stages*. Québec : M.E.Q. p. 125.

Programme d'internat en services éducatifs

Retour sur une intervention

Cette démarche d'analyse réflexive est proposée pour six types d'interventions que vous aurez à réaliser en cours d'internat : animation d'une activité de jeu, session de jeu médical, intervention en lien avec les soins centrés sur la famille, préparation à une procédure et/ou enseignement, support pendant une procédure, supervision d'un ou de quelques bénévoles. Elle permet une saisie et une transformation d'une expérience sous différents angles. Toutes les étapes doivent être réalisées par écrit.

La première étape : j'observe et je réfléchis

Je décris l'intervention retenue (ou une partie de l'intervention) en répondant, de manière très factuelle, aux questions quoi, où, quand et comment. (Ex. : je rapporte l'échange entre moi et le bénévole, je décris l'intervention réalisée et les méthodes employées, j'explique les réactions des gens avec qui l'intervention s'est déroulée, je décris les attitudes que j'avais pendant l'intervention...)

Puis, je réfléchis à ce que cette intervention m'a fait vivre (sentiments, émotions, réussite ou difficultés...). J'essaie de déceler les forces et les points à améliorer dans ma manière d'intervenir. Je me questionne...

La deuxième étape : j'analyse

Je fais des liens avec les pratiques ou les théories en usage dans la profession : en révisant les lectures que j'ai faites qui sont en lien avec l'intervention, en discutant avec mon accompagnateur, en faisant une recherche de documentation...

La troisième étape : je me prépare à expérimenter activement

Je réponds aux questions suivantes :

- Quels sont les points forts que je veux conserver? Pourquoi?
- Quels sont les points à améliorer? Pourquoi les changer?
- Quelles seront les conséquences de mes décisions sur les gens auprès de qui j'interviens et sur moi?
- Comment vais-je m'y prendre concrètement pour mettre mes décisions en pratique?

Démarche inspirée par celle qui est proposée par R. Desjardins (1998) dans « Un modèle d'analyse réflexive appliquée à la pratique d'enseignement de stagiaires » in *Métacognition et compétences réflexives*, p. 349 à 369. Montréal : Les Éditions Logiques

Programme d'internat en services éducatifs

❖ Lectures fortement suggérées

- Gaynard et al. 1990. Lire chap. 4, p. 39 à 46 (Planning Child Life Care)
- Thompson et Stanford. 1981. Lire chap. 4, p. 60 à 85 (The Importance of Play to the Hospitalized Child)
- Thompson et Stanford. 1981. Lire chap. 5, p. 98 à 110 (Playroom Design + Play in Other Hospital Departments)
- Child Life Council. 1997. *Guidelines for the Development of Child Life Programs*. 2^e éd. Rockville (MD) : Child Life Council. Lire chap. 3, p. 11 à 13 (The Child Life Process)
- Damron et al. 1986. *Infants, Toddlers and their Families : Strategies for Assessment and Intervention* (Child Life Education Series). Dallas (TX) : Children's Medical Center of Dallas. Lire chap. 2, p. 8 à 21 (The Child Life Process : APIE)

❖ Références disponibles en français

- Lindquist, Y. 1985. *L'enfant à l'hôpital : La thérapie par le jeu*. Paris : Les Éditions ESF.
- Ferland, F. 1998. «Le jeu et l'enfant». Chap.1 in *Le modèle ludique*, 2^e éd., p. 5 à 21. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Ferland, F. 1998. « Le jeu et l'enfant avec déficience physique ». Chap. 2 in *Le modèle ludique*, 2^e éd., p. 23 à 33. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Programme d'internat en services éducatifs

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
5	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rôles des intervenants d'autres disciplines et limites inhérentes à chaque rôle ❖ Communication auprès des professionnels ❖ Impact de divers modes de communication ❖ Jeu thérapeutique ❖ Théories de la croissance et du développement de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Décrire les services et les ressources des autres disciplines psychosociales et relatives au développement, et en identifier les principales fonctions. ❖ Décrire l'impact, sur les groupes et les individus, de divers modes de communication ❖ Identifier et décrire les composantes développementales et psychosociales de chaque activité. ❖ Décrire les théories et la recherche relatives au développement et justifier les interventions en découlant. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ APIE avec deux patients ❖ Planification et animation d'une activité de groupe ❖ Planification et animation d'une activité individuelle ❖ Pratique de l'écriture aux dossiers pour deux patients selon le format SOAP ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (interview d'un professionnel) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ APIE avec deux patients (voir fiche APIE) ❖ Planification écrite d'une activité individuelle ET de groupe (voir fiche Planification d'une activité) ❖ Pratique de l'écriture aux dossiers (voir fiche SOAP) ❖ Fait hebdo. : interview d'un professionnel d'une autre discipline

Travaux personnels à réaliser

- ❖ Interview d'un personnel d'une autre discipline (au choix : travail social, pastorale, psychologie, psychiatrie, médecine, nursing orthophonie, ergothérapie, physiothérapie...): Vous devez d'abord déterminer qui est le membre du personnel que vous désirez interviewer et vérifier ses disponibilités pour une entrevue d'une demi-heure. Vous devez ensuite prévoir les questions que vous lui poserez en rapport avec le rôle qu'il joue auprès des patients et des familles et sa contribution spécifique au niveau de l'équipe de soins. Notez ensuite par écrit ce qui vous a le plus étonné dans les réponses que le professionnel vous a données. Dans la mesure où cela vous intéresse et où cela est possible, vous pourriez convenir d'un moment pendant lequel vous suivriez ce professionnel dans l'exercice de ses fonctions (shadowing).

Nom du patient : _____ Diagnostic : _____ Âge : _____

N. B. : Écrivez à l'encre bleue ou noire. Il n'est pas permis d'effacer. En cas d'erreur, raturez et apposez vos initiales. Évitez les abréviations mais soyez le plus concis possible. Vous devez signer à la toute fin et ajouter votre titre (interne pour les services éducatifs). Toute note réelle aux dossiers devra être contresignée par votre accompagnateur et ce, jusqu'à la fin de l'internat.

Date : _____ En-tête : Note des services éducatifs

Heure : _____ Phrase d'introduction : _____

Informations SUBJECTIVES (préoccupation, besoin ou difficulté exprimé par le patient, un parent ou un membre du personnel)	
Informations OBJECTIVES (faits observés en rapport avec l'information rapportée plus haut)	
ANALYSE de la situation (à partir des faits observés, l'interne rapporte son analyse de la situation)	
PLANIFICATION des interventions (l'interne note les interventions prévues compte tenu de l'ensemble des éléments)	1. 2. 3.

Phrase de conclusion : _____

Signature et titre : _____

Programme d'internat en services éducatifs

❖ Lectures fortement suggérées

- Gaynard et al. 1990. Lire chap. 3, p. 28 à 31 (Collaboration with Other Health Care Professionals)
- Thompson et Stanford. 1981. Lire chap. 8, p. 176 à 179 et p. 184 à 193 (Communication with Other Professionals + Coping with Resistance to Child Life Programming)
- Parish, L. et P. Johnson. 1987. « Charting in the Medical Records : Guidelines for Child Life Workers ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 1 (Summer), p. 28 à 33.
- Francis, S. 1985. *Patient Charting* (Child Life Education Series). Dallas (TX) : Children's Medical Center of Dallas. Lire chap. 3 et 4, p. 4 à 13 (The Mechanics of Charting + The SOAP Format)
- Argyris. 1991. « Teaching Smart People How to Learn »
- Argyris (sans date) « Model I and Model II Styles of Management »
- Oremland, E. 2000. *Protecting the Emotional Development of the Ill Child*. Madison (CT) : Psychosocial Press. Lire chap. 2, p. 17 à 29 (The Pediatric Playroom : A Multiple Play Partners Environment)
- Ispa J., B. Barrett et Y. Kim. 1988. « Effects of Supervised Play in a Hospital Waiting Room ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 195 à 200.
- Oremland, E. 1988. « Mastering Developmental and Critical Experiences Through Play and Other Expressive Behaviors in Childhood ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 150 à 156.
- Goldberger, J. 1988. « Issue-Specific Play With Infants and Toddlers in Hospitals : Rationale and Intervention ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 134-141.

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
6	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Jeu médical ❖ Théories de la croissance et du développement de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconnaître et expliquer que le jeu thérapeutique peut faciliter la maîtrise de l'enfant en rapport avec son expérience des soins médicaux et lui permettre de mieux y faire face (ex.: jeu médical). ❖ Décrire les théories et la recherche relatives au développement et justifier les interventions en découlant. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ APIE avec deux patients ❖ Écriture aux dossiers de deux patients ❖ Observation d'une session de jeu médical ❖ Planification et animation d'une session de jeu médical ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (session de jeu médical) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ APIE avec deux patients (voir fiche <i>APIE</i>) ❖ Observation d'une session de jeu médical (voir fiche <i>Observation</i>) ❖ Planification écrite d'une session de jeu médical (voir fiche <i>Planification d'une activité</i>) ❖ Fait hebdomadaire : session de jeu médical (voir fiche <i>Retour sur une intervention</i>)

Programme d'internat en services éducatifs

Observation

Date : _____ Lieu : _____ Âge du patient : _____

Activité ou intervention observée : jeu médical, préparation (préciser à quoi), enseignement (préciser en rapport avec quoi), support (préciser pendant quelle procédure)	
Préoccupations en rapport avec le patient : nouvellement diagnostiqué, réactions intenses, refus de coopérer pendant les procédures...	
Inquiétudes et craintes que pourrait avoir le patient compte tenu de son âge, de ses réactions, du type de procédure...	

