

LE DÉVELOPPEMENT DU JUGEMENT EN SITUATION AUTHENTIQUE

L'APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL DANS UN CONTEXTE DE SIMULATION POUR UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE SÉCURITAIRE

Comment favoriser le développement du jugement chez les étudiants ? Dans un contexte de formation technique, comment amener ceux-ci à faire preuve d'un jugement optimal pour une pratique professionnelle sécuritaire ? Comment favoriser un apprentissage expérientiel qui soutient le développement d'un savoir-agir complexe ? Par quelle méthode pédagogique peut-on permettre aux étudiants d'établir des liens directs entre l'action et la réflexion professionnelle ?

C'est ce à quoi nous avons tenté de répondre par une recherche-expérimentation (Deschênes et collab., 2015), projet issu d'un partenariat entre des ressources de la santé et de l'éducation de la région de Montréal. Dans cet article, nous présenterons les résultats les plus intéressants de cette recherche¹ qui misait sur l'apport de la simulation clinique haute-fidélité (SCHF) comme support technologique à l'apprentissage expérientiel dans des programmes de Soins infirmiers. Bien que la recherche ait été menée dans le domaine de la santé, plusieurs des résultats obtenus pourraient également guider les pratiques pédagogiques dans la plupart des programmes techniques où les étudiants doivent développer leur jugement.

LE JUGEMENT : UNE COMPÉTENCE INDISPENSABLE À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Dans leur rapport *To Err Is Human*, un comité américain sur la qualité des soins de santé a mis en lumière des statistiques alarmantes concernant la sécurité des patients : de 45 000 à 90 000 décès par années aux États-Unis seraient liés aux soins de santé et attribuables à des erreurs évitables (Kohn, Corrigan et Donaldson, 2000). Une des recommandations de ce rapport stipule que les établissements d'enseignement formant les professionnels de la santé devraient miser beaucoup plus sur

l'apprentissage par erreur et sur la gestion de ces événements. Dès lors, développer le jugement des futurs professionnels s'avère une priorité de formation pour assurer des soins sécuritaires à la population.

Le jugement repose sur des connaissances, sur des attitudes et sur une pratique professionnelle réfléchie (Higgs et collab., 2008). Utilisé comme cadre conceptuel de notre recherche, le modèle de jugement clinique infirmier développé par Tanner se définit par tout « processus de traitement des informations, de formulation d'hypothèses, d'activités cliniques subséquentes et de réflexion dans l'action » (p. 208, 2006) [traduction libre].

Cette réflexion comprend habituellement :

- un retour sur l'expérience ;
- une analyse et une mise en relation des données ;
- si nécessaire, une régulation du mode de pensée (Nielsen, Stragnell et Jester, 2007).

LE DÉVELOPPEMENT DU JUGEMENT PAR DES APPRENTISSAGES EN SITUATION AUTHENTIQUE

En situation de formation, les étudiants développent leur jugement entre autres grâce à des méthodes pédagogiques actives où leur autonomie est favorisée. L'apprentissage en situation authentique repose sur la présentation à l'étudiant d'une tâche faisant appel à l'intégration de ses connaissances. Pour être authentique, cette tâche doit être significative et permettre de comprendre ou bien de résoudre un problème fréquemment rencontré dans la vie professionnelle (Herrington et Herrington, 2006). Par exemple, l'immersion clinique par les stages permet à l'étudiant de réorganiser ses connaissances

¹ Cette étude a été conjointement financée par Éducation Montréal et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Les auteurs veulent souligner la contribution des ressources de la santé, des professionnels spécialisés en simulation du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et de l'équipe ESPA – Montréal lors du déroulement de la recherche-expérimentation : Micky Antoniazzi, Vanier College; Lysbeth Damus, Collège Bois-de-Boulogne; Elizabeth Dee, John-Abbott College; France Désilets, Cégep André-Laurendeau; Luisa Di Giannantonio, Cégep de Saint-Laurent; Roch Monast, Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys; Sylvain Pageau, Commission scolaire de Montréal; Ellen Buchanan Redpath, Commission scolaire Lester-B.-Pearson; Karolle St-Jean, Dawson College.



MARIE-FRANCE DESCHÊNES
Professeure
Collège de Maisonneuve



VIVIANE FOURNIER
Coordonnatrice
Cégep Gérald-Godin



ANDRÉ ST-JULIEN
Professeur
Cégep du Vieux Montréal

selon les particularités d'un contexte donné. Le professeur qui évalue le développement du jugement de l'étudiant se posera alors les questions suivantes: L'étudiant identifie-t-il les données pertinentes à la compréhension d'une situation et à l'anticipation d'un changement de la condition d'un patient? A-t-il des repères théoriques pour appuyer les hypothèses avancées? Priorise-t-il les actions à poser? Est-il en mesure de communiquer efficacement dans un contexte professionnel pour résoudre un problème?

