

Université de Montréal

Favoriser le développement de compétences en contexte pédiatrique au 1^{er} cycle de la
formation infirmières

par Marguerite Caya-Tessier

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en sciences infirmières
option formation

mars, 2016

© Marguerite Caya-Tessier, 2016

Résumé

La clientèle pédiatrique en soins critiques présente de nombreuses particularités accentuant la complexité du rôle de l'infirmière accompagnant ces enfants et leurs familles. L'évaluation clinique, bien que centrale dans le travail de l'infirmière auprès de cette clientèle, n'est que sommairement abordée dans le cadre du programme de 1^{er} cycle en sciences infirmières de l'Université de Montréal. Les écrits suggèrent l'utilisation d'une stratégie pédagogique active et basée sur le socioconstructivisme pour l'enseignement des soins critiques pédiatriques. Ce rapport de stage porte un regard réflexif sur l'élaboration et la mise à l'essai d'une activité d'apprentissage assisté par les pairs (AAPP) contribuant au développement de compétences en soins critiques pédiatriques chez les étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières. Le modèle de formation par compétence de Lasnier (2014) a été le cadre de référence pour la planification de ce projet. Les retombées de cette stratégie d'intervention ont permis l'implantation de l'atelier dans l'unité *SOI 2609 – Situations critiques de santé* et d'accorder une place plus importante à la pédiatrie au programme de premier cycle en sciences infirmières.

Mots-clés : étudiantes infirmières, formation initiale, approche par compétence, apprentissage assisté par les pairs, soins critiques pédiatriques

Abstract

Pediatric patients in critical care have many specific needs highlighting the complexity of the nurse's role in accompanying these children and their families. Clinical evaluation, although central to the work of the nurse with this patient group, is only briefly discussed in the first degree nursing program at University of Montreal. The writings suggest the use of Active learning strategy based on social constructivism in the teaching of pediatric critical care. This internship report is a reflective look on the development and testing of a peer assisted learning (PAL) activity, contributing to the development of pediatric critical care competencies among students in the Bachelor of Nursing Science. Lasnier's competency education model (2014) was the framework for the planning of this project. The benefits of this intervention strategy enabled the implantation of the workshop in the *SOI 2609 unit – situation critique de santé* and gave more prominence to pediatrics content in the undergraduate nursing program.

Keywords : nursing students, undergraduate teaching, competency-based approach, peer assisted learning, pediatric critical care

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des sigles	v
Remerciements.....	vi
Introduction.....	7
Problématique	7
But et objectifs de stage	9
But.....	9
Objectifs de stage (dans le cadre de l'unité SOI2609 – Situations critiques de santé).....	10
Objectifs personnels d'apprentissages.....	10
Cadre de référence	10
Recension des écrits.....	11
Déroulement du stage	15
Planification de l'intervention.....	15
Mise à l'essai de l'intervention.....	18
Discussion.....	19
Liens entre l'atelier, les assises et le cadre théorique	19
Liens avec les assises théoriques de l'APC	19
Liens avec la formation par compétences selon Lasnier (2014).....	21
Évaluation de l'intervention.....	23
Commentaires informels.....	23
Résultats au questionnaire d'appréciation	24
Constats face aux réponses à la question d'examen	24
Réflexions sur le projet.....	24

Forces	25
Retombées.....	26
Limites	26
Recommandations.....	29
Réflexion sur les objectifs de stage.....	30
Réflexion sur les objectifs personnels d'apprentissages	34
Conclusion	1
Bibliographie.....	i
Appendice A : Guide de l'étudiante.....	i
Appendice B : Questionnaire d'appréciation	iii
Appendice C : Résultats aux questionnaires.....	v

Liste des sigles

AACN: *American Association of College of Nursing*

AAPP : Apprentissage assisté par les pairs

ACESI : Association canadienne des écoles en sciences infirmières

APC : Apprentissage par compétences

APSIC : Apprentissage par situations infirmières cliniques

FPC : Formation par compétences

FSI : Faculté des sciences infirmières

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RFP : Responsable de formation professionnelle

SHF : Simulation haute-fidélité

SIP : Soins intensifs pédiatriques

SPN: *Society of Pediatric Nurses*

Remerciements

Mes premiers remerciements vont à ma directrice, Louise-Andrée Brien, qui m'a appuyé dans cette aventure dès le début. Ta compréhension et ta patience m'ont permis de poursuivre un cheminement enrichissant. L'infirmière et l'enseignante que tu es représentent pour moi un modèle de réussite auquel j'aspire.

Merci également à l'équipe d'enseignants passionnés que j'ai eu la chance de côtoyer dans le cadre de mon stage. Céline Lauzier, pour ton ouverture d'esprit et ton énergie positive si contagieuse. Joëlle Lévesque, pour le partage de ta passion et de ton expertise. Luc Bouchard, pour ton support et ton enthousiasme. Merci aussi aux étudiants pour leur implication dynamique dans la mise à l'essai de ce projet.

Merci à ma famille, pour son appui inconditionnel et pour ses encouragements plus que nécessaires. Rosemarie, Olivier, Marie-Pier, Mickaël, sans vous en rendre compte, vous avez facilité mon parcours par votre présence. Un merci particulier à mes parents, Suzanne et Michel, sans qui je ne serais pas la femme fonceuse et optimiste que je suis aujourd'hui.