Programme d'internat en services éducatifs

<p>Déroulement de l'activité ou de l'intervention réalisée par l'éducateur et description du matériel utilisé</p>	
<p>Comment l'activité ou l'intervention a-t-elle permis d'aider l'enfant et la famille?</p>	

Programme d'internat en services éducatifs

❖ Lectures fortement suggérées

- Gaynard et al. 1990. Lire chap. 7 et 8, p. 67 à 92 (Health Care Play + Interactions Addressing Separation Issues)
- McCue, K. 1988. « Medical Play : An Expanded Perspective ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 157-161.
- Bolig, R., K. Yolton et H. Nissen. 1991. « Medical Play and Preparation : Questions and Issues ». *Children's Health Care*, vol. 20, no 4 (Fall), p. 225 à 229.
- Ledbetter, B. 1988. « In My Opinion : Needle Play Must Reflect Current Public Health Issues ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 216 à 217.
- Young, M. et V. Fu. 1988. « Influence of Play and Temperament on the Young Child's Response to Pain ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 209 à 215.

❖ Référence disponible en français

- Pétrillo, M. et S. Sanger. 1976. *Nursing psycho-social en pédiatrie*. Montréal : Les Éditions HRW. Lire chap. 5, p. 97 à 132 (Jeu à l'hôpital)

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
7	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fin de la première rotation (préparation des enfants et des familles au départ de l'internat) ❖ Intégration des éléments de base de la communication orale à la présentation d'un sujet ❖ Théories, recherches actuelles et tendances dans les publications et la recherche relatives aux soins de santé des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Décrire les éléments de base de la communication orale et les intégrer dans la présentation d'un sujet. ❖ Décrire les tendances dans les publications et la recherche relatives aux soins de santé des enfants. ❖ Expliquer les théories et les recherches actuelles en développement de l'enfant et de l'adolescent ainsi que leurs implications pour les jeunes dans les milieux de soins de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Lecture d'un article de périodique au choix présentant les résultats d'une recherche récente relative aux soins de santé des enfants ❖ Présentation orale de l'article précédent ❖ Étude d'un cas à présenter la semaine prochaine ❖ Choix du projet ❖ Évaluation avec le premier accompagnateur et le superviseur (1 h) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Présentation orale d'un article de recherche ❖ Étude d'un cas à présenter la semaine prochaine (voir fiche <i>Présentation d'une étude de cas</i>) ❖ Choix du projet ❖ Auto-évaluation de la première rotation à partir de la première partie des grilles d'évaluation

Travaux personnels à réaliser

- ❖ Présentation orale d'environ 20 minutes devant l'équipe du personnel des Services éducatifs. Le moment reste à déterminer. Il s'agit de présenter un article de périodique de votre choix. Cet article devra cependant présenter les résultats d'une recherche récente relative aux soins de santé des enfants.
- ❖ Le projet peut être réalisé seul ou en équipe. Il doit vous permettre d'atteindre certains objectifs que vous aurez vous-mêmes ciblés. De plus, il doit obligatoirement rehausser la qualité des soins aux familles. Le projet doit cependant demeurer réaliste, réalisable et être approuvé par le superviseur. Le projet fera l'objet d'une présentation à l'équipe des services éducatifs lors de la dernière semaine d'internat.
- ❖ Lecture fortement suggérée
-Noyé, D. et J. Piveteau. 1997. «Comment faire un exposé?», chap. 3 in *Guide pratique du formateur*. Paris: INSEP Éditions, p. 31 à 38.

Programme d'internat en services éducatifs

Présentation d'une étude de cas

Pour trouver les informations demandées, vous pouvez recourir au dossier du patient ainsi qu'à des conversations avec les autres professionnels, le patient et ses parents. Si le patient a moins de 14 ans, vous devez d'abord avoir la permission des parents avant de l'interroger. Vous pouvez leur expliquer que l'étude d'un cas est une partie de vos responsabilités en tant qu'internat. Dans la mesure du possible, vous devez choisir un patient qui a été hospitalisé pour une période d'au moins trois jours. Votre accompagnateur doit approuver le choix du patient.

Prénom du patient :

Âge :

Sexe :

Présentation du cas (5 minutes)	
Raisons qui ont conduit au choix de ce cas	
Histoire médicale diagnostic, évolution de la maladie, traitements, pronostic	
Brève description de la famille, du milieu social et culturel	
Observation et appréciation du développement et des réactions du patient (10 minutes)	
Développement général (moteur, cognitif, affectif, social). Sont à considérer : routines, intérêts de l'enfant, relations avec fratrie et parents, vécu scolaire...	
Observation de l'enfant à l'hôpital alimentation, intérêts, relations avec personnel et autres patients, jeu, comportement, adaptation globale	
Défis particuliers reliés au développement, aux expériences de soins de santé, aux habiletés à « faire face », à la famille	

Interventions (10 minutes)	
Comment les besoins ont-ils été hiérarchisés?	
Quelles interventions ont été proposées? Pourquoi?	
Ressources utilisées	
Collaboration avec les autres professionnels	
Difficultés et succès rencontrés	
Futures interventions et/ou suivi	
Questions et discussion (5 minutes)	
Quelles sont les questions que vous aimeriez discuter avec vos collègues en rapport avec ce cas?	

Démarche adaptée de celle qui est proposée dans le programme d'internat du Children's Healthcare of Atlanta dans les feuilles « Case Study Guide » et « Case Presentation Outline »

Programme d'internat en services éducatifs

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
8	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Éléments des soins centrés sur la famille ❖ Impact de l'environnement 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Décrire les principaux éléments relatifs aux soins centrés sur la famille et justifier les interventions en découlant. ❖ Expliquer l'impact de la décoration et de l'aménagement sur le comportement humain. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Présentation orale d'une étude de cas au personnel des Services éducatifs + écriture au dossier ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (soins centrés sur la famille) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Présentation d'une étude de cas ❖ Retour sur une intervention de soins centrés sur la famille (voir fiche <i>Retour sur une intervention</i>) ❖ Projet

Travaux personnels à réaliser

❖ Présentation orale d'environ 30 minutes devant l'équipe du personnel des Services éducatifs. Le moment reste à déterminer. Il s'agit de présenter un cas selon les critères de la fiche de présentation d'une étude de cas.

❖ Lectures fortement suggérées

-The Key Elements of Family-Centered Care

-Thompson et Stanford. 1981. Lire chap. 7, p. 136 à 162 (Advocacy and Concern for the Environment)

-Johnson et al. 1992. « Facility Design and Space Allocation ». chap. 2 in *Caring for Children and Families : Guidelines for Hospitals*. Bethesda : ACCH, p. 63 à 83 et p. 87 à 92.

-Johnson et al. 1992. « Supporting Families », chap. 5 in *Caring for Children and Families : Guidelines for Hospitals*. Bethesda : ACCH, p. 175 à 192.

❖ Références disponibles en français

-Réhel, P. 1994. « Perspectives d'avenir pour l'hôpital pédiatrique ». chap. 4 in *L'accueil du tout-petit à l'hôpital*. Paris : ESF éditeur, p. 101 à 120.

-Algarra, M. et D. Decelle. 1981. « L'amélioration des conditions d'accueil » et « L'évolution de la notion d'humanisation : de nouveaux rapports parents, enfants/équipe médicale et soignante ». chap. in *La vie de l'enfant à l'hôpital*. Paris : Centre national d'Art et de Culture Georges Pompidou, Centre de Création Industrielle, p. 20 à 32 et p. 48 à 55.

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
9	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Procédures médicales de base, terminologie, étiologie et évolution associées aux maladies spécifiques à sa (nouvelle) clientèle ❖ Styles d'apprentissage et besoins associés aux stades de développement ❖ Ressources documentaires et techniques d'enseignement ❖ Techniques de préparation psychologique et de gestion de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Énoncer les procédures médicales de base, la terminologie, l'étiologie et l'évolution associées aux maladies spécifiques à sa (nouvelle) clientèle. ❖ Décrire les styles d'apprentissage et les besoins associés aux différents stades du développement et à différents états affectifs. ❖ Identifier des ressources documentaires et des techniques d'enseignement appropriées selon les groupes d'âge et les besoins d'apprentissage. ❖ Décrire différentes techniques de préparation psychologique aux expériences de soins de santé, incluant les techniques de gestion de la douleur. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Visionnement : <i>No fears no tears</i> ❖ Présentation d'Ann Hébert sur les techniques non-pharmacologiques de contrôle de la douleur ❖ Observation d'une intervention de préparation et/ou d'enseignement ET d'une intervention de support pendant une procédure ❖ Planification et réalisation d'une intervention de préparation et/ou d'enseignement OU d'une intervention de support pendant une procédure ❖ Écriture de l'intervention au dossier ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (préparation ou support en lien avec une procédure) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Observation de deux types d'intervention (voir fiche <i>Observation</i>) ❖ Planification d'intervention (voir fiche <i>Planification d'une intervention PES</i>) ❖ Fait hebdomadaire : intervention de préparation et/ou d'enseignement OU intervention de support pendant une procédure (voir fiche <i>Retour sur une intervention</i>) ❖ Projet

Programme d'internat en services éducatifs

Planification d'une intervention PES (préparation, enseignement ou support pendant une procédure)

Date : _____ Lieu : _____ Âge du patient : _____

Intervention planifiée : préparation (préciser à quoi), enseignement (préciser en rapport avec quoi), support (préciser pendant quelle procédure)	
Préoccupations en rapport avec le patient : nouvellement diagnostiqué, réactions intenses, refus de coopérer pendant les procédures...	
Inquiétudes et craintes que pourrait avoir le patient compte tenu de son âge, de ses réactions, du type de procédure...	
Objectifs visés par l'intervention	

Programme d'internat en services éducatifs

<p>Quelles informations devraient être transmises à l'enfant compte tenu de son âge développemental et de sa manière habituelle de réagir et de « faire face »?</p> <p>Décrire les étapes de la procédure s'il y a lieu, ainsi que ce que l'enfant pourra voir, sentir dans son corps, entendre, goûter et sentir avec son nez.</p>	
<p>Le patient est-il déjà familier avec certains de ces éléments?</p>	
<p>Quels moyens pourraient être suggérés pour minimiser la détresse de l'enfant dans ces circonstances? (ex. : positionnement, techniques de gestion de la douleur)</p>	

Programme d'internat en services éducatifs

Planification d'une intervention PES (suite)