Dans le cadre d'une formation en soins infirmiers, le jugement se développe principalement au cours des stages en contexte réel des soins hospitaliers, mais il devient difficile de permettre l'atteinte de cette compétence quand l'attribution des milieux de stage est de plus en plus restreinte ( ducation Montréal, 2012; Smith, Corso et Cobb, 2010). S'ajoute à ce défi la difficile standardisation des expériences cliniques des étudiants dans un contexte de sursp cialisation des soins. Dès lors, il est de plus en plus ardu de s'assurer que tous les étudiants auront reçu une expérience clinique riche pendant leur formation, expérience essentielle au développement des compétences professionnelles tel le jugement. Nous sommes donc confrontés à de nouveaux défis en enseignement dans le domaine de la santé: favoriser le jugement par des stratégies pédagogiques agissant en complémentarité aux stages cliniques et faire en sorte que les étudiants arrivent bien préparés à la pratique professionnelle, en permettant l'apprentissage par erreur, mais tout en préservant la sécurité des patients.

L'APPRENTISSAGE EN SITUATION AUTHENTIQUE PAR SCHF

En vue de favoriser le développement du jugement chez les étudiants, nous pouvons considérer la simulation clinique comme une avenue des plus appropriées, puisqu'elle s'inscrit dans une stratégie d'apprentissage expérientielle en situation authentique (Jeffries, 2013; Norman, 2012). Déjà implantée dans le domaine de l'aviation, elle s'étend aujourd'hui à d'autres disciplines, comme la pratique policière et ambulanc re, la médecine, l'inhaloth rapie ainsi que les soins infirmiers. Dans le domaine de la santé, la pédagogie par SCHF donne l'occasion de recrer la réalité des situations cliniques en favorisant la contextualisation et le réalisme par l'usage d'un mannequin-simulateur programmable par ordinateur (Lapkin et collab., 2010). Le mannequin-simulateur est de grandeur nature; comme un être humain, il a la capacité de parler et de réagir selon des manifestations physiologiques fidèles à la réalité.

  la programmation informatique de celui-ci, nous pouvons simuler des maladies ou des comportements rarement vécus en stage et ainsi favoriser une certaine uniformisation des apprentissages expérientiels, jugés essentiels dans la formation des étudiants (Baillie et Curzio, 2009; Moule et collab., 2008).

La pédagogie en contexte de simulation prend appuie sur les fondements théoriques de l'apprentissage collaboratif, du constructivisme ainsi que du socioconstructivisme.   cet égard, Rutherford-Hemming (2012) a situé les étapes séquentielles qui sont propices à la consolidation des apprentissages lors d'une SCHF:

Le **BREFFAGE** est le moment de préparation de l'étudiant. Il vise à activer les connaissances antérieures et à faire émerger des hypothèses préalablement pertinentes à la simulation à réaliser.

La **SIMULATION** est l' v nement de soins où l'étudiant est exposé à une situation authentique. Cette dernière peut être captée par vidéo.

Le **D BREFFAGE** permet de traiter les émotions vécues par les étudiants, mais surtout d'examiner de manière critique ce qui s'est passé pendant la simulation. Cette étape vise à promouvoir la m tar flexion dans une situation prototypique de la vie professionnelle.

LA RECHERCHE-EXPÉRIMENTATION

Dans le cadre de la recherche-expérimentation que nous avons conduite, nous avons cherché à savoir dans quelle mesure la simulation clinique pouvait jouer un rôle dans le développement du jugement clinique infirmier. Les objectifs suivants étaient poursuivis:

- Exp rimer trois séquences de simulation/journée incluant les activités de breffage et de d breffage pour chaque simulation;
- Analyser l'efficacité de la simulation quant au développement du jugement clinique infirmier chez les étudiants;
- Décrire les retombées de cette méthode pédagogique pour le remplacement d'heures de stage en milieu clinique.



Pour cela, nous avons constitué un échantillon de 24 étudiants volontaires qui provenaient du programme collégial Soins infirmiers 180.A0 du Collège de Maisonneuve et de Vanier College de Montréal, ainsi que du programme professionnel Santé, assistance et soins infirmiers de la Commission scolaire de Montréal.

Parallèlement à notre recherche, le projet *Environnements avec simulateurs patients pour l'apprentissage* ESPA – Montréal a été mis sur pied. Lors de ce projet, 12 professeurs en provenance de tous les cégeps et commissions scolaires de l'île de Montréal ont reçu une formation sur la simulation clinique à l'Académie du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), puis ils ont rédigé des scénarios pédagogiques, lesquels ont été validés par un processus de révision disciplinaire avec des infirmières provenant des milieux cliniques. Ce travail a permis de créer une banque régionale de 16 scénarios pour la SCHF. Le canevas de tous les scénarios comportait quatre sections. Présenté au [tableau 1](#), ce canevas pourrait très bien être adapté pour des activités de simulation en situation authentique dans différentes disciplines :

TABLEAU 1	CANEVAS DES SCÉNARIOS PÉDAGOGIQUES DE SCHF
I	SECTION PÉDAGOGIQUE
	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé de la situation • Compétences et éléments de compétences développés • Objectifs d'apprentissage • Références
I	SECTION OPÉRATIONNELLE ET LOGISTIQUE
	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en scène et matériel • Programmation du mannequin • Principaux éléments du déroulement de la simulation et du débriefage
I	SECTION DOSSIER PROFESSIONNEL
	<ul style="list-style-type: none"> • Plan thérapeutique infirmier • Notes médicales et infirmières • Ordonnances • Feuilles d'administration des médicaments • Analyses et tests diagnostiques
I	SECTION PRÉPARATION DE L'ÉTUDIANT
	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé de la situation • Objectifs d'apprentissage • Lectures et activités préparatoires suggérées