Ces remerciements ne seraient pas dignes de ce nom sans qu'ils ne concernent mes meilleures amies. Marie, Émilie, Josie, Marie-Ève, notre amitié s'est avérée essentielle à ma réussite. Merci pour nos nombreuses conversations teintées de cette désormais habituelle complicité.

Ce projet n'aurait probablement pas vu le jour sans mes fidèles collègues de la maîtrise, devenus amis indispensables en cours de route. Laurence, Sophie, Daniela et Arnaud, notre rencontre fortuite aura été la plus belle surprise de mon parcours à la maîtrise. Merci pour ces soirées où l'on se permettait de parler de tout.

Le dernier et non le moindre, merci à François qui m'a accompagné sur les derniers miles de ce projet. Ta bonne humeur constante et les rires émanant des moments passés ensemble ont contribué à rendre cette fin de parcours certainement plus légère et agréable.

Introduction

Selon l'Association canadienne des écoles en sciences infirmières (ACESI, 2010), le fonctionnement du système de santé serait intimement lié à la qualité des ressources humaines qui y travaillent. La formation universitaire pour les infirmières serait d'ailleurs primordiale pour assurer la sécurité des patients (ACESI, 2010). Les programmes universitaires en sciences infirmières ont ainsi la responsabilité de former des infirmières cliniciennes généralistes en mesure de répondre à plusieurs clientèles et doivent également s'adapter à la réalité du milieu clinique (Benner, Sutphen, Leonard, Day et Shulman, 2009). Le rajeunissement du personnel infirmier dans les milieux de soins spécialisés intime les nouvelles infirmières à démontrer un niveau élevé de compétence auprès de clientèles diverses dès leur entrée sur le marché du travail. Ce rapport de stage porte un regard réflexif sur l'élaboration et la mise à l'essai d'une activité d'apprentissage assisté par les pairs (AAPP) contribuant au développement de compétences en soins critiques pédiatriques chez les étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières.

Problématique

La clientèle pédiatrique, en contexte hospitalier, présente de nombreuses spécificités ayant un impact sur la façon dont les soins sont prodigués par les infirmières. Dans un contexte critique, la complexité du rôle de l'infirmière auprès de cette clientèle se voit décuplée. Les enfants présentent des signes de choc distincts des adultes (*American Heart Association*, 2010), et l'infirmière doit y être à l'affût. La sécurité des patients en soins critiques pédiatriques est intimement liée aux surveillances faites par l'infirmière et à la capacité de détection et d'intervention rapide de celle-ci (Foglia et Milonovich, 2011). L'évaluation clinique détient une place prépondérante dans la pratique infirmière auprès de cette clientèle (Hawkins-Walsh, Berg, Docherty, Lindeke, Gaylord et Osborn, 2011; Rice, 2012). Le travail auprès des enfants en soins critiques présente aussi plusieurs autres particularités. La présence de la famille et l'établissement d'un partenariat avec celle-ci sont indispensables dans la prise en charge d'un enfant malade (Mattsson, Forsner, Castrén et Arman, 2013). Ensuite, les stratégies d'approche et de communication utilisées par les infirmières doivent être adaptées à la clientèle qu'elles

soignent, et ce, même en contexte critique. Créer un environnement sécurisant pour l'enfant représente un aspect important du rôle infirmier avec cette clientèle (Brady, 2009).

Alors qu'on constate que le rôle de l'infirmière auprès de la clientèle critique pédiatrique demeure complexe, le niveau d'expérience des infirmières travaillant sur ces unités est restreint. En 2007, près de la moitié des infirmières dans les milieux de soins critiques au Québec détenait moins de 5 ans d'expérience (OIIQ, 2007). Cette situation n'est d'ailleurs pas près de changer puisque l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) annonçait en 2007 que les secteurs de la néonatalogie, des soins intensifs et de l'urgence seraient ceux où la demande d'effectif infirmier serait des plus grandes pour les années à venir. Ainsi, le contexte du système de santé actuel et le manque de personnel au sein des milieux de soins critiques permettent aux jeunes infirmières de se diriger rapidement vers ces unités en sortant de l'école. Actuellement, environ 20% de toute la relève infirmière se dirige vers des milieux de soins critiques chaque année (OIIQ, 2014). Comme on sait que les enfants représentent une part importante de la clientèle dans ces milieux, entre autres à l'urgence (Commissaire à la santé et au bien-être, 2014), on constate l'importance pour un programme de formation initiale en sciences infirmières de préparer les étudiantes à exercer leur rôle auprès de la clientèle critique pédiatrique.

Ces milieux de soins critiques et la pratique infirmière auprès de cette clientèle peuvent s'avérer insécurisant pour une jeune infirmière. Certains suggèrent que la perception d'un manque de connaissance peut être un facteur contribuant au stress et à un manque de confiance chez les nouvelles infirmières dans l'intégration de leur milieu (Casey, Fink, Krugman et Propst, 2004 ; Higgins, Spencer et Kane, 2010). J'ai d'ailleurs personnellement vécu cette expérience il y a quelques années, sur une unité de soins intensifs en néonatalogie. Malgré une formation au 1^{er} cycle universitaire en sciences infirmières, j'ai senti que certaines ressources me manquaient pour exercer mon rôle auprès de la clientèle en soins critiques pédiatriques.