<p>Quel vocabulaire devrait être employé pour faciliter la compréhension du jeune?</p>	
<p>Matériel requis pour l'intervention de préparation, d'enseignement ou de support</p>	
<p>Lieu et durée de l'intervention</p>	
<p>Méthodologie (déroulement prévu, étapes de réalisation)</p>	
<p>Comment prévoyez-vous évaluer les résultats?</p>	

Programme d'internat en services éducatifs

Points à se rappeler pendant l'intervention :

- ❖ Utiliser un vocabulaire approprié au niveau de développement de l'enfant.
- ❖ Vérifier au départ ce que l'enfant sait ou comprend.
- ❖ Utiliser le jeu lorsqu'approprié.
- ❖ Présenter la procédure ou la notion à enseigner par étapes.
- ❖ Faire référence aux cinq sens.
- ❖ Encourager les questions de la part de l'enfant et de la famille.
- ❖ Encourager l'enfant à faire des choix, s'il y a lieu.
- ❖ Encourager l'enfant à prendre des responsabilités, s'il y a lieu.
- ❖ Demeurer attentif à l'enfant, à ses réactions, à sa capacité d'attention.
- ❖ Vérifier ce que l'enfant comprend pendant et après l'intervention.
- ❖ Vérifier comment l'enfant a prévu de « faire face » à la procédure s'il y a lieu.
- ❖ Demeurer attentif aux craintes et préoccupations exprimées par l'enfant.
- ❖ Inclure la discussion et/ou la pratique de différentes stratégies pour mieux « faire face » si approprié.
- ❖ Tenir compte de la présence des parents tout au long de l'intervention.
- ❖ Si les frères et soeurs sont présents, tenir compte de leur présence si cela est approprié.
- ❖ Évaluer les résultats de l'intervention.

Programme d'internat en services éducatifs

❖ Lectures fortement suggérées

-Thompson. 1981. Lire chap. 6, p. 111 à 135 (Preparing Children for Medical Encounters)

-Gaynard et al. 1990. Lire chap. 9 et 10, p. 93 à 114 (Preparing Children and Families for Health Care Experiences + Facilitating Transitions from Hospital to Home)

-Kuttner, L. 1997. « Mind-Body Methods of Pain Management ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 6, no 4 (October 1997), p. 783 à 795.

-Lansdown, R. 1996. *Children in Hospital : A Guide for Family and Carers*. New York : Oxford University Press. Lire chap. 9, p. 106 à 120 (Pain)

❖ Référence disponible en français

-Pétrillo, M. et S. Sanger. 1976. *Nursing psycho-social en pédiatrie*. Montréal : Les Éditions HRW. Lire chap. 6, p. 133 à 203 (Préparation des enfants et des parents pour les examens et les interventions chirurgicales)

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
10	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Différents styles de supervision et leur impact ❖ Affectation des tâches ❖ Buts et objectifs des programmes de stage et de bénévolat 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Discuter des différents styles de supervision et de leur impact sur les étudiants et les bénévoles. ❖ Identifier les habiletés et les connaissances requises pour l'affectation des tâches. ❖ Expliquer les buts et les objectifs des programmes de stage et de bénévolat et discuter de la façon dont ils s'intègrent dans le programme de soins aux patients. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Planification et réalisation d'une intervention de préparation et/ou d'enseignement ET d'une intervention de support pendant une procédure ❖ Écriture des deux interventions aux dossiers ❖ Supervision d'un ou de quelques bénévoles ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (supervision de bénévoles) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Planification d'interventions (voir fiche de <i>Planification d'une intervention PES</i>) ❖ Fait hebdo. : supervision de bénévole(s) (voir fiche <i>Retour sur une intervention</i>) ❖ Auto-évaluation à partir des grilles d'évaluation (1^{re} et 2^e parties) ❖ Projet

❖ Lectures fortement suggérées

-Thompson et Stanford. 1981. Lire chap. 9, p. 194 à 218 (*Supervision of volunteers, students, and staff*)

-Caruso. J. J. 1982. «Eight Practices of Good Supervisors». *Children's Health Care*, vol. 11, no 1 (Summer), p. 29-32.

-Brûlé, P. 1983. « La structure initiale » chap. 1 in *Mesure du style de supervision : théorie et application*. Chicoutimi : Gaëtan Morin, p. 1 à 10.

❖ Lecture facultative

-Kieley, A. 1992. *Volunteers in Child Health : Management, Selection, Training and Supervision*. Bethesda (MD) : Association for the Care of Children's Health.

Programme d'internat en services éducatifs

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
11	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Surimplication émotive et attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte ❖ Évolution de la compréhension du concept de mort chez les enfants ❖ Processus de deuil chez l'enfant et chez l'adulte 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Décrire l'impact de la surimplication émotive et des attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte, sur la qualité des soins à l'enfant et sur l'efficacité des membres du personnel. ❖ Décrire l'évolution de la compréhension du concept de mort chez les enfants et les caractéristiques du processus de deuil chez l'enfant et chez l'adulte. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Planification et réalisation d'une intervention de préparation et/ou d'enseignement ET d'une intervention de support pendant une procédure ❖ Écriture des deux interventions aux dossiers ❖ Atelier avec Manon Champagne sur des questions reliées au stress chez les soignants ou autres questions reliées au contenu de cette semaine ❖ Visionnement d'un vidéo sur le deuil chez les enfants ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (souffrance, mort et deuil) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Planification d'interventions (voir fiche <i>Planification d'une intervention PES</i>) ❖ Réflexion sur la souffrance, la mort et le deuil (format libre qui sera ajusté selon le déroulement de l'atelier) ❖ Projet

Programme d'internat en services éducatifs

❖ Lectures fortement suggérées

- American Academy of Pediatrics. 2000. « Palliative Care for Children : Policy Statement ». *Pediatrics*, vol. 106, no 2 (August), p. 351 à 357.
- Héту, J.L. 1994. « La surimplication émotive » in *La relation d'aide*, 2^e éd., Boucherville : Gaétan Morin éditeur, p. 130 à 134.
- Lansdown, R. 1996. *Children in Hospital : A Guide for Family and Carers*. New York : Oxford University Press. Lire chap. 19, p. 203 à 219 (Who cares for the carers? Stress in hospital staff)
- Savard, D. 1995. « Y a-t-il des mots pour la dire? ». *Frontières*, vol. 8, no 2 (automne), p. 3-4.
- Séguin, M. et A. Brunet. 1999. « Les pertes et le deuil : réactions typiques et atypiques ». In *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. d'E. Habimana, p. 577 à 593. Montréal : Gaétan Morin éditeur.

ET

Sélection de textes français :

- Raimbault, G. 1988. «La mort et l'enfant» in *Fin de vie, Nouvelles perspectives pour les soins palliatifs*, sous la dir. de Charles-Henri Rapin. Lausanne : Éditions Payot, p.109-116.
- Mongeau, S. et M. Viau-Chagnon. 1989. «À propos de cet espace intrigant». *Frontières*, vol. 2, no 1 (printemps 1989), p. 18-23.

OU

Sélection de textes anglais :

- Sourkes, B. M. 1996. « The Broken Hearth : Anticipatory Grief in the Child Facing Death ». *Journal of Palliative Care*, vol. 12, no 3 (Autumn 1996), p. 56-59.
- Stevens, M. 1995. « Palliative Care for Children Dying of Cancer : Psychosocial Issues ». In *Beyond the Innocence of Childhood, vol. 2 : Helping Children and Adolescents Cope with Life-Threatening Illness and Dying*, sous la dir. de D. Adams et E. Deveau. Amityville (NY) : Baywood Publishing Company, p. 192-207.

Programme d'internat en services éducatifs

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
12	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Administration d'un programme (théories en évaluation de programmes de services éducatifs) ❖ Identification des composantes à évaluer et des données nécessaires à leur évaluation ❖ Outils d'évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifier les données nécessaires pour évaluer les services éducatifs en termes de quantité et de qualité. ❖ Identifier les principales composantes nécessitant une évaluation. ❖ Décrire les ressources de l'établissement et du domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique pouvant assister dans la planification des outils d'évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Planification et réalisation d'une intervention de préparation et/ou d'enseignement ET d'une intervention de support pendant une procédure ❖ Écriture des deux interventions aux dossiers ❖ Étude d'un cas à présenter la semaine prochaine ❖ Retour en petit groupe avec superviseur (sujet au choix) (1h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Planification d'interventions (voir fiche <i>Planification d'une intervention PES</i>) ❖ Étude d'un cas à présenter la semaine prochaine (voir fiche <i>Présentation d'une étude de cas</i>) ❖ Projet

❖ Lecture fortement suggérée

- Thompson et Stanford. 1981. Lire chap. 5 (p. 86 à 98) et chap. 10 (p. 219 à 247) (Implementing a Play Program + « Selling » a Child Life Program)

Programme d'internat en services éducatifs

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à réaliser
13	❖ Habiletés en évaluation et administration de programmes de services éducatifs	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Colliger des données précises et pertinentes dans les limites du temps imparti. ❖ Compléter des rapports concis et méthodiques ou communiquer un résumé des données, des activités, des objectifs et des réalisations du programme des services éducatifs dans les limites du temps imparti. ❖ Recommander des modifications au programme des services éducatifs pour tenir compte des changements dans la clientèle, dans le milieu de soins de santé ou au niveau du personnel. ❖ Identifier les besoins financiers et autres (non financiers) et les moyens de se procurer les ressources nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Présentation orale d'une étude d'un cas au personnel des Services éducatifs + écriture au dossier ❖ Début de la rédaction du bilan-synthèse ❖ Évaluation avec accompagnateur et superviseur (1 h) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Présentation orale d'une étude de cas (30 min.) ❖ Bilan-synthèse (voir fiche <i>Bilan-synthèse</i>, première partie) ❖ Préparation de la présentation du projet ❖ Auto-évaluation à partir des grilles d'évaluation (première et deuxième parties)

❖ Lectures fortement suggérées

-Riemer, K. 2000. « Postscript, Cost-Effectiveness and Child Life ». In *Protecting the Emotional Development of the Ill Child*, sous la dir. de E. Oremland. Madison (CT) : Psychosocial Press. Lire chap. 17

-Thompson, R. H. 1981. « Showing Them What You Can Do : A Practical Guide for Evaluating Child Life Programming ». *Children's Health Care*, vol. 10, no 1 (Summer), p. 29-30.