Les journées d'expérimentation de la recherche ont été planifiées selon la méthode décrite dans les travaux de Simoneau, Ledoux et Paquette (2012). Basée sur des stratégies d'apprentissages répétitifs et collaboratifs, cette méthode exige de répartir six étudiants en dyades. Une première dyade réalise la simulation avec le mannequin et, dans un autre local, les pairs observent le déroulement par vidéoconférence et notent les savoirs, savoir-faire et savoir-être mobilisés lors de l'activité. Les collègues préparent ainsi leur propre intervention. Après 15 minutes, une deuxième dyade se lance et procède à la même activité de simulation, en ayant en tête les bons coups et les erreurs de la première équipe. Le même principe est répété jusqu'à ce que chacune des dyades ait participé au scénario.

[Lors du breffage,] la « réflexion pendant l'action » et « la réflexion sur l'action » permettent de capitaliser l'expérience vécue lors d'activités pédagogiques dans des contextes d'apprentissages en situation authentique.

Chaque simulation commençait par une période de breffage de 10 minutes où la situation était présentée aux étudiants. Nous leur demandions alors s'ils avaient établi une ou des hypothèses possibles quant aux symptômes ou complications que pourrait présenter le patient simulé. Chaque simulation se concluait par une séance de débriefage de 30 minutes où les étudiants étaient invités à répondre à une série de questions favorisant la métacognition. Pour atteindre les objectifs de la recherche, nous avons utilisé une grille d'observation des indicateurs comportementaux du jugement, élaborée en tenant compte des éléments de la compétence *Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie*² dans un contexte où l'on vise à développer le jugement dans sa globalité en s'appuyant sur le modèle du jugement clinique infirmier de Tanner (2006). La grille, pouvant facilement être adaptée dans divers programmes collégiaux qui visent le développement du jugement, est présentée dans le [tableau 2](#). Le but de l'utilisation de cette grille n'était pas de quantifier les comportements observés, mais d'identifier certains indicateurs de déploiement de la compétence afin de soutenir la rétroaction des professeurs et de cibler les apprentissages critiques lors des séances de débriefage. Durant ces périodes, nous nous sommes également servis d'une grille d'animation, présentée dans le [tableau 3](#), pour stimuler la richesse des réflexions. Cette rétroaction structurée a permis d'animer l'explicitation et la verbalisation des stratégies cognitives utilisées par les étudiants lors de chaque simulation réalisée.

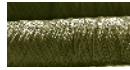
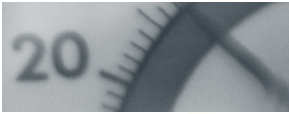
² Programme de Soins infirmiers 180.A0, MELS, 2007.



TABEAU 2

GRILLE D'OBSERVATION DES INDICATEURS COMPORTEMENTAUX DU JUGEMENT CLINIQUE

COMPÉTENCE 01QE: INTERVENIR AUPRÈS D'ADULTES ET DE PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES REQUÉRANT DES SOINS INFIRMIERS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE			
	ATTEINT	ATTEINT PARTIELLEMENT	NON ATTEINT
Élément de compétence n° 2 – Effectuer l'évaluation initiale de la personne ou l'évaluation en cours d'évolution			
Le participant effectue une collecte des données biophysiques et psychosociales par :			
• une prise en considération des outils disponibles à sa portée (ex. : dossier médical, analyses de laboratoire) ;			
• une collecte verbale des données quant à l'état du patient simulé ;			
• un examen physique pertinent du système atteint ;			
• une prise des signes vitaux ;			
• une évaluation de la présence de douleur.			
Commentaires explicatifs :			
Élément de compétence n° 4 – Dégager les besoins de soins			
Le participant fait une analyse et une interprétation de l'ensemble des informations par :			
• une identification d'une ou des hypothèses possibles chez le patient simulé après la prise en considération des éléments d'informations disponibles (lectures préparatoires) avant la simulation ;			
• une reconnaissance des éléments indicateurs d'un ou des problèmes chez le patient simulé pendant la simulation ;			
• une identification d'un ou des problèmes décelés chez le patient simulé après la simulation.			
Commentaires explicatifs :			
Élément de compétence n° 8 – Effectuer les interventions			
Le participant :			
• décide des gestes infirmiers nécessaires par rapport à l'état du patient dans l'immédiat ;			
• renseigne les intervenants impliqués de l'état du patient simulé ;			
• transmet les directives infirmières aux personnes concernées ;			
• effectue les soins infirmiers et médicaux.			
Commentaires explicatifs :			
Élément de compétence n° 10 – Évaluer les interventions et les résultats des soins			
Le participant :			
• évalue l'état du patient simulé en utilisant les outils disponibles.			
Commentaires explicatifs :			