Présentement, la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal n'offre pas de cours distinct en pédiatrie. Le contenu entourant cette clientèle a plutôt été réparti à travers les différentes unités, tout au long du programme de premier cycle en sciences infirmières. À ce sujet, les écrits n'offrent pas de recommandations spécifiques à savoir si la

pédiatrie devrait faire l'objet d'une unité séparée. Afin de situer la problématique dans un contexte local, une analyse a été réalisée afin de déterminer l'espace occupé par la pédiatrie dans le programme de premier cycle en sciences infirmières de l'Université de Montréal. La collecte de données initiale a permis de cibler les notions pédiatriques abordées, les approches pédagogiques favorisées pour leur acquisition et la manière dont le rôle infirmier était introduit à travers ces notions.

Les informations obtenues ont été mises en relation avec les recommandations de la *Society of Pediatric Nurses (SPN)*, rédigées par McCarthy et Wyatt (2014). L'utilisation de cette référence américaine s'explique par un nombre limité d'écrits traitant des recommandations en ce qui a trait à la place que devrait détenir la pédiatrie au sein des programmes de formation infirmière. L'OIIQ n'offre pas de publication à ce sujet et il n'existe pas non plus de lignes directrices qui peuvent guider les programmes dans la composition de leur curriculum au Québec. Ainsi, à la suite d'une enquête nationale réalisée en 2008 par l'*American Association of College of Nursing (AACN)*, McCarthy et Wyatt (2014) avaient pour but d'utiliser les données recueillies par l'enquête afin d'émettre des recommandations concernant les contenus didactiques pédiatriques à couvrir en formation initiale. Ces recommandations ont été mises en relation avec les informations recueillies au sein du programme de premier cycle de la FSI et l'analyse montre que la majorité du contenu didactique recommandé par la SPN est abordé dans le cadre du baccalauréat. Cependant, l'évaluation clinique de la clientèle pédiatrique est peu abordée, alors qu'elle est au centre des activités infirmières dans les milieux de soins critiques pédiatriques (Hawkins-Walsh et al., 2011; Rice, 2012). L'importance de former des infirmières cliniciennes généralistes en mesure de répondre à diverses clientèles justifie l'implantation d'une activité d'apprentissage en lien avec l'évaluation clinique infirmière de la clientèle pédiatrique au baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal.

But et objectifs de stage

But

Le but du stage est de planifier et de mettre à l'essai une activité d'apprentissage contribuant au développement de compétences en soins critiques pédiatriques chez les

étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières dans l'unité *SOI2609 – Situations critiques de santé*.

Objectifs de stage (dans le cadre de l'unité SOI2609 – Situations critiques de santé)

1. Identifier les besoins d'apprentissage en soins critiques pédiatriques des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières.
2. Identifier la ou les meilleures pratiques pour l'enseignement des soins critiques pédiatriques à des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières.
3. Élaborer et mettre à l'essai une activité d'apprentissage en soins critiques pédiatriques cohérente avec l'approche par compétences.
4. Évaluer les apprentissages réalisés par les étudiantes à la suite de l'activité de formation, ainsi que leur appréciation de celle-ci.
5. Collaborer activement avec l'équipe enseignante de l'unité pour les étapes de planification et l'enseignement.

Objectifs personnels d'apprentissages

1. Développer ma compréhension du rôle et des implications d'une infirmière formatrice en approche par compétences.
2. Développer des compétences permettant de favoriser une approche pédagogique optimale avec les étudiantes en sciences infirmières.
3. Appuyer mes interventions en enseignement des sciences infirmières sur des résultats probants.

Cadre de référence

La FSI de l'Université de Montréal propose un programme de premier cycle en approche par compétences (APC) depuis déjà plus d'une dizaine d'années. Le modèle de formation par compétence (FPC) de Lasnier (2014) sera le cadre de référence de la stratégie d'intervention pour le projet de stage. Celui-ci repose sur des fondements théoriques particuliers : le cognitivisme, le constructivisme et le socioconstructivisme. Le cognitivisme réfère à la façon qu'ont les apprenants d'aller chercher de nouvelles connaissances et aux stratégies

d'apprentissages qui leur permettront de les intégrer et de les utiliser (Tardif, 1992 ; Barbeau, Montiny et Roy, 1997 ; Lasnier, 2014). Le constructivisme intègre, comme le mot l'indique, la construction de connaissances. On part du principe qu'un apprenant ne peut pas recevoir passivement les connaissances d'un enseignant. Il doit être actif dans son apprentissage, construire de nouvelles connaissances et habiletés en allant chercher celles acquises antérieurement et en les jumelant à de nouveaux apprentissages (Tardif, 2006 ; Lasnier, 2014). Dans la même lignée, le socioconstructivisme réfère à la construction de connaissances et d'habiletés par la collaboration avec d'autres apprenants et enseignants qui ont des perceptions et des connaissances antérieures différentes (Lasnier, 2014). Le programme de 1^{er} cycle de la FSI a adopté la définition de compétence de Tardif (2006), soit un «savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation» (Tardif, 2006, p.22).