-Child Life Council. 1997. *Guidelines for the Development of Child Life Programs*. 2^e éd. Rockville (MD) : Child Life Council. Lire chap. 10 et 11, p. 73 à 88 (Financial Consideration + Program Administration)

Programme d'internat en services éducatifs

Bilan-synthèse

Le bilan-synthèse est composé de deux parties. La première consiste en un bilan de type descriptif et administratif et la seconde est une réflexion en rapport avec votre compréhension du rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique et l'identification du style qui vous est propre.

Première partie

Vous allez produire un bilan de type « Rapport annuel » en fournissant les éléments décrits ci-dessous pour un des lieux d'une des deux rotations que vous avez effectuées pendant l'internat (ex. : unité de soins de chirurgie générale, cliniques du 2 B...). Ce rapport doit contenir tous les éléments pertinents mais demeurer concis.

- ❖ Nom, diplôme et lieu de travail
- ❖ Description de la population
- ❖ Caractéristiques de l'environnement (incluant toute modification qui a pu avoir une influence sur les services offerts dans les derniers mois, ex. : rénovations, changement dans le personnel ...)
- ❖ Objectifs du programme des services éducatifs : objectifs propres aux services éducatifs dans leur ensemble et objectifs spécifiques au lieu retenu
- ❖ Services offerts : description du personnel assigné au lieu retenu et de son temps de présence -cela vous inclut-, types de services directs offerts, nombre de patients qui en ont bénéficié, nouveautés que votre présence a pu apporter en terme de services offerts, services indirects ...
- ❖ Forces et limites du programme : incluant des recommandations quant aux modifications à y apporter (s'il y a lieu)
- ❖ Objectifs pour les mois à venir : incluant les besoins émergents des recommandations faites au point précédent et des suggestions quant aux moyens de combler ces besoins
- ❖ Orientation et supervision de bénévoles : nombre de bénévoles, moyens de supervision, difficultés spéciales rencontrées ...
- ❖ Présentations : énumération des présentations que vous avez effectuées (ex. : études de cas)
- ❖ Formation continue : énumération des présentations auxquelles vous avez assistées, offertes soit par les services éducatifs ou dans l'hôpital
- ❖ Participation à des comités : énumération des comités de travail auxquels vous avez participé à l'intérieur des Services éducatifs ou dans l'hôpital (s'il y a lieu)
- ❖ Activités dans la communauté (si vous avez eu à le faire, ex. : visite d'une école, participation à une activité de la Fondation de l'HME)

Programme d'internat en services éducatifs

Deuxième partie

En rapport avec l'aspect réflexion du bilan-synthèse, voici des questions pouvant vous guider. Ces questions peuvent présenter un degré de difficulté important si l'objectif est de donner des réponses définitives. Mais le but n'est pas que vous apportiez des réponses définitives à ces questions. Elles sont plutôt posées pour vous aider à faire le point.

Les réponses doivent être intégrées à l'intérieur d'un texte suivi. Un minimum de quatre pages à un interligne et demi est requis.

-Caractéristiques du rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique :

- ❖ Quelles sont, d'après vous, les caractéristiques du rôle d'un éducateur en milieu pédiatrique? Qu'est-ce qui fait la spécificité du rôle de cet éducateur si on compare son rôle avec celui d'autres intervenants en milieu de soins de santé?
- ❖ Quelles sont, d'après vous, les forces que vous possédez en rapport avec l'exercice de ce rôle?
- ❖ Quelles sont, d'après vous, les dimensions de ce rôle sur lesquelles vous devez travailler?

-Interventions :

- ❖ Quelles sont les caractéristiques de vos interventions auprès des patients?
- ❖ Comment a évolué votre mode d'intervention pendant l'internat?
- ❖ Quelles sont les attitudes de base qui guident vos interventions?
- ❖ À quel(s) grand(s) courant(s) philosophique(s) et/ou psychologique(s) croyez-vous que la majorité de vos interventions appartiennent?
- ❖ En quoi pouvez-vous affirmer que vos interventions tendent à avoir une portée éducative plutôt que thérapeutique?
- ❖ Est-ce satisfaisant pour vous? Et pourquoi?

-Valeurs :

- ❖ Quelles sont, pour vous, les valeurs personnelles et professionnelles qui ne peuvent être l'objet de négociation (donc, celles que vous tenez à conserver à tout prix)?

-Connaissance personnelle :

- ❖ Où en êtes-vous sur le plan personnel? Que vous a appris votre expérience d'internat sur vous-même?

-Vie professionnelle :

- ❖ Comment avez-vous l'intention d'utiliser votre expérience d'internat? Quel(s) type(s) d'emploi(s) vous intéresse(nt)? Pensez-vous vous inscrire à l'examen de certification? Pourquoi?

Cette fiche est adaptée d'un outil du Cégep de la région de l'amiante. Source : Fortin, N. 1984. *Penser les stages*. Québec : M.E.Q., p. 117 à 120.

Programme d'internat en services éducatifs

S	Contenu	Objectifs d'acquisition de connaissances	Activités proposées	Travaux personnels à préparer
14	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fin de la deuxième rotation (préparation des enfants et des familles au départ de l'internat) ❖ Identité professionnelle : définition du rôle de l'éducatrice en m.p. ❖ Différents courants philosophiques et psychologiques pertinents au domaine des services éducatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Définir le rôle de l'éducatrice en milieu pédiatrique. ❖ Articuler le rôle de l'éducateur en milieu pédiatrique par rapport aux rôles des autres professionnels de la santé dans un contexte multidisciplinaire. ❖ Identifier les principaux courants philosophiques et psychologiques qui sont pertinents au domaine des services éducatifs. ❖ Identifier quelques débouchés professionnels possibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rencontre quotidienne avec accompagnateur (30 minutes) ❖ Présentation du projet au personnel des Services éducatifs ❖ Bilan-synthèse : Ce bilan-synthèse peut être remis la semaine prochaine ❖ Dernier retour en petit groupe avec superviseur (bilan) (1 h 30) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectures... ❖ Présentation du projet (15 min.) ❖ Bilan-synthèse (voir fiche <i>Bilan-synthèse</i>, deuxième partie)

❖ Lectures fortement suggérées

-Child Life Council. 1997. *Guidelines for the Development of Child Life Programs*. 2^e éd. Rockville (MD) : Child Life Council. Lire chap. 8, p. 67 à 68 (Beyond the hospital : Alternative Settings)

-Bolg, R. 1990. «Play in Health Care Settings : A Challenge for the 1990's». *Children's Health Care*, vol. 19, no 4 (Fall), p. 229-233.

-Kingson, J. F., R. Thompson, K. Allen, C. Boettcher, T. Collins et J. Goldberger. 1996. «Implementing Play in Hospitals : Values and Viewpoints». *Playing for Keeps : Supporting Children's Play. Topics in Early Childhood Education*, vol. 2, p. 141-157.

- Algarra, M. et D. Decelle. 1981. *La vie de l'enfant à l'hôpital*. Paris : Centre national d'Art et de Culture Georges Pompidou, Centre de Création Industrielle.
- American Academy of Pediatrics. 2000. « Palliative Care for Children : Policy Statement ». *Pediatrics*, vol. 106, no 2 (August), p. 351 à 357.
- American Academy of Pediatrics. 2000. « Child Life Services : Policy Statement ». *Pediatrics*, vol. 106, no 5 (November), p. 1156-1159.
- Argyris (sans date) « Model I and Model II Styles of Management »
- Argyris. 1991. « Teaching Smart People How to Learn »
- Bolig, R., K. Yolton et H. Nissen. 1991. « Medical Play and Preparation : Questions and Issues ». *Children's Health Care*, vol. 20, no 4 (Fall), p. 225 à 229.
- Bolig, R. 1990. « Play in Health Care Settings : A Challenge for the 1990's ». *Children's Health Care*, vol. 19, no 4 (Fall), p. 229-233.
- Brazelton, T.B. 1985. « L'enfant hospitalisé ». In *Écoutez votre enfant : Comprendre les problèmes normaux de la croissance*. Paris : Payot, p. 207 à 221.
- Brazelton, T.B. 1989. « La famille McClay ». In *Familles en crises*, Paris : Stock/Laurence Pernoud, p. 191 à 257.
- Brewster, A. 1982. « Chronically Ill Hospitalized Children's Concepts of Their Illness ». *Pediatrics*, vol. 69, no 3, p. 355-362.
- Brûlé, P. 1983. « La structure initiale » chap. 1 in *Mesure du style de supervision : théorie et application*. Chicoutimi : Gaëtan Morin, p. 1 à 10.
- Caruso, J. J. 1982. « Eight Practices of Good Supervisors ». *Children's Health Care*, vol. 11, no 1 (Summer), p. 29-32.
- Child Life Council. 1994. *Documents officiels du Child Life Council*. 2^e éd. Trad. de l'anglais par M. Champagne. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Child Life Council. 1997. *Guidelines for the Development of Child Life Programs*. 2^e éd. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Damron et al. 1986. *Infants, Toddlers and their Families : Strategies for Assessment and Intervention* (Child Life Education Series). Dallas (TX) : Children's Medical Center of Dallas.
- Dell'Acqua, U., E. Paulhus et J. Serrano. 1989. *Face à l'enfant qui souffre*. Paris : Fleurus

Programme d'internat en services éducatifs

LISTE DES RÉFÉRENCES (suite)