**TABLEAU 3****GRILLE D'ANIMATION DU DÉBREFFAGE**

1. VENTILATION DES ÉMOTIONS
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles ont été vos émotions pendant la réalisation du scénario ?
2. CONNAISSANCES ANTÉRIEURES
<ul style="list-style-type: none"> • Aviez-vous les connaissances préalables nécessaires pour faire face efficacement à la situation de soins ? • Quelles sont les données cliniques qui ont attiré votre attention ? Comment avez-vous obtenu ces informations ? • Quelle hypothèse (ou problème) de soins vous a semblé prioritaire dans ce contexte ? • Par quelles données collectées avez-vous été en mesure de valider cette hypothèse ? • Quelles interventions cliniques avez-vous faites ? Étaient-elles cohérentes avec votre hypothèse de soins ? Comment juger, par la suite, de l'efficacité des interventions que vous mettez en œuvre ? • Quelles autres connaissances ou procédures vous auraient été utiles ?
3. APPRENTISSAGES RÉALISÉS
<ul style="list-style-type: none"> • Quels apprentissages avez-vous réalisés à travers cette situation ? • Parmi ceux-ci, lesquels vous semblent les plus pertinents à réinvestir dans votre future pratique professionnelle ? • Comment pourriez-vous améliorer votre jugement clinique infirmier dans une prochaine situation de simulation ou de soins qui pourrait être similaire à celle-ci ?

Dans le cadre de la recherche-expérimentation, une analyse interprétative descriptive des données (Creswell, 2014), soutenue par l'observation des indicateurs comportementaux du jugement déployés pendant les simulations et les périodes de débriefage, a fait ressortir trois constats en ce qui a trait aux particularités du développement du jugement dans un contexte de simulation :

1. La méthode pédagogique en contexte de simulation authentique favorise la consolidation des apprentissages et l'autonomie des étudiants.
2. La répétition et l'apprentissage collaboratif en contexte de simulation authentique contribuent à améliorer le développement de la pratique professionnelle.
3. Le développement du jugement est favorisé par la verbalisation du processus de traitement des données chez les étudiants.

1 La méthode pédagogique en contexte de simulation authentique favorise la consolidation des apprentissages et l'autonomie des étudiants.

Même si les étudiants avaient acquis les connaissances essentielles pendant leur formation pour participer efficacement aux activités de la recherche, l'expérience de l'immersion clinique en contexte de simulation s'est tout de même avérée déstabilisante pour ces derniers. La simulation clinique offre cette opportunité de tester les connaissances acquises des étudiants en les confrontant aux représentations cliniques du mannequin-simulateur ainsi qu'aux actions à poser. Elle les a exposés à la nécessité de réorganiser plus efficacement leurs connaissances cliniques en vue de procéder à un transfert des apprentissages en contexte situé (Tardif, 1999 ; Tardif, 2006). Cette réorganisation représente une activité intellectuelle difficile, mais ô combien nécessaire à la progression du jugement. Une participante exprime ce point de vue lors d'une séance de débriefage :

On a été forcés à aller au-delà de nos limites. On n'avait pas le choix. Pendant la simulation, je me disais : réfléchis, pense, agis. Ça nous plonge dans la réalité et augmente l'intégration de la matière acquise. Ça nous permet de faire une meilleure autocritique de nos forces et de nos faiblesses. Ça nous aide à faire des liens. On apprend à prioriser les soins, mais en tenant compte de la globalité d'une situation. On apprend à intégrer toutes les connaissances.

Effectivement, la résolution positive ou non des simulations permettait aux étudiants d'évaluer si leurs interprétations de la situation et leurs gestes étaient adéquats. La méthode d'apprentissage expérientielle vécue lors d'une simulation clinique sert ainsi de pont entre les connaissances théoriques et la pratique.

La méthode pédagogique favorise par surcroît l'autonomie par une prise en charge globale de l'épisode de simulation en l'absence du professeur dans la pièce pour entériner la démarche poursuivie. Cela responsabilise les étudiants quant aux efforts intellectuels à fournir pour le développement de leur pratique professionnelle. Une étudiante affirme :

Cette expérience en simulation va m'aider par rapport à mon autonomie. Demain, je retourne en stage. Je sens que je vais arrêter d'attendre et que je vais amorcer une réflexion par moi-même. Lors d'une simulation, je peux prendre des décisions aux risques de me tromper, mais ça me permet d'apprendre. On a carte blanche, c'est moi qui suis là. Je dois agir maintenant. En stage, j'attends après l'approbation du professeur ou de l'infirmière. Dans ces temps-là, on dirait que je ne pense pas toujours jusqu'au bout par moi-même.



Avec le mannequin-simulateur, les étudiants ont la liberté de penser et d'agir au meilleur de leurs capacités sans courir de risques ou causer préjudice à un patient réel. Mais qui dit «liberté», dit également «responsabilité». La liberté de penser responsabilise les étudiants par rapport aux conséquences de leurs analyses et de leurs gestes cliniques.