Recension des écrits

La simulation haute-fidélité (SHF) et le travail en équipe sont ressortis de manière prépondérante à travers les écrits récents concernant le développement de compétences en contexte critique pédiatrique. La SHF se définit comme étant une stratégie pédagogique qui remplace ou amplifie des expériences réelles par des expériences guidées évoquant ou répliquant des aspects substantiels du monde réel dans un environnement pleinement interactif [Traduction libre] (Gaba, 2004, p.i2). Les travaux de Mahoney, Hancock, Iorianni-Cimbak et Curley (2013) et ceux de Bowling (2015) se sont intéressés à l'utilisation de la SHF dans un contexte de formation initiale en soins critiques pédiatriques. L'étude à devis mixte de Mahoney et al. (2013) proposait aux étudiantes infirmières (n=131) l'ajout d'activités de SHF dans le cours de pédiatrie, et ce, sur une base volontaire. Les résultats présentent une atteinte des objectifs d'apprentissage satisfaisante et un meilleur sentiment de préparation pour les stages de la part des participantes. De son côté, Bowling (2015), a voulu mesurer le développement de compétences en matière de sécurité auprès d'une clientèle pédiatrique à l'aide d'une SHF auprès des étudiantes en sciences infirmières (n=73). Le chercheur conclut que le niveau de compétence des étudiantes a été augmenté, mais plusieurs actes essentiels pour la sécurité étaient encore

omis. Cependant, ces éléments sécuritaires ciblés demeurent non spécifiques à la clientèle critique pédiatrique (vérification du bracelet, administration de médication, etc.).

Kane, Pye et Jones (2011), Straka, Burkett, Capan et Eswein (2012) ainsi que Bultas, Hassler, Ercole et Rea (2014) s'intéressent également à la SHF, mais dans une optique de formation continue en soins critiques pédiatriques. Kane et al. (2011) ont développé et implanté une formation pour préparer les nouvelles infirmières à travailler en soins intensifs pédiatriques (SIP) auprès d'enfants avec des situations de santé complexes. Bien que le degré de compétence n'ait pas été évalué dans cette étude, le niveau de confiance pour intervenir en cas de détérioration critique était significativement plus élevé chez les participants (n=65) à la suite de la formation. De leur côté, Straka et al. (2012), de même que Bultas et al. (2014) ont voulu déterminer l'influence de la SHF sur la capacité des infirmières en pédiatrie à identifier les signes de détérioration clinique chez un enfant. Les résultats suggèrent également que la SHF augmente les capacités des infirmières à reconnaître les signes de détérioration chez la clientèle pédiatrique. Dans une perspective plus large, les travaux d'Allan et al. (2010), de Bank, Snell et Bhanji (2014) ainsi que ceux de Cheng, Donoghue, Gilfoyle et Eppich (2012) se sont penchés sur l'importance du travail en équipe lors d'une situation de soins aigus en pédiatrie. Allan et al. (2010) ainsi que Bank et al. (2014) concluent que la SHF en équipe augmente la confiance des professionnels de la santé dans la gestion d'une éventuelle situation de réanimation en SIP. Cheng et al. (2012), dans le même ordre d'idée, insistent sur les bénéfices de cette méthode dans la prévention des erreurs attribuables à un problème de communication.

Les écrits présentent la SHF et le travail en équipe comme étant les pratiques les plus actuelles pour le développement de compétences en contexte de soins critiques pédiatriques. Le projet de stage étant partie intégrante de l'unité *SOI 2609 - Situations critiques de santé* au baccalauréat en sciences infirmières, il faut tenir compte du cadre établi et du contexte entourant le projet. L'absence de mannequin haute-fidélité pédiatrique et la gestion complexe de cohortes nombreuses ne permettaient pas l'application intégrale des écrits recensés. Cependant, dans toutes les études en SHF analysées ci-haut, les chercheurs font mention, avec un niveau de détail varié, d'une portion théorique précédant l'activité. Il faut donc comprendre que la SHF, lorsque réalisée en contexte d'apprentissage, est l'investissement de connaissances théoriques acquises

au préalable. En contexte d'APC, on nomme ce type de connaissances « ressources internes » (Tardif, 2006). Celles-ci sont primordiales dans le développement des compétences chez les étudiantes, puisque c'est la façon dont elles mobilisent et combinent ces ressources qui témoigne de leur niveau de compétence (Tardif, 2006). Une stratégie d'intervention misant davantage sur l'acquisition de ressources internes en soins critiques pédiatrique s'avère une avenue intéressante, d'autant plus que cette clientèle est peu représentée dans l'unité *SOI 2609 - Situations critiques de santé*.