- Duhamel, F. 1993. « Vaincre les comportements régressifs des jeunes enfants hospitalisés ». *L'infirmière du Québec* (septembre/octobre), p. 36 à 41.
- Ferland, F. 1998. *Le modèle ludique*, 2^e éd. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fleitas. 2000. « When Jack Fell Down... Jill Came Tumbling After : Siblings in the Web of Illness and Disability ». *MCN*, vol. 25, no 5 (September/October).
- Francis, S. 1985. *Patient Charting* (Child Life Education Series). Dallas (TX) : Children's Medical Center of Dallas.
- Gaynard, L., J. Wolfer, J. Goldberger, R. Thompson, L. Redburn et L. Laidley. 1990. *Psychosocial Care of Children in Hospital : A Clinical Practice Manual from the ACCH Child Life Research Project*. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Goldberger, J. 1988. « Issue-Specific Play With Infants and Toddlers in Hospitals : Rationale and Intervention ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 134-141.
- Guide de l'étudiant* (produit par les Services éducatifs)
- Héту J.-L. 1994. *La relation d'aide*, 2^e éd. Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Hôpital de Montréal pour Enfants. 1997. *Code d'éthique*. Montréal, 15 p.
- Ispa J., B. Barrett et Y. Kim. 1988. « Effects of Supervised Play in a Hospital Waiting Room ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 195 à 200.
- Johnson et al. 1992. *Caring for Children and Families : Guidelines for Hospitals*. Bethesda : ACCH.
- Kiely, A. 1992. *Volunteers in Child Health : Management, Selection, Training and Supervision*. Bethesda (MD) : Association for the Care of Children's Health.
- Kingson, J. F., R. Thompson, K. Allen, C. Boettcher, T. Collins et J. Goldberger. 1996. « Implementing Play in Hospitals : Values and Viewpoints ». *Playing for Keeps : Supporting Children's Play. Topics in Early Childhood Education*, vol. 2, p. 141-157.
- Klein, D. et al. 2000. *Making Ethical Decisions in Child Life Practice*. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Kuttner, L. 1997. « Mind-Body Methods of Pain Management ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 6, no 4 (October 1997), p. 783 à 795.
- Lansdown, R. 1996. *Children in Hospital : A Guide for Family and Carers*. New York : Oxford University Press.

Programme d'internat en services éducatifs

- Ledbetter, B. 1988. « In My Opinion : Needle Play Must Reflect Current Public Health Issues ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 216 à 217.
- Lindquist, Y. 1985. *L'enfant à l'hôpital : La thérapie par le jeu*. Paris : Les Éditions ESF.
- Lynch, E.W. 1992. « Developing Cross-Cultural Competence ». Chap. 3 in *Developing Cross-Cultural Competence : A Guide for Working with Children*, sous la dir. de E.W. Lynch et M.J. Hanson, p. 35 à 62. Baltimore (MD) : Paul H. Brookes Publishing.
- McCue, K. 1988. « Medical Play : An Expanded Perspective ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 157-161.
- Mongeau, S. et M. Viau-Chagnon. 1989. « À propos de cet espace intrigant ». *Frontières*, vol. 2, no 1 (printemps 1989), p. 18-23.
- Noyé, D. et J. Piveteau. 1997. « Comment faire un exposé? », chap. 3 in *Guide pratique du formateur*. Paris: INSEP Éditions, p. 31 à 38.
- Oremland, E. 2000. *Protecting the Emotional Development of the Ill Child*. Madison (CT) : Psychosocial Press.
- Parent, S. et J.-F. Saucier. 1999. « La théorie de l'attachement ». In *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. d'E. Habimana, p. 33 à 46. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Parish, L. et P. Johnson. 1987. « Charting in the Medical Records : Guidelines for Child Life Workers ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 1 (Summer), p. 28 à 33.
- Pétrillo, M. et S. Sanger. 1976. *Nursing psycho-social en pédiatrie*. Montréal : Les Éditions HRW.
- Raimbault, G. 1988. « La mort et l'enfant » in *Fin de vie. Nouvelles perspectives pour les soins palliatifs*, sous la dir. de Charles-Henri Rapin. Lausanne : Éditions Payot, p.109-116.
- Réhel, P. 1994. « Perspectives d'avenir pour l'hôpital pédiatrique ». chap. 4 in *L'accueil du tout-petit à l'hôpital*. Paris : ESF éditeur, p. 101 à 120.
- Rubin, S. 1992. « What's in a Name? Child Life and the Play Lady Legacy ». *Children's Health Care*, vol. 21, no 1 (Winter), p. 4-13.
- Rutter, M. 1983. « Stress, Coping and Development : Some Issues and Some Questions ». In *Stress, Coping, and Development in Children*, sous la dir. de N. Garnezy et M. Rutter, p. 1 à 41. McGraw-Hill.
- Savard, D. 1995. « Y a-t-il des mots pour la dire? ». *Frontières*, vol. 8, no 2 (automne), p. 3-4.

Programme d'internat en services éducatifs

LISTE DES RÉFÉRENCES (suite)

- Séguin, M. et A. Brunet. 1999. « Les pertes et le deuil : réactions typiques et atypiques ». In *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. d'E. Habimana, p. 577 à 593. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Sourkes, B. M. 1996. « The Broken Hearth : Anticipatory Grief in the Child Facing Death ». *Journal of Palliative Care*, vol. 12, no 3 (Autumn 1996), p. 56-59.
- Stevens, M. 1995. « Palliative Care for Children Dying of Cancer : Psychosocial Issues ». In *Beyond the Innocence of Childhood, vol. 2 : Helping Children and Adolescents Cope with Life-Threatening Illness and Dying*, sous la dir. de D. Adams et E. Deveau. Amityville (NY) : Baywood Publishing Company, p. 192-207.
- Thompson, R. H. 1981. « Showing Them What You Can Do : A Practical Guide for Evaluating Child Life Programming ». *Children's Health Care*, vol. 10, no 1 (Summer), p. 29-30.
- Thompson, R. H. et G. Stanford. 1981. *Child Life in Hospitals : Theory and practice*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- Yoos, L. 1987. « Chronic Childhood Illnesses : Developmental Issues ». *Pediatric Nursing*, vol. 13, no 1, p. 25 à 28.
- Yoos, L. 1988. « Cognitive Development and the Chronically Ill Child ». *Pediatric Nursing*, vol. 14, no 5, p. 375 à 378.
- Young, M. et V. Fu. 1988. « Influence of Play and Temperament on the Young Child's Response to Pain ». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 209 à 215.

Programme d'internat en services éducatifs

GRILLES D'ÉVALUATION DE LA FORMATION CLINIQUE EN SERVICES ÉDUCATIFS EN MILIEU PÉDIATRIQUE (première partie)

N.B. : Le format et les modalités d'utilisation de ces grilles d'évaluation sont adaptés d'un outil de Delisle et Cantin (1994), in *Évaluation en stage : Un modèle de grilles*. Cégep de Saint-Jérôme : Service de Recherche et Développement pédagogiques.

Nom de l'interne : _____

Nom de l'accompagnateur : _____

Nom du superviseur : _____

Nom de l'utilisateur de ces grilles : _____

Date : _____

Conseils à l'utilisateur :

Les énoncés de ces grilles sont issus d'une mise à jour des compétences établies par le Child Life Council (in *Documents officiels du Child Life Council*, 1994). Pour chacune des compétences, vous retrouverez des attitudes et habiletés à développer tout au long de l'internat. Il est à noter que les compétences en lien avec l'acquisition de connaissances ne figurent pas dans ce document mais se retrouvent plutôt dans l'échéancier du programme d'internat.

Familiarisez-vous dès le début de l'internat avec les énoncés des grilles de façon à pouvoir prendre note, au fur et à mesure, des habiletés et attitudes démontrées. La première partie de ces grilles sera utilisée par l'interne, le premier accompagnateur et le superviseur à la 7^e semaine de l'internat. Quant à la deuxième partie des grilles, elle sera utilisée EN COMPLÉMENT à la première partie, par l'interne, aux 10^e et 13^e semaines de l'internat et par le deuxième accompagnateur et le superviseur à la 13^e semaine de l'internat.

Le niveau de performance de l'interne peut être évalué en appréciant la fréquence à laquelle il ou elle adopte les comportements rattachés aux habiletés et aux attitudes. Par ailleurs, il faut que ces comportements soient exécutés de façon adéquate et au moment opportun.

Pour vous aider à remplir les grilles, voici une légende explicative de l'échelle d'appréciation :

R = Rarement : Habileté ou attitude démontrée peu souvent lorsque la situation le permet.

P = Parfois : Habileté ou attitude démontrée à l'occasion lorsque la situation le permet.

S = Souvent : Habileté ou attitude démontrée la plupart du temps lorsque la situation le permet.

T = Toujours : Habileté ou attitude démontrée à chaque fois que la situation le permet.

N.O. : Habileté ou attitude non observée parce que les situations n'ont pas permis l'observation

OU habileté ou attitude non observable, parce que les circonstances de l'internat ne se prêtent pas à la démonstration de cette habileté ou attitude.

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE : Analyser les besoins des enfants et des familles et intervenir auprès d'eux selon les théories appropriées.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
7. Explorer ses propres attitudes face aux soins centrés sur la famille.						
8. Être conscient des valeurs rattachées à sa propre culture, de ses préjugés et croyances face aux personnes de cultures différentes et de l'impact de ses valeurs, préjugés et croyances sur la façon de voir les autres et d'interagir avec eux.						
9. Utiliser le jeu (approprié au niveau de développement) comme premier outil :						
a) pour évaluer les besoins psychosociaux de l'enfant en milieu pédiatrique ;						
b) pour répondre à ces besoins.						
10. Faire correspondre les interactions et les activités :						
a) au niveau de développement de l'enfant ;						
b) à son état affectif.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE : Analyser les besoins des enfants et des familles et intervenir auprès d'eux selon les théories appropriées (suite).