2 La répétition et l'apprentissage collaboratif en contexte de simulation authentique contribuent à améliorer le développement de la pratique professionnelle

Nous avons constaté que la répétition des simulations générait une amélioration des comportements témoignant du jugement, même si les scénarios étaient différents quant à leurs contenus et même si l'ordre des dyades variait au cours de l'activité. En début de journée, certains étudiants n'étaient pas parvenus à amorcer les soins nécessaires ni à évaluer adéquatement l'état du mannequin-simulateur. La simulation a confronté les étudiants dans leur pratique professionnelle en développement, ce qui leur a permis d'augmenter leur acuité relativement aux données à collecter et aux soins à apporter. À d'autres reprises, leurs interventions ne répondaient pas aux standards de pratique. Par la répétition des scénarios, les étudiants sont parvenus à mieux cibler les éléments d'une situation, à interpréter les résultats, à agir plus promptement et à s'interroger sur les meilleures façons de faire. Cette amélioration a été notée par la qualité supérieure du rendement aux indicateurs comportementaux du jugement clinique infirmier observés.

Nous avons ensuite remarqué que certains indicateurs comportementaux se sont améliorés grâce à l'observation des pairs. Cet apprentissage socioconstructiviste s'est avéré possible par l'observation et l'analyse des comportements des collègues qui participaient à la simulation par vidéoconférence. Le commentaire ci-dessous d'un étudiant quant à la reconnaissance des éléments clés d'une situation témoigne de ce fait :

Je faisais une collecte de données de façon plus mécanique au début. Mais en voyant les autres qui réussissaient bien, je me suis ajusté à non pas avoir une vision en tunnel... mais une vision globale du patient et de la situation.

Ainsi, les difficultés ou facilités éprouvées par les dyades d'étudiants guidaient les prochaines équipes. L'apport de la prestation des pairs rendait ici propice l'ajustement du mode de réflexion des étudiants par une confrontation à des schémas de pensées efficaces ou non. Grâce à la rétroaction, les séances de débriefage, pour leur part, ont permis de renforcer des comportements jugés adéquats et répondant aux standards de la pratique. Ces périodes ont mis en lumière les facteurs participant au développement du jugement. Elles ont contribué

à confronter les étudiants à certains biais cognitifs, sources d'erreurs issues de croyances, de perceptions ou de pratiques inappropriées. À titre d'exemple, plusieurs étudiants pensaient devoir tout régler par eux-mêmes durant une simulation ; les séances de débriefage leur ont permis de constater qu'il est tout à fait correct de demander l'aide nécessaire et que cette façon de faire représente une stratégie saine et non révélatrice d'une faiblesse ou d'un échec.

3 Le développement du jugement est favorisé par la verbalisation du processus de traitement des données chez les étudiants

L'articulation verbale des données jugées comme essentielles au processus de résolution d'une problématique professionnelle est l'une des principales stratégies cognitives que les étudiants ont dit avoir développées pour les aider dans leurs apprentissages au cours des simulations. Bien que les étudiants communiquent entre dyades et avec le mannequin-simulateur, ils doivent également transmettre des informations pertinentes par téléphone ou oralement avec d'autres acteurs impliqués dans le scénario (ex. : médecin, préposé aux bénéficiaires). Cette stratégie cognitive de verbalisation pour apprendre en contexte de simulation (y incluant la période de débriefage) devient aussi une compétence professionnelle à développer. Toutefois, nombre d'étudiants ont démontré de la difficulté quant à l'exhaustivité et à la justesse des données essentielles à communiquer aux divers membres de l'équipe médicale, ce qui laisse entendre que cette stratégie mérite d'être développée. Étant donné que les informations étaient incomplètes, cela rendait la tâche beaucoup plus ardue à quiconque surgissait dans la situation et tentait de comprendre ce qui se passait. Un étudiant explique :

Lors de l'appel au médecin... trou de mémoire ! J'avais évalué des éléments, mais je n'arrivais pas à les rendre compréhensibles pour les autres. Il faut que je sois plus cohérent dans mes idées. Je pense qu'il va falloir que j'écrive mes impressions et que j'adopte une pensée plus structurée.

Un défaut d'organisation cohérente de la pensée semblait altérer la capacité des étudiants à communiquer les impressions cliniques sur le vif. L'amélioration notée en cours de journée quant à l'exactitude de la verbalisation des différentes données et d'une mise en relation cohérente de celles-ci a eu un effet direct sur la compétence des étudiants à communiquer de manière professionnelle. Optimisée, l'articulation verbale des diverses données a bonifié la qualité de la prise en charge du mannequin-simulateur quand les étudiants ont pris conscience de son importance capitale par rapport au développement de leur jugement, mais aussi dans le processus de soins.



DEUX RECOMMANDATIONS POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DU JUGEMENT EN SITUATION AUTHENTIQUE AU COLLÉGIAL

Notre recherche-expérimentation nous permet d'émettre deux recommandations aux équipes pédagogiques qui voudraient mettre à profit la situation authentique dans un programme technique :

1. Pour favoriser le développement du jugement des étudiants en situation authentique, il importe de miser sur la « réflexion pendant l'action » et sur la « réflexion sur l'action », en vue de favoriser la consolidation des apprentissages.
2. Pour le développement d'activités en situation de SCHF, il s'avère judicieux d'envisager une collaboration et une concertation régionale, dans le but de mettre en commun les ressources.