Conservant l'idée de simulation, mais à moins haute-fidélité, la contextualisation des apprentissages est essentielle. La compétence ne peut être dénuée de tout contexte, et doit pouvoir être exercée dans une famille de situation (Tardif, 2006). Aussi, la contextualisation favoriserait une meilleure intégration des apprentissages dans la pratique (Benner et al., 2009). Le socioconstructivisme est aussi un concept central de la recension, puisque la réalisation d'apprentissages en équipe est présente dans presque tous les écrits analysés. Enfin, les activités de SHF placent l'apprenant au centre de ses apprentissages, ce dernier détenant un rôle actif dans la construction de ses connaissances. Tel que l'APC le suggère, l'apprenant détient la responsabilité de ses apprentissages et doit s'y engager activement (Lasnier, 2014). Bien que les écrits présentent la SHF comme étant la stratégie d'enseignement la plus efficiente, l'apprentissage assisté par les pairs (AAPP) est une alternative intéressante pour le développement de compétences en contexte de soins critiques pédiatriques. Cette stratégie rejoint la contextualisation, le socioconstructivisme et le principe de l'apprenant actif, tout en rappelant une sorte de simulation, mais à moins haute fidélité. Cette stratégie vise le développement de la compétence *exercer un jugement clinique infirmier*, très présente dans l'unité *SOI 2609 – Situations critiques de santé*. De plus, l'approche pédagogique de l'AAPP encourage les étudiantes à démontrer leur compétence *agir avec humanisme en accompagnant les personnes / famille dans leur expérience de santé* par la contribution à l'actualisation des compétences de leurs collègues (FSI, 2010). Ce type d'approche pédagogique peut également contribuer au développement du rôle de l'infirmière relatif aux dimensions d'enseignement et d'actualisation des connaissances (D'Amour, Hardy-Dubois, Déry, Clarke, Tchouaket, Blais et Rivard, 2012).

Henning Weidner et Marty (2008) ont conduit une revue de littérature afin de cibler les circonstances d'utilisation de l'AAPP et les bénéfices de cette stratégie dans l'enseignement clinique aux professionnels de la santé. Le terme « apprentissage assisté par les pairs » est celui qui est utilisé par les auteurs, de manière à englober plusieurs autres définitions. L'AAPP se définit comme le processus de compréhension et d'acquisition de connaissances et d'habiletés entre étudiants de niveaux académiques ou expérientiels équivalents ou différents [Traduction libre] (Henning et al., 2008, p.85). Selon Henning et al. (2008), les bénéfices de l'AAPP se situent surtout au niveau de l'approfondissement de la compréhension par les étudiants. Plusieurs des études recensées montraient que l'AAPP engageait les étudiants à approfondir et à maîtriser les notions qu'ils devaient enseigner. Une revue de littérature conduite par Stone, Cooper et Cant (2013) permet de cibler, plus précisément en sciences infirmières, les répercussions de cette stratégie. En ce qui concerne les avantages, notons une diminution de l'anxiété et un sentiment d'intimidation moins grand pour celui qui bénéficie de l'enseignement. Une augmentation du niveau de confiance en soi, une augmentation de la capacité de résolution de problèmes de manière indépendante et une prise en charge autonome de ses apprentissages ont été rapportés comme étant des avantages principalement attribuables à celui qui dispense l'enseignement. Le développement d'aptitudes de collaboration ainsi que l'augmentation du niveau de motivation sont généralement des aspects positifs qui ressortent de l'AAPP. Les auteurs indiquent que l'AAPP est une stratégie bien reçue par des étudiants et qu'elle est équivalente, voire supérieure dans certains cas, à d'autres stratégies d'enseignement en sciences infirmières. Elle peut constituer une solution à certains problèmes d'ordre financiers ou liés à un manque de ressources, bien qu'ils ne devraient pas en être l'unique motif. McKenna et French (2011) rapportent aussi que l'enseignement par les pairs permet aux étudiants de porter un regard réflexif sur leurs propres apprentissages et de mieux comprendre l'importance du rôle d'enseignant de l'infirmière. De plus, cela peut renforcer leur sentiment d'accomplissement et de fierté. Ces données concordent avec les résultats obtenus par Brannagan, Dellinger, Thomas, Mitchell, Trabeaux et Dupre (2013) qui rapportent que, suite à leur expérience d'apprentissage par les pairs, les étudiants en sciences infirmières étaient en mesure de visualiser l'implication d'une telle activité dans leur pratique. Finalement, plus spécifiquement en pédiatrie, l'étude phénoménologique de Chojecki, Lamarre, Buck, St-Sauveur, Eldaoud et Purden (2010) s'est intéressée à l'expérience de l'AAPP dans un milieu de stage pédiatrique. Les auteurs

rapportaient que l'unité de pédiatrie représentait un environnement qui pouvait être angoissant pour et le jumelage entre étudiants a permis de diminuer le niveau d'anxiété et de rendre les relations pédagogiques moins hiérarchisées.

Stone et al. (2010) spécifient que cette stratégie d'apprentissage peut aussi générer de l'anxiété, de l'appréhension ou de l'insécurité. Celui qui enseigne peut ressentir de l'inquiétude relativement à son niveau de préparation. D'autre part, il est possible que l'apprenant craigne de ne pas détenir les informations exactes ou complètes. Les auteurs insistent sur la supervision de l'activité par un tuteur afin de s'assurer que le niveau de transmission de l'information est adéquat et sensiblement équitable.

En somme, les études indiquent que l'AAPP peut être une stratégie d'apprentissage motivante, qu'elle permet de diminuer d'une certaine façon l'anxiété des étudiants tout en leur permettant de prendre confiance en eux et en leurs compétences. Elle est également une stratégie pédagogique active, qui favorise l'apprentissage basé sur socioconstructivisme et qui permet une certaine contextualisation. Il faut néanmoins rester vigilant pour éviter qu'une telle activité ne crée de l'insécurité chez les étudiantes. L'accompagnement par un enseignant est nécessaire afin d'assurer une supervision adéquate des activités, une répartition équitable des informations et de guider les interventions.