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
11. Utiliser des techniques d'évaluation formelles et informelles pour déterminer avec précision :						
a) l'état du développement de l'enfant ;						
b) son état affectif.						
12. Intégrer à sa pratique des éléments relatifs aux soins centrés sur la famille.						
13. Utiliser des ressources pour satisfaire les besoins d'ordre culturel et pour surmonter les différences du même ordre.						
14. Démontrer respect et ouverture face aux personnes de différentes cultures.						
15. Formuler et mettre en application des objectifs basés sur l'évaluation des besoins des patients et des familles ainsi que sur les normes de la pratique clinique.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE : Organiser un environnement thérapeutique et sécuritaire pour les individus et les groupes.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
19. a) Assister les autres, d'une manière informative et constructive, quant au respect de l'intimité des enfants et des familles, de la confidentialité des informations et des autres éléments du code d'éthique de l'établissement.						
b) Adopter soi-même cette attitude.						
20. a) Faciliter la dynamique dans un groupe						
b) tout en demeurant attentif aux besoins de chaque individu.						
21. Offrir un choix d'activités varié correspondant à la condition et aux besoins des patients.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE : Organiser un environnement thérapeutique et sécuritaire pour les individus et les groupes (suite).

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
22. a) Mettre en place et organiser des aires d'activités						
b) et conseiller quant à l'aménagement des aires de soins aux patients afin d'en promouvoir l'utilisation et la personnalisation ainsi que d'y assurer l'orientation, le confort et la sécurité.						
23. Se conformer aux procédures et aux politiques :						
a) de sécurité ;						
b) de contrôle des infections.						
24. Suivre les ordonnances et les procédures médicales.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE : Fonctionner en tant que membre de l'équipe de soins de santé et y intégrer le programme des services éducatifs.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
49. Être à l'aise dans ses relations avec les adultes, et non seulement avec les enfants.						
50. Communiquer de façon concise avec les membres de l'équipe soignante en intégrant les théories et pratiques reliées au domaine des services éducatifs, lors de discussions de cas et de rencontres formelles ou informelles, pour obtenir et/ou partager les données relatives aux besoins et à la condition des patients et de leurs familles.						
51. Coordonner le programme éducatif et les besoins psychosociaux du patient avec les horaires de traitements et de soins dispensés par d'autres professionnels.						
52. Intégrer les objectifs multidisciplinaires du traitement de l'enfant à son programme éducatif.						
53. Noter de façon concise, objective et précise, dans le dossier médical de l'enfant, les renseignements relatifs à son développement et à son comportement susceptibles d'avoir un impact sur les soins.						
54. Recommander de consulter ou référer à un autre spécialiste quand les besoins du patient et de sa famille dépassent la portée des services éducatifs en milieu pédiatrique.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE : Développer son identité professionnelle par la connaissance approfondie de son rôle et par la pratique régulière de l'introspection professionnelle.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
85. Démontrer une attitude de souplesse.						
86. Développer une confiance professionnelle.						
87. Faire preuve d'autonomie dans la réalisation de ses tâches.						
88. Prendre conscience de ses affinités, ses forces et ses faiblesses.						
89. Reconnaître ses limites et les accepter.						
90. Être attentif aux différents styles de pratique et examiner le sien.						
91. Manifester de l'intérêt pour le développement de son identité professionnelle.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

(deuxième partie)

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE : Aider les patients et les familles à faire face au stress des expériences en milieu de soins de santé, de la maladie, de la mort et/ou de la perte.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
31. Explorer ses attitudes personnelles face à la maladie, aux handicaps, à la mort et à la perte.						
32. Adopter une juste distance affective face aux patients et aux familles.						
33. Utiliser des moyens appropriés de faire face à souffrance dont il est témoin.						
34. Déterminer et «prioriser» les besoins, ainsi que l'étendue et l'importance des services éducatifs proposés pour chaque patient.						
35. a) Démontrer, expliquer et/ou fournir des techniques pour aider à affronter les facteurs de stress;						
b) adapter ces techniques au stade de développement de l'enfant, à son état affectif et à la nature des facteurs de stress.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE : Aider les patients et les familles à faire face au stress des expériences en milieu de soins de santé, de la maladie, de la mort et/ou de la perte (suite).

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
36. Choisir un vocabulaire approprié dans la communication avec les enfants et les familles.						
37. Au besoin, accompagner les enfants et les parents lors de procédures afin d'encourager l'utilisation de techniques de gestion du stress et de la douleur.						
38. a) Faire preuve d'empathie ;						
b) et utiliser efficacement d'autres composantes de la relation d'aide. (ex. : reflet, reformulation, focalisation)						
39. Être attentif aux différentes formes de communication non-verbale.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable

SOINS À L'ENFANT ET À LA FAMILLE : Participer à l'enseignement aux enfants et aux familles.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
44. a) Utiliser des moyens d'enseignement et des techniques appropriées au développement de l'enfant et à sa condition médicale de façon à augmenter ses connaissances						
b) tout en tenant compte de ses besoins affectifs.						
45. Déterminer, avec l'équipe soignante, des buts et des objectifs réalistes pour l'enseignement aux enfants; déterminer qui sera en charge de l'atteinte de ces buts.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

SUPERVISION ET FORMATION DE BÉNÉVOLES, ÉTUDIANTS ET PROFESSIONNELS : Faire connaître le domaine des services éducatifs en milieu pédiatrique et les problématiques psychosociales reliées aux soins de santé pédiatriques.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
60. Recommander des programmes et des ressources pour la formation du personnel soignant et des stagiaires offrant des soins aux patients.						
61. a) Plaider en faveur des besoins des enfants, adolescents et familles						
b) en maintenant le dialogue et la communication avec les autres intervenants, en respectant leurs points de vue						
c) et en intégrant les théories, la recherche, les pratiques et les considérations d'ordre éthique.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

SUPERVISION ET FORMATION DE BÉNÉVOLES, ÉTUDIANTS ET PROFESSIONNELS : Superviser les étudiants et les bénévoles des services éducatifs en milieu pédiatrique.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
65. Fournir une orientation et un suivi permettant l'acquisition des éléments de base en terme de sécurité, des buts du programme des services éducatifs, de l'aménagement de l'environnement, des attentes, des politiques et des procédures.						
66. Communiquer et structurer clairement les tâches et les affectations en associant les habiletés à la complexité des tâches.						
67. Offrir des ressources et du feed-back d'une manière constructive.						
68. a) Respecter les structures établies						
b) tout en recommandant des changements au besoin.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

ADMINISTRATION : Implanter le programme des services éducatifs en tenant compte des contraintes et des attentes de l'établissement.

L'interne est capable de...	R	P	S	T	N.O.	COMMENTAIRES
Évaluer les services éducatifs en milieu pédiatrique. (sera démontrée dans la synthèse remise en fin d'internat)						
75. a) Établir l'ordre de priorité						
b) et organiser le travail de façon à obtenir des résultats satisfaisants avec une charge de travail flexible.						
76. Obtenir, utiliser et entretenir l'équipement et les fournitures d'une façon économique.						
77. a) Suivre les politiques et les procédures de l'établissement						
b) et fournir des rétroactions quant à leur impact sur les soins de santé aux patients.						

R : Rarement démontrée; P : Parfois démontrée; S : Souvent démontrée; T : Démontrée à chaque fois que la situation le permet; N.O. : Non-observée ou non-observable.

APPENDICE I

GRILLE POUR LE PREMIER ENTRETIEN INDIVIDUEL AUPRÈS DES INTERNES

1. Quelles étaient, au départ, tes motivations à participer au programme d'internat?
2. En rapport avec les motivations que tu avais, es-tu satisfaite de ce que l'internat t'a apporté? D'une manière plus globale, es-tu satisfaite du programme d'internat?
3. Quels sont les apprentissages significatifs que tu as faits pendant l'internat? Y a-t-il des apprentissages que tu aurais voulu faire et que tu n'as pas pu réaliser?
4. Parmi les caractéristiques du programme d'internat, quelles sont celles qui, selon toi, ont été favorables à ta formation?
5. Parmi les caractéristiques du programme d'internat, quelles sont celles qui, selon toi, ont été défavorables à ta formation?
6. Y a-t-il d'autres commentaires que tu aimerais ajouter en rapport avec ton expérience ou en rapport avec le programme d'internat comme tel?

APPENDICE J

GRILLE POUR LE DEUXIÈME ENTRETIEN INDIVIDUEL AUPRÈS DES INTERNES

1. Depuis la fin de l'internat, quelles ont été tes expériences professionnelles dans le domaine des services éducatifs?
2. Dans la première entrevue, tu as parlé de tes motivations à faire l'internat (énumération...). Aujourd'hui, je te pose les questions suivantes : «Quelles étaient tes motivations à devenir éducatrice en milieu pédiatrique et où en es-tu maintenant par rapport à ces motivations?»
3. Est-ce que, en rapport avec ta pratique professionnelle, la base reçue pendant l'internat t'apparaît toujours aussi solide et pourquoi?
4. Voici les apprentissages les plus significatifs que tu m'as dit avoir effectués pendant l'internat lors de la première entrevue (énumération...). Es-tu toujours d'accord? Y a-t-il d'autres apprentissages que ceux-là qui t'apparaissent maintenant très significatifs, au regard des expériences professionnelles vécues ces derniers mois? Par ailleurs, y a-t-il des apprentissages que tu as faits pendant l'internat qui t'apparaissent maintenant moins significatifs au regard des expériences professionnelles vécues ces derniers mois?
5. Pendant la première entrevue, tu m'as dit qu'il y a certains des apprentissages que tu as voulu faire pendant l'internat que tu n'as pas pu effectuer (énumération...). Es-tu toujours d'accord?
6. Lors de la première entrevue, voici les caractéristiques du programme d'internat que tu as nommées comme ayant été les plus profitables pour toi (énumération...). Es-tu toujours d'accord? Au regard des expériences professionnelles que tu as vécues pendant les derniers mois, y a-t-il d'autres caractéristiques favorables que tu ajouterais?
7. Lors de la première entrevue, voici les caractéristiques du programme d'internat que tu as nommées comme ayant été les moins profitables pour toi (énumération...). Es-tu toujours d'accord? Au regard des expériences professionnelles que tu as vécues pendant les derniers mois, y a-t-il d'autres caractéristiques défavorables que tu ajouterais?
8. Avec le recul que tu possèdes maintenant, comment te sens-tu par rapport à l'expérience de formation que tu as vécue pendant l'internat?
9. Y a-t-il d'autres commentaires que tu aimerais ajouter relativement à ton expérience d'internat mise en lien avec tes débuts professionnels?