LE DÉVELOPPEMENT DU JUGEMENT

Miser sur la réflexion dans un contexte de pédagogie en situation authentique

L'apprentissage en situation authentique que nous avons évalué a obligé les étudiants à mobiliser leurs connaissances, à agir promptement de même qu'à évaluer l'efficacité de leurs interventions. Cette mobilisation des connaissances renforce le développement des compétences (Tardif, 1999 ; Tardif, 2006). Ces résultats rejoignent ceux de Simoneau, Ledoux et Paquette (2012) et de Simoneau et Paquette (2014) quant à l'efficacité de la SCHF pour une meilleure préparation des étudiants collégiaux avant leurs expériences de stages cliniques. La combinaison systématique de l'action (simulation) et de la réflexion (débrefage) crée un « espace-temps » favorable à l'intégration et au transfert des apprentissages (Fanning et Gaba, 2007 ; Levett-Jones et Lapkin, 2014). Les périodes de débrefage suivant chaque simulation favorisent la réflexion après l'action, processus essentiellement intellectuel, ce qui donne l'occasion à l'étudiant de recourir à certaines stratégies cognitives pour mieux soutenir théoriquement ses interventions professionnelles. Ainsi, la « réflexion pendant l'action » et « la réflexion sur l'action » (Schön, 1983) permettent de capitaliser l'expérience vécue lors d'activités pédagogiques dans des contextes d'apprentissages en situation authentique. Les erreurs font partie de la feuille de route d'un étudiant en simulation. Celles-ci deviennent une énigme à résoudre plutôt qu'une faute à réprimander (Simon, Raemer et Rudolph, 2010), ce qui est pédagogiquement intéressant, car se présente alors

l'opportunité de cultiver la mise à niveau des standards de pratique dans un univers exempt de risques (Berragan, 2011 ; Murray et collab., 2008), mais assez proche de la vie réelle pour engager activement l'étudiant dans ses apprentissages.

L'articulation et la structuration optimales des connaissances dans la tête des étudiants se traduisent éventuellement par une communication professionnelle plus efficace. Engager et maximiser des activités où l'on instaure un « dialogue cognitif » s'avère une stratégie pédagogique à optimiser, une responsabilité à partager entre étudiants et professeurs. La qualité de l'accompagnement pédagogique en situation authentique s'inscrit dans un compagnonnage cognitif (Collins, Brown et Holum, 1991), perspective socio-cognitiviste où l'appui du professeur s'articule autour des processus cognitifs de l'étudiant afin de favoriser le développement d'une pensée progressivement autonome et critique (Bédard, et collab., 2000 ; Frenay et Bédard, 2004). Dans cette perspective, le professeur observe, guide, donne une rétroaction, explore et remet en question la démarche de l'étudiant, tout en explicitant à voix haute ses stratégies de résolution de problème (Collins, Brown et Holum, 1991 ; Vanpee et collab., 2009). Dans la pédagogie en SCHF, le débrefage représente ainsi une étape déterminante où la clarification et la consolidation des apprentissages sont exploitées par l'articulation verbale des données et par le raisonnement associé à une situation problématique de la pratique professionnelle (Fanning et Gaba, 2007 ; Levett-Jones et Lapkin, 2014 ; Rudolph et collab., 2006 ; Simon, Raemer et Rudolph, 2010).

LE DÉVELOPPEMENT D'ACTIVITÉS EN SCHF

Miser sur une collaboration et une concertation régionale

Les étapes de cette recherche ont été nombreuses pour rendre l'expérimentation viable dans le temps et avec les ressources impliquées. Pour assurer la bonne mise en route de tout projet en contexte de simulation, voici nos recommandations :

- Formation optimale du corps professoral à la pédagogie en contexte de simulation ;
- Mise en commun des ressources humaines et matérielles ;
- Mise sur pied d'une communauté de pratique ;
- Poursuite d'un partenariat avec des ressources de l'enseignement et des milieux de pratique ;
- Poursuite de la recherche pour documenter les retombées de la simulation dans la formation.



La simulation place les professeurs dans une situation nouvelle où ils seront appelés, entre autres, à animer les séances de débriefage. Ce changement du rôle de l'expert du contenu vers celui de l'expert du processus se construit et se raffine par l'expérience et par la réflexion de l'acte pédagogique. Par exemple, donner une rétroaction constructive aux étudiants n'est pas un exercice facile; cela s'apprend et se cultive dans un esprit constructif et collaboratif (Kolbe, Grande et Spahn, 2015; O'Brien, Marks et Charlin, 2003). Ainsi, l'apport de la formation, du soutien par une communauté de pratique et des différents partenariats engagés dans le projet sont des ressources incontournables pour assurer la bonne mise en route des activités de SCHF (ou de toute autre situation de pédagogie en situation authentique).

La simulation permet d'exploiter une diversité de situations d'apprentissages tout en palliant le problème d'exposition aléatoire des expériences lors des stages en milieu réel.