Déroulement du stage

Planification de l'intervention

La stratégie d'intervention est un atelier d'AAPP mettant de l'avant l'évaluation clinique infirmière de la clientèle pédiatrique en contexte de soins critiques. Cette stratégie permet aux étudiantes de mobiliser et de combiner des ressources déjà acquises dans les cours et les stages antérieurs, mais dans un contexte différent. Suivant le principe d'itération de Lasnier (2012), des notions de distinctions anatomo-physiologiques, d'approche et de communication ont aussi été insérées dans le cadre de l'atelier. L'atelier rencontre aussi le principe de socioconstructivisme, central à l'APC, en permettant aux étudiantes de construire de nouvelles

connaissances par des échanges. Le tableau ci-dessous présente la planification du déroulement de l'atelier :

Tableau 1 : Planification du déroulement de l'atelier

Activité	Durée	Description
Introduction	5-10 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de la tutrice • Signification de l'atelier • Clarification du déroulement • Accent mis sur l'évaluation ciblée
Période 1 de l'atelier (travail sur les situations)	75 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Classe est divisée en quatre groupes • Une mise en situation par équipe • Réponse aux questions de la mise en situation (devenir expert de son sujet) • Tutrice circule, répond aux questions au besoin, met l'accent sur éval. ciblée
Pause	20 min.	
Période 2 de l'atelier (partage des connaissances)	75 min. (prévoir environ 15 min. par présentation)	<ul style="list-style-type: none"> • Reformation de quatre groupes avec minimum un expert de ch. sujet par équipe (répartition faite au préalable) • Enseignement aux collègues, échanges concernant les réponses aux mises en situations • Tutrice circule, répond aux questions au besoin, met l'accent sur contexte
Conclusion et questions <i>quiz</i>	Selon le temps disponible	Rappel du but de l'atelier Renforcement positif Questions de révision à répondre en GG

Pour la planification de la stratégie d'intervention, différents documents ont été élaborés. Quatre mises en situation ont été rédigées et se composent d'une courte vignette clinique décrivant un enfant d'une tranche d'âge différente qui présente un problème affectant un système anatomo-physiologique particulier. Trois à cinq questions à développement portant sur l'évaluation clinique, les distinctions anatomo-physiologiques et les stratégies d'approche et de communication accompagnent chacune des vignettes. Voici un exemple de mise en situation :

Tableau 2 : Exemple de mise en situation et de questions pour l'atelier

Vous êtes en stage à l'urgence et vous êtes aujourd'hui au triage en compagnie de votre préceptrice. Martha, 4 mois, arrive à l'urgence dans les bras de sa maman. Depuis quelques
--

jours, elle la trouve plus fatiguée, elle prend moins bien le sein et elle tousse. Lorsque vous la questionnez, elle vous informe que Martha a fait de la température jusqu'à 38,5 rectale hier et vous indique que sa grand-maman a eu un rhume dernièrement. Comme ce n'est pas votre première journée de stage, votre préceptrice vous laisse débiter l'évaluation. Vous procédez à votre évaluation primaire (ABCD). Tout en poursuivant votre évaluation secondaire, vous faites l'évaluation ciblée (H) de Martha.

- Quels sont les éléments permettant de faire une évaluation ciblée au niveau respiratoire chez Martha? Justifiez ces éléments.
- Durant votre évaluation, vous vous souvenez que votre préceptrice vous avait parlé que l'approche à l'enfant ne se fait pas nécessairement de la même façon qu'à l'adulte. Ainsi, quelles stratégies de communication et d'approche seraient les plus adaptées à l'âge de Martha (nourrisson) pour procéder à son évaluation dans ce contexte?
- Suite à votre évaluation, Martha est rapidement vue par un médecin. Votre préceptrice en profite pour discuter avec vous du système respiratoire de l'enfant de manière générale. Elle vous demande : Non seulement pour Martha, quelles sont les particularités/ distinctions du système respiratoire chez la clientèle pédiatrique (toutes tranches d'âge confondues) ?

Pour chacune des mises en situation, une liste de trois à cinq références permettant de répondre aux questions des mises en situation est suggérée. Le guide de l'étudiant, disponible à l'appendice A, présente les consignes relatives au déroulement de l'atelier. Le guide de la tutrice présente le déroulement temporel ainsi que le rôle attendu de la tutrice pour l'atelier. Enfin, une question d'examen à court développement et un guide de correction ont été élaborés. L'ouverture d'une plateforme dédiée à l'atelier sur le site électronique du cours (StudiUM) comprenait la répartition des équipes, les références proposées selon les mises en situation et le guide étudiant ainsi qu'un forum de partage. Dans chaque classe, quatre équipes de huit étudiantes ont été formées pour la première partie de l'atelier. Une mise en situation différente a été respectivement attribuée de façon aléatoire à chacune des équipes. Pour la deuxième partie de l'atelier, de nouvelles équipes de huit étudiantes ont été reformées, avec au moins une à deux

représentantes de chaque mise en situation par équipe. Au total, six classes d'environ 36 étudiantes ont participé à l'atelier pour un total de 216 étudiantes.