APPENDICE K

GRILLE D'ENTRETIEN DE GROUPE

1. D'une manière globale, êtes-vous satisfaits de cette expérience d'internat?
2. Parmi les caractéristiques du programme d'internat, quelles sont celles qui, selon vous, ont été favorables à la formation des internes?
3. Parmi les caractéristiques du programme d'internat, quelles sont celles qui, selon vous, ont été défavorables à la formation des internes?
4. Quelles modifications apporteriez-vous au programme d'internat?
5. Quels ont été les effets positifs ou les acquis liés à cette expérience pour l'équipe des Services éducatifs?
6. Quels ont été les effets négatifs ou les pertes liés à cette expérience pour l'équipe des Services éducatifs?
7. Y a-t-il d'autres commentaires que vous aimeriez ajouter en rapport avec l'expérience ou en rapport avec le programme d'internat comme tel?

RÉFÉRENCES

- Algarra, M. et D. Decelle. 1981. *La vie de l'enfant à l'hôpital*. Paris : Centre de création Industrielle.
- American Academy of Pediatrics. 2000. «Child Life Services : Policy Statement». *Pediatrics*, vol. 106, no 5 (November), p. 1156-1159.
- Anadón, M. 1999. «L'enseignement en voie de professionnalisation». In *L'enseignant, un professionnel*, sous la dir. de C. Gohier, N. Bednarz, L. Gaudreau, R. Pallascio et G. Parent, p. 1 à 20. Sainte-Foy (Qué.) : Presses de l'Université du Québec.
- Ash, M. et J. Goldberger. 1999. «Applying Child Development Theory to Child Life Practice : Helping Staff to Help Interns to Succeed». Communication présentée lors de la 17^e conférence annuelle du *Child Life Council* (Long Beach, 28-30 mai 1999).
- Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants (APACHE). 1992. *Enfant à l'hôpital? Suivez le guide : l'accueil dans les services d'enfants*. Paris : Gallimard.
- Barnes, P. A. 2000. «Recognising the Value of Play in Hospital Through Qualifications and Registration». Communication présentée lors de la 18^e conférence annuelle du *Child Life Council* (Boston, 26-28 mai 2000).
- Bernard, H. et F. Fontaine. 1989. «L'utilisation des objectifs pour évaluer l'apprentissage lors d'un stage». In *Dossier sur l'évaluation*, 2^e éd, sous la dir. de F. Fontaine, p. 35 à 49. Montréal : Service pédagogique, Université de Montréal.
- Bolig, R. 1982. «Child Life Workers : Facilitating Their Growth and Development». *Children's Health Care*, vol. 10, no 3 (Winter), p. 94-99.
- Bolig, R. 1990. «Play in Health Care Settings : A Challenge for the 1990's». *Children's Health Care*, vol. 19, no 4 (Fall), p. 229-233.
- Boutin, G. 1997. *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Boutin, G. et L. Camaraille. 2001. *Accueillir et encadrer un stagiaire... Guide pratique à l'usage de l'enseignant-formateur*. Montréal : Éditions Nouvelles.

- Brouse, D. 2000. «The Council as a Worldwide Organization». *Bulletin* (published by the *Child Life Council*), vol. 18, no 2 (Summer), p. 5.
- Brown, L.P. 1982. «Supervising Child Life Students : Practices of Hospital Supervisors». *Children's Health Care*, vol. 10, no 3 (Winter), p. 100-102.
- Bruce, B. 1992. «Nurses' perceptions and practices of family-centred care». Mémoire de maîtrise, Halifax, Nouvelle-Écosse, Dalhousie University.
- Bruce, B. 1993. *Family-Centred Care Questionnaire-Revised*. Document non publié.
- Brûlé, P. 1983. «La structure initiale». Chap. in *Mesure du style de supervision : théorie et application*, p. 1-10. Chicoutimi : Gaëtan Morin.
- Busque, L. et Y. Herry. 1998. «Une étude critique d'un modèle de formation conjointe et ses limites.» In *Enseignants de métier et formation initiale : des changements dans les rapports de formation à l'enseignement*, sous la dir. de D. Raymond et Y. Lenoir, p. 175-193. Bruxelles : De Boeck Université.
- Cantore, L. et S.S. Daigneau. 1997. «Clinical Student Programs : How to Survive the Balancing Act». Communication présentée lors de la 15^e conférence annuelle du *Child Life Council* (Washington, DC, mai 1997).
- Caruso, J. J. 1982. «Eight Practices of Good Supervisors». *Children's Health Care*, vol. 11, no 1 (Summer), p. 29-32.
- Chan, J.M. 1983. «Educating Interns in a Child Life Program : The Agency Supervisor's Perspective». *Journal of Experiential Education*, vol. 6, no 2 (Fall), p. 20-26.
- Child Life Certifying Committee. January 1999. *Study Guide for the Child Life Professional Certification Examination*. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Child Life Council. 1994. *Documents officiels du Child Life Council*. 2^e éd. Trad. de l'anglais par M. Champagne. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Child Life Council. 1995. *Program Review Guidelines*. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Child Life Council. 1997. *Guidelines for the Development of Child Life Programs*. 2^e éd. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Child Life Council. 2000. Consulté le 15 janvier 2000. *Candidate Manual for the Child Life Professional Certification Examination*. Rockville (MD) : Child Life Council. Fichier informatique accessible par Internet.
<http://www.CHILDLIFE.ORG/certification/candman.htm>
- Child Life Council. 2001a. *Directory of Child Life Programs, 12th edition*. Rockville (MD) : Child Life Council.

- Child Life Council. 2001b. *Normes pour les programmes d'études et de stages dans les services éducatifs en milieu pédiatrique*. Trad. de l'anglais par M. Champagne. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Child Life Council. 2002. «Examination Data for 2001». *Bulletin* (published by the Child Life Council), vol. 19, no 4 (Winter), p. 5.
- Clarke, A. 1998. «Born of Incidents but Thematic in Nature : Knowledge Construction In Practicum Settings». *Canadian Journal of Education*, vol. 23, no 1 (Winter), p. 47-62.
- Collett, L.J. et D. Lester. 1969. «The Fear of Death and the Fear of Dying». *The Journal of Psychology*, vol. 72, p. 179-181.
- Collett, L.J. et D. Lester. 1975. *The Collett-Lester Fear of Death Scale*. Princeton, N.J. : Educational Testing Service.
- D'Alessandro, D.M. 1997 . «Documenting the Educational Content of Morning Report». *Arch Pediatr Adoles Med*, vol. 151, no 11 (November), p. 1151-1156.
- Delisle, S. et G. Cantin. 1994. *Évaluation en stage : Un modèle de grilles*. Cégep de Saint-Jérôme : Service de recherche et développement pédagogiques.
- Desjardins, R. 1998. «Un modèle d'analyse réflexive appliqué à la pratique d'enseignement de stagiaires». In *Métacognition et compétences réflexives*, sous la dir. L. Lafortune, P. Mongeau et R. Pallascio, p. 349-369. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Deslauriers, J.P. 1991. *Recherche qualitative, guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Devries, J.M., J. Berkelhamer, R. Molteni, K. Edwards et E. Kachur. 1998. «Developing Models for Pediatric Residency Training in Managed Care Settings». *Pediatrics*, vol. 101, no 4 (April), p. 753-761.
- Dumas, L. 1995. «Élaboration et validation d'un instrument d'évaluation formative de la démarche du savoir-apprendre expérientiel de l'infirmière-étudiante en stage clinique». Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- Duquette, C. et S.A. Cook. 1999. «Professional Development Schools : Preservice Candidates' Learning and Sources of Knowledge». *The Alberta Journal of Educational Research*, vol. XLV, no 2 (Summer), p. 198-207.
- Ferland, F. et R. Hachey. 1989. «L'évaluation de la formation clinique en ergothérapie». In *Dossier sur l'évaluation*, 2^e éd., sous la dir. de F. Fontaine, p. 129-138. Montréal : Service pédagogique, Université de Montréal.
- Fingerhut, D.L. et R. Bright. 1999. «Navigating a Course for Progress with Child Life Student Interns». Communication présentée lors de la 17^e conférence annuelle du Child Life Council (Long Beach, 28-30 mai 1999).

- Fortin, N. 1984. *Penser les stages*. Québec : Ministère de l'éducation, Direction générale de l'enseignement collégial, Montréal : Cégep du Vieux-Montréal.
- Fortin, N. et J. Laurin. 1993. *L'école en héritage. Instrumentation pour les enseignantes-formatrices*. Montréal : Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal.
- Gaudreau, L. 1995. *La médiation au service des familles recomposées. Rapport d'évaluation*. Protocole UQAM/Relais-femmes, UQAM, Service aux collectivités no. 51, Montréal : Centre de recherches en éducation L.G. Inc.
- Gaudreau, L., M. Dupont et S. P. Séguin. 1994. *La formation québécoise d'intervenants en prévention du sida auprès des jeunes : Rapport de recherche*. Montréal : Centre de recherches en éducation L.G. Inc.
- Gaudreau, L. et N. Lacelle. 1999. *Manuel d'évaluation participative et négociée*. Montréal : Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB), Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (CTROC), Centre de formation populaire (CFP) et Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal.
- Gaynard, L., E. Hausslein et J. P. DeMarsh. 1989. «Child Life Specialists : Report of an Observational Study». *Children's Health Care*, vol. 18, no 2 (Winter), p. 75-81.
- Gaynard, L., J. Wolfer, J. Goldberger, R. Thompson, L. Redburn et L. Laidley. 1990. *Psychosocial Care of Children in Hospital : A Clinical Practice Manual from the ACCH Child Life Research Project*. Rockville (MD) : Child Life Council.
- Gohier, C., M. Anadón, Y. Bouchard, B. Charbonneau et J. Chevrier. 1999. «Vers une vision renouvelée de la professionnalisation de l'enseignement et de la construction de l'identité professionnelle de l'enseignant». In *L'enseignant, un professionnel*, sous la dir. de C. Gohier, N. Bednarz, L. Gaudreau, R. Pallascio et G. Parent, p. 21-56. Sainte-Foy (Qué.) : Presses de l'Université du Québec.
- Gouvernement du Québec. 1994. *La formation à l'enseignement. Les stages*. Québec : Ministère de l'éducation.
- Hall, D. et J. Cleary. 1988. «The Development of Play for Children in Hospitals : British and European Perspectives». *Children's Health Care*, vol. 16, no 3 (Winter), p. 223-230.
- Harvey, S. 1984. «Training the Hospital Play Specialist». *Early Child Development and Care*, vol. 17, no 4, p. 277-290.
- Hébert, É. 1996. *Le stage, instrument d'apprentissage*. 2^e éd. Trois-Rivières : Cégep de Trois-Rivières.
- Hochstadt, N. J. et B. Bowditch. 1987. «The Child Life Assessment Scale : Balancing Individual Performance With Economic and Administrative Imperatives». *Children's Health Care*, vol. 15, no 4 (Spring), p. 227-232.