Pour ce qui est de la réduction de l'écart entre la formation et la pratique, la collaboration et le partenariat sont aussi des aspects à privilégier afin d'assurer la fidélité des activités d'apprentissages au contexte clinique. Enfin, considérant qu'il importe de bien cibler l'apport et les limites de chacune des méthodes pédagogiques utilisées, la recherche est essentielle pour documenter les retombées de la simulation en complémentarité ou en remplacement des heures de stages. (Larue, Pepin et Allard, 2015).

CONCLUSION

La SCHF, et de manière générale toute activité de simulation, offre la possibilité d'expérimenter des situations d'apprentissages quelques fois atypiques, peu ou non exploitées en stages cliniques et à haut risque pour la population (Moule et collab., 2008). Pour des considérations éthiques et de sécurité du public, les patients ne peuvent pas être considérés comme des «objets d'apprentissages». Dès lors, la simulation permet d'exploiter une diversité de situations d'apprentissages tout en palliant le problème d'exposition aléatoire des expériences lors des stages en milieu réel. Cette méthode pédagogique favorise de surcroît des apprentissages expérientiels et authentiques (Baillie et Curzio, 2009). Elle optimise la remise en question des connaissances acquises chez les étudiants en les confrontant aux représentations et aux actions cliniques réelles. Elle les engage aussi dans un processus de réflexion sur l'action professionnelle. C'est dans cet esprit que les activités

de simulation ou en situation authentique permettent des expériences éducatives significatives, adaptées aux différentes contingences du marché du travail, et qu'elles méritent d'être mises davantage à profit dans le réseau collégial. ◀

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAILLIE, L. et J. CURZIO. «Students' and facilitators' perceptions of simulation in practice learning», *Nurse Education in Practice*, vol. 9, n° 5, 2009, p. 297-306.
- BÉDARD, D. et collab. «Les fondements des dispositifs pédagogiques visant à favoriser le transfert de connaissances: les perspectives de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques», *Res Academica*, vol. 18, n°s 1-2, 2000, p. 21-47.
- BERRAGAN, L. «Simulation: an effective pedagogical approach for nursing?», *Nurse Education Today*, vol. 31, n° 7, 2011, p. 660-663.
- COLLINS, A., J. S. BROWN et A. HOLUM. «Cognitive Apprenticeship: Making Thinking Visible», *American Educator*, vol. 15, n° 3, 1991, p. 6-11.
- CRESWELL, J. W. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, (4^e éd.), Los Angeles, Sage Publications, 2014.
- DESCHÊNES, M.-F. et collab. *Le développement du jugement clinique infirmier lors d'activités de simulation clinique haute-fidélité*, Rapport de recherche-expérimentation, Montréal, Éducation Montréal, 2015 [cdc.qc.ca/pdf/deschenes-jugement-clinique-infirmier-simulation-haute-fidelite-rapport-EDU-MTL-2015.pdf].
- ÉDUCATION MONTRÉAL. *État de situation. Rapport final, Pôle de spécialisation et d'innovation en santé*, Montréal, Éducation Montréal, 2012.
- FANNING, R. M. et D. M. GABA. «The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning», *Simulation in Healthcare*, vol. 2, n° 2, 2007, p. 115-125.
- FRENAY, M. et D. BÉDARD. *Des dispositifs de formation universitaire s'inscrivant dans la perspective d'un apprentissage et d'un enseignement contextualisés pour favoriser la construction de connaissances et leur transfert*, dans FRENAY, M. et A. PRESSEAU (dir.), *Le transfert des apprentissages: comprendre pour mieux intervenir*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2004.
- HERRINGTON, A. et J. HERRINGTON. *Authentic learning environments in higher education*, Hershey, PA, Information Science Publishing, 2006.
- HIGGS, J. et collab. *Clinical reasoning in the health professions*, (3^e éd.), Oxford, United Kingdom, Butterworth-Heinemann, 2008.
- JEFFRIES, P. *Clinical Simulation in Nursing Education: Advanced Concepts, Trends and Opportunities*, Philadelphie, Lippincott Williams & Wilkins, 2013.
- KOHN, L. T., J. CORRIGNAN et M. S. DONALDSON. *To Err Is Human Building a Safer Health System*, Washington, D.C., National Academy Press, 2000.
- KOLBE, M., B. GRANDE et D. R. SPAHN. «Briefing and debriefing during simulation-based training and beyond: Content, structure, attitude and setting», *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, vol. 29, n° 1, 2015, p. 87-96.
- LAPKIN, S. et collab. «Effectiveness of patient simulation manikins in teaching clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: A systematic review», *Clinical Simulation in Nursing*, vol. 6, n° 6, 2010, p. e207-e222.
- LARUE, C., J. PEPIN et É. ALLARD. «Simulation in preparation or substitution for clinical placement: A systematic review of the literature», *Journal of Nursing Education and Practice*, vol. 5, n° 9, 2015, p. 132-140.



LEVETT-JONES, T. et S. LAPKIN. «A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education», *Nurse Education Today*, vol. 34, n° 6, 2014, p. e58-e63.

MOULE, P. et collab. «Student experiences and mentor views of the use of simulation for learning», *Nurse Education Today*, vol. 28, n° 7, 2008, p. 790-797.

MURRAY, C. et collab. «The use of simulation as a teaching and learning approach to support practice learning», *Nurse Education in Practice*, vol. 8, n° 1, 2008, p. 5-8.