L'intervention s'est déroulée au sein de la FSI de l'Université de Montréal, précisément à l'intérieur de l'unité *SOI 2609 – Situations critiques de santé*, au programme de 1^{er} cycle. Les étudiantes prenant part à l'activité sont en cinquième session et proviennent des cheminement baccalauréat initial et formation intégrée DEC-BAC. L'activité se déroule cinq semaines après le début des cours, soit un peu avant la mi-session pour les étudiantes. En raison de la structure séquentielle de cours adoptée à la FSI, les étudiantes ne participaient qu'à l'unité *SOI 2609 – Situations critiques de santé* au moment où se déroule l'atelier. L'accompagnement des étudiantes durant l'atelier a été fait par moi et par une autre tutrice (une tutrice par classe), détenant toutes deux un bagage expérientiel clinique en soins critiques pédiatriques et ainsi qu'une expertise de tutorat.

Mise à l'essai de l'intervention

L'atelier s'est déroulé suivant la séquence prévue et décrite dans le guide de la tutrice. La première partie a duré 70 minutes, avec des écarts d'environ 20 minutes d'une équipe à l'autre et la deuxième partie a duré 60 minutes, avec des écarts d'environ 10 minutes. L'atelier s'est terminé environ 10 minutes avant l'heure prévue de la fin. Des étudiantes avaient déjà fait des lectures à l'avance et d'autres non, bien qu'il ait été précisé dans le guide étudiant qu'il n'était pas nécessaire de consulter les références avant le cours.

L'atelier a débuté par la présentation de la tutrice et des précisions concernant l'atelier. Durant l'activité, celle-ci circulait auprès des équipes pour clarifier le déroulement, préciser le sens de certaines questions, observer le fonctionnement des équipes et assurer la gestion du temps. Durant la première partie, elle validait les informations que les équipes avaient trouvées en réponse à la mise en situation. Elle posait également des questions afin de les guider vers des éléments de réponses qu'elles n'avaient pas abordés encore. Durant la deuxième partie, moins d'interventions ont été faites par la tutrice. À quelques reprises, un rappel a dû être fait aux étudiantes concernant l'importance de contextualiser leurs stratégies d'approche et de communication à la situation et à l'aspect critique. L'atelier s'est terminé par une conclusion en

grand groupe comprenant un rappel de l'aspect significatif de l'atelier et quelques questions récapitulatives couvrant les quatre mises en situation.

Une expérience un peu différente a été tentée avec le dernier groupe. La première partie s'est déroulée sensiblement de la même façon, mais la présentation en deuxième partie s'est faite en grand groupe. Il nous a semblé que les étudiantes ont été plus soucieuses de leur préparation lors de la première partie, qu'elles ont maximisé l'utilisation de leur temps pour préparer leur présentation. Moins d'écarts dans le temps de préparation entre les équipes ont donc été observés. En deuxième partie, toutes les équipes participaient simultanément aux présentations, ce qui a permis davantage d'interventions et d'uniformisation de l'information de la part de la tutrice.

Discussion

Dans la présente section, un regard critique et réflexif est posé sur l'ensemble de la démarche entourant le stage. Ainsi, le processus de planification de la stratégie d'intervention sera mis en relation avec le contexte pédagogique. Ensuite, il sera question de décrire l'évaluation de l'intervention, d'identifier les forces et les limites de l'intervention et de proposer des recommandations. Aussi, un retour sera fait sur l'atteinte des objectifs de stage et les objectifs personnels d'apprentissage.

Liens entre l'atelier, les assises et le cadre théorique

Liens avec les assises théoriques de l'APC

Le paradigme de l'apprentissage et la planification d'une activité en APC s'inscrivent dans une vision de la pédagogie qui se rejoint en plusieurs points. Le paradigme de l'apprentissage, contrastant avec celui de l'enseignement, se veut centré sur l'apprenant et sur sa participation active. Selon cette vision, l'enseignant n'agit pas à titre d'expert, mais doit plutôt guider les apprenants en leur fournissant les ressources nécessaires pour répondre à leurs questions (Tardif, 1998). L'atelier a été pensé de manière à ce que ce soit essentiellement les étudiants qui s'engagent dans la réalisation de leurs apprentissages. Le guide tutrice a été conçu de manière à ce que la tutrice favorise le travail en petites équipes et les accompagne dans leurs

apprentissages par le questionnement. Toujours dans le même paradigme, Tardif (1998) rappelle l'importance de contextualiser les apprentissages afin de permettre une meilleure transférabilité. Cette vision de la pédagogie se colle également bien aux fondements théoriques tels que le cognitivisme et le constructivisme, qui ont été des piliers dans la préparation de l'atelier et sont en lien avec l'approche pédagogique de la FSI (contexte de réalisation du stage).