- Jesscc, P. O. 1990. «In My Opinion. Necessary But Not Sufficient Components-Training Issues in Child Life». *Children's Health Care*, vol. 19, no 4 (Fall), p. 251-253.
- Jessee, P. O. 1999. «Impact of Certification Exam». *Bulletin* (published by the Child Life Council), vol. 17, no 2 (Fall), p. 4 et 7.
- Jibaja-Rusth, M. L., P. M. Kingery, J. D. Holcomb, W.P. Buckner, Jr. et B.E. Pruitt. 1994. «Development of a Multicultural Sensitivity Scale». *Journal of Health Education*, vol. 25, no 6 (November/December), p. 350-357.
- Joyce, B. et M. Weil. 1996. *Models of Teaching*. 5^e éd. Needham Heights (MASS) : Allyn and Bacon.
- Karsenti, T. et S. Demers. 2000. «L'étude de cas». Chap. 10 in *Introduction à la recherche en éducation* sous la dir. de T. Karsenti et L. Savoie-Zajc, p. 225-247. Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Karsenti, T. et L. Savoie-Zajc. 2000. *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Kingson, J. F. 1984. «Training Child Life Students : Guidelines for Hospital Supervisors». *Children's Health Care*, vol. 12, no 3 (Winter), p. 137-142.
- Kingson, J. F., R. Thompson, K. Allen, C. Boettcher, T. Collins et J. Goldberger . 1996. «Implementing Play in Hospitals : Values and Viewpoints». *Playing for Keeps : Supporting Children's Play. Topics in Early Childhood Education*, vol. 2, p. 141-157.
- Klein, D., A. Applebaum et S. Breiner. 1983. «Child Life Internships : Safeguarding against Supervisory Problems». *Children's Health Care*, vol. 11, no 3 (Winter), p. 113-117.
- Kolb, D. A. 1984. *Experiential Learning. Experience as The Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs (NJ) : Prentice-Hall.
- Kolb, D.A. R. E. Boyatzis et C. Mainemelis. 2001. «Experiential Learning Theory : Previous Research and New Directions». Chap. 9 in *Perspectives on Thinking, Learning, and Cognitive Styles*, sous la dir. de J. R. Sternberg et L. Zhang. p. 227-247. Mahwah (NJ) : Lawrence Erlbaum Associates.
- Lansdown, R. 1996. *Children in Hospital : A Guide for Family and Carers*. New York : Oxford University Press.
- Legendre, R. 1993. *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 2^e éd. Montréal: Guérin; Paris: Eska.
- Lester, D. 1990. «The Collett-Lester Fear of Death Scale : The Original Version and a Revision». *Death Studies*, vol. 14, no 5 (September-October), p. 451-468.

- Letourneau, N. L. et M. R. Elliott. 1996. «Pediatric Health Care Professionals' Perceptions and Practices of Family-Centered Care». *Children's Health Care*, vol. 25, no 3, p. 157-174.
- McCue, K. 1995. «Vision for the Future». *Bulletin* (published by the Child Life Council), vol. 13, no 1 (Summer), p. 1-3.
- Merriam, S. 1988. *Case Study Research in Education : A Qualitative Approach*. San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Miettinen, R. 2000. «The concept of experiential learning and John Dewey's theory of reflective thought and action». *International Journal of Lifelong Education*, vol. 19, no 1 (January-February), p. 54-72.
- Moon, J. 1999. *Reflection in Learning & Professional Development – Theory & Practice*. London : Kogan Page.
- Normand-Guérette, D. 1998. «La formation des enseignants associ es : des stratégies pour mieux les outiller dans leurs rôles d'enseignant et de formateur.» In *Enseignants de métier et formation initiale : des changements dans les rapports de formation à l'enseignement*, sous la dir. de D. Raymond et Y. Lenoir, p. 103-121. Bruxelles : De Boeck Université.
- Nowakowski, D. et C. Wallinga. 1993. *Results of a National Survey on Educational Needs of the Child Life Specialist*. Presented at the Child Life Council, Chicago, Illinois, May 1993.
- Noyé, D. et J. Piveteau. 1993. *Guide pratique du formateur. Concevoir, animer et évaluer une formation*. 4^e  d. Paris : INSEP  ditions.
- Palm, S.L. 2000. «Child Life Spans the Globe». *Bulletin* (published by the Child Life Council), vol. 18, no 2 (Summer), p. 2.
- Pelpel, P. 1989. *Les stages de formation. Objectifs et stratégies pédagogiques*. Paris : Bordas.
- Perrenoud, P. 1998. «Le travail sur l'habitus dans la formation des enseignants : analyse des pratiques et prise de conscience». Chap. 9 in *Former des enseignants professionnels : Quelles stratégies? Quelles compétences?*, sous la dir. de Léopold Paquay, 2^e  d., Bruxelles : DeBoeck.
- Premont, S. B. 1990. «Internship» In *Adult learning methods : a guide for effective instruction*, sous la dir. de M.W. Galbraith, p. 329-344. Malabar (Flor.) : R.E. Krieger.
- Quattlebaum, T.G., 1996. «Techniques for Evaluating Residents and Residency Programs». *Pediatrics*, vol. 98, no 6 (December), p. 1277-1283.

- Raymond, D. et Y. Lenoir. 1998. «Enseignants de métier et formation initiale : une problématique divergente et complexe». In *Enseignants de métier et formation initiale : des changements dans les rapports de formation à l'enseignement*, sous la dir. de D. Raymond et Y. Lenoir, p. 47-102. Bruxelles : De Boeck Université.
- Réhel, P. 1994. *L'accueil du tout-petit à l'hôpital*. Paris : ESF.
- Reilly, A. et K. Brooks. 2000. «Certification Examination Prompts Changes in Internship Program». *Bulletin* (published by the Child Life Council), vol. 18, no 1 (Spring), p. 3 et 8.
- Rikard, G.L. et B. Beacham. 1992. «A Vision for Innovation in Preservice Teaching : The Evaluation of a Model Program». *Action in Teacher Education*, vol. XIV, no 1, (Spring), p. 35-41.
- Rosenblum, N. D., J. Nagler, F. Lovejoy et J. Hafler. 1995. «The Pedagogic Characteristics of a Clinical Conference for Senior Residents and Faculty». *Arch Pediatr Adolesc Med*, vol 149, no 9 (September), p. 1023-1028.
- Rubin, S. 1992. «What's in a Name? Child Life and the Play Lady Legacy». *Children's Health Care*, vol. 21, no 1 (Winter), p. 4-13.
- Savoie-Zajc, L. 2000. «La recherche qualitative/ interprétative en éducation». Chap. 8 in *Introduction à la recherche en éducation* sous la dir. de T. Karsenti et L. Savoie-Zajc, p. 171-198. Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Seilleur-Pazard, J. 1983. *Charte des droits de l'enfant hospitalisé*. Paris : Le Centurion.
- Skalko, T.K. 1984. «Documentation : Key to Survival in Child Life Services». *Children's Health Care*, vol. 13, no 2 (Fall), p. 85-88.
- Snow, C.W. et S. L. Triebenbacher. 1996. «Child Life Program Employment Trends and Practices». *Children's Health Care*, vol. 25, no 3, p. 211-220.
- Taylor, S.J. et Bogdan R. 1998a. «In-Depth Interviewing». Chap. in *Introduction to qualitative research methods : a guidebook and resource*. 3^e éd., p. 87-116. Toronto : J. Wiley.
- Taylor, S.J. et Bogdan R. 1998b. «Working with Data : Data Analysis in Qualitative Research». Chap. in *Introduction to qualitative research methods : a guidebook and resource*. 3^e éd., p. 134-163. Toronto : J. Wiley.
- Thompson, R. H. 1981. «Showing Them What You Can Do: A Practical Guide for Evaluating Child Life Programming». *Children's Health Care*, vol. 10, no 1 (Summer), p. 29-30.
- Thompson, R. H. 1985. *Psychosocial Research on Pediatric Hospitalization and Health Care. A review of the Literature*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.

- Thompson, R. H. et G. Stanford. 1981. *Child Life in Hospitals : Theory and practice*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- Watkins-Giles, H. et M. Bradbard. 1987. «Child Life Interns' Contributions To Pediatric Care in a Community Hospital». *Journal of Research in Childhood Education*, vol. 2, no 2 (Fall), p. 80-88.
- White, B. et M. Brechwald. 2000. «Supervising Interns : 101». Communication présentée lors de la 18^e conférence annuelle du Child Life Council (Boston, 26-28 mai 2000).
- Zinn, L. M. 1990. «Identifying Your Philosophical Orientation». In *Adult learning methods : a guide for effective instruction*, sous la dir. de M.W. Galbraith, p. 39-77. Malabar (Flor.) : R.E. Krieger.