NIELSEN, A., S. STRAGNELL et P. JESTER. «Guide for reflection using the clinical judgment model», *Journal of Nursing Education*, vol. 46, n° 1, 2007, p. 513-516.

NORMAN, J. «A Systematic Review of the Literature on Simulation in Nursing Education», *ABNF Journal*, vol. 23, n° 2, 2012, p. 24-28.

O'BRIEN, V. H., M. B. MARKS et B. Charlin. «La rétroaction (ou rétro-action) : un élément de l'intervention pédagogique en milieu clinique», *Pédagogie médicale*, vol. 4, n° 3, 2003, p. 184-191.

RUDOLPH, J. W. et collab. «There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment», *Simulation in Healthcare*, vol. 1, n° 1, 2006, p. 49-55.

RUTHERFORD-HEMMING, T. «Simulation Methodology in Nursing Education and Adult Learning Theory», *Adult Learning*, vol. 23, n° 3, 2012, p. 129-137.

SCHÖN, D. A. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983.

SIMONEAU, I., I. LEDOUX et C. PAQUETTE. *Efficacité pédagogique de la simulation clinique haute-fidélité dans le cadre de la formation collégiale en soins infirmiers*, rapport de recherche PAREA, Sherbrooke, Cégep de Sherbrooke, 2012.

SIMONEAU, I. et C. PAQUETTE. *Pédagogie par la simulation clinique haute-fidélité dans la formation collégiale en santé. Préparation clinique, interdisciplinarité et intégration au curriculum*, rapport de recherche PAREA, Sherbrooke, Cégep de Sherbrooke, 2014 [cdc.qc.ca/parea/788796-simoneau-paquette-pedagogie-simulation-clinique-formation-collegiale-sante-sherbrooke-PAREA-2014.pdf].

SIMON, R., D. B. RAEMER et J. W. RUDOLPH. *Manuel d'utilisation* [Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH) Rater's Handbook], traduction F. POLICARD, Center for Medical Simulation, Boston, Massachusetts, 2010 [harvardmedsim.org/_media/DASH_Manuel_utilisation_2010_VF_12-07.pdf].

SMITH, P. M., L. N. CORSO et N. COBB. «The perennial struggle to find clinical placement opportunities: a Canadian national survey», *Nurse Education Today*, vol. 30, no 8, 2010, p. 798-803.

TANNER, C. A. «Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing», *Journal of Nursing Education*, vol. 45, n° 6, 2006, p. 204-211.

TARDIF, J. *Le transfert des apprentissages*, Montréal, Les éditions Logiques, 1999.

TARDIF, J. *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*, Montréal, Chenelière Éducation, 2006.

VANPEE, D. et collab. «Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat», *Pédagogie médicale*, vol. 10, n° 4, 2009, p. 253-266.

Professeure en Soins infirmiers au Collège de Maisonneuve depuis 2000, Marie-France DESCHÊNES a également été chargée de cours et professeure invitée à l'Université de Montréal. Personne-ressource au projet *Environnement avec simulateurs-patients pour l'apprentissage ESPA – Montréal*, elle a été impliquée à la recherche en simulation clinique haute-fidélité et à la rédaction des scénarios pédagogiques. Dans le cadre de ses études doctorales, M^{me} Deschênes s'intéresse à la formation par l'utilisation des tests de concordance de script, outils d'évaluation du raisonnement clinique.

mdeschenes@cmaisonneuve.qc.ca

Viviane FOURNIER est professeure en Soins infirmiers au Cégep Gérald-Godin. Ses deux expertises, l'interculturel ainsi que l'intégration des technologies dans l'enseignement des programmes en santé, s'intègrent dans son présent mandat, qui est de démarrer un nouveau programme en Soins infirmiers au Cégep Gérald-Godin. Elle a développé le plan d'affaires et coordonné les activités du projet régional ESPA – Montréal (2012-2015). Elle a également conçu deux formations en ligne pour soutenir le développement de la compétence interculturelle, dont la plus récente pour la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa.

v.fournier@cgodin.qc.ca

André ST-JULIEN a complété un diplôme de 2^e cycle d'intervention en formation professionnelle à l'Université de Sherbrooke (UdeS) (2004). Il enseigne en Soins infirmiers au Cégep du Vieux Montréal depuis 1996. Il a aussi été chargé de cours à la Faculté de l'éducation de l'UdeS. Personne-ressource au projet ESPA – Montréal, il a été impliqué à la programmation informatique des mannequins-simulateurs et à la rédaction des scénarios pédagogiques pour la simulation.

stjulien@cvm.qc.ca

LE COMITÉ DE RÉDACTION ATTEND...

- ➔ vos propositions d'articles
- ➔ vos réactions aux textes publiés
- ➔ vos idées de sujets à aborder

revue@aqpc.qc.ca

Les textes soumis sont tous évalués par le comité de rédaction et ce dernier peut demander aux auteurs de modifier leur texte en vue de sa publication. Consultez les normes de publication sur le site Web de l'AQPC.

[\[aqpc.qc.ca/revue/soumettre-article\]](http://aqpc.qc.ca/revue/soumettre-article)