Le cognitivisme allie la manière qu'ont les étudiants d'acquérir de nouvelles connaissances et les stratégies d'apprentissages qu'ils utilisent pour pouvoir ensuite les utiliser (Tardif, 1992 ; Barbeau, Montiny et Roy, 1997 ; Lasnier, 2014). Pour cela, la tâche proposée à l'apprenant doit bénéficier d'un contexte, d'une signifiante et demeurer dans sa zone proximale de développement. Cela signifie que l'activité proposée n'est pas vue comme étant insurmontable, mais qu'elle représente un défi suffisant pour susciter la motivation de l'apprenant (Tardif, 1992). Afin de s'assurer le plus possible que cet atelier respectait la zone proximale de développement des étudiantes, une étroite collaboration a été établie avec ma directrice et une tutrice d'expérience. À l'aide de ces dernières, le déroulement de l'activité et la charge de travail demandé aux étudiants ont été validés à plusieurs reprises au cours des étapes de planification. À partir du moment où une activité d'apprentissage respecte cette zone, une certaine cascade s'enchaîne, ce qui amène l'apprenant à se questionner et à prendre conscience de ce qu'il ne connaît pas sur le sujet. C'est ce qu'on appelle le déséquilibre cognitif, qui permet habituellement la génération de nouvelles connaissances (Aylwin, 1992), aussi appelées ressources internes. Ces connaissances peuvent être déclaratives, procédurales et conditionnelles (Boulet, Savoie-Zajc et Chevrier, 1996). Dans le cadre de cet atelier, ce sont principalement des connaissances déclaratives et conditionnelles qui étaient ciblées. Les distinctions anatomo-physiologiques propres aux enfants étaient en lien avec la génération de connaissances déclaratives, celles-ci faisant essentiellement référence à la théorie et à l'acquisition de notions. D'un autre côté, l'évaluation ciblée et les stratégies d'approche et de communication étaient plus intimement liées à la génération de connaissances conditionnelles. Ce type de connaissance réfère surtout à la mise en application de différentes connaissances au moment approprié, dans différents contextes (Boulet et al., 1996).

Le constructivisme est intimement relié au cognitivisme et présente l'utilisation des connaissances antérieures comme étant nécessaire à l'acquisition de nouvelles connaissances (Lasnier, 2014). La réactivation des connaissances antérieures au cours de l'atelier a surtout été en lien avec les stratégies d'approche et de communication, concepts vus antérieurement par les étudiantes, mais jamais dans un contexte de soins critiques. Toujours selon le principe de *constructivisme*, l'apprenant ne peut pas simplement recevoir passivement les connaissances que l'enseignant tente de lui transmettre, il est primordial qu'il soit actif dans la construction de ses connaissances. L'autonomie de l'apprenant, l'utilisation de sources variées et l'ouverture aux questionnements sont des stratégies pédagogiques cohérentes avec le constructivisme (Lasnier, 2014). L'atelier a été pensé de manière à inciter l'apprenant à prendre une part active dans la réalisation de ses apprentissages, entre autres, par la recherche d'informations parmi les références à leur disposition. L'activité de partage des connaissances en deuxième partie de l'atelier incite l'apprenant à s'impliquer activement au début puisqu'il devra bien maîtriser la matière pour pouvoir ensuite l'enseigner à ses collègues.

Dans la continuité du constructivisme arrive le socioconstructivisme. Ce principe réfère à la construction de connaissances par la collaboration entre apprenants. Ce fondement théorique détient les mêmes bases que le constructivisme, mais dans une optique sociale où l'on construit des connaissances ensemble, à partir des connaissances des autres (Lasnier, 2014). Ce fondement théorique a été mis à contribution dans la totalité de l'activité, puisque les deux phases de celle-ci reposaient sur le travail actif, à l'intérieur de petites équipes.

Liens avec la formation par compétences selon Lasnier (2014)

Afin de pouvoir situer une activité pédagogique dans une approche par compétences, Lasnier (2014) présente 10 principes de la formation par compétence qui font directement référence à la mise en application des fondements théoriques discutés ci-haut. La **globalité** sollicite l'intégration d'un contexte à l'apprentissage, souvent par l'utilisation d'une situation globale et complexe intégrant plusieurs éléments à la fois. Ceci donne une vision d'ensemble à l'apprenant et lui permet de comprendre, dès le début, quelles ressources il doit acquérir, approfondir et mobiliser pour démontrer la compétence. Concernant l'atelier, la globalité peut être vue dans l'élaboration des quatre mises en situation qui offrent une vue d'ensemble sur les

apprentissages à réaliser pour chaque équipe et le contexte d'application de ceux-ci. Le principe de **construction** fait référence à l'importance que les connaissances antérieures détiennent dans la génération de nouveaux acquis. Autrement dit, les nouvelles connaissances seront nécessairement créées à partir de ce que l'apprenant sait déjà. Il est donc primordial de tenir compte du point de départ des étudiants lors de l'activité pédagogique et de leur permettre d'utiliser ces références déjà ancrées. Pour l'atelier, les apprenants avaient déjà intégré certaines ressources en lien avec les soins critiques au cours de la session courante et en lien avec la pédiatrie au cours des sessions passées. L'activité engageait les étudiantes à se référer à ce qu'elles avaient déjà appris sur l'évaluation ciblée, le contexte de soins critiques ainsi que sur les stratégies de communication et d'approche à l'enfant. Il a été intéressant de constater l'évocation d'expériences de stage ou de travail de la part des étudiantes pour les deux phases de l'atelier. L'**alternance** propose d'offrir de la variété dans les apprentissages, passant tantôt du global au spécifique et tantôt d'une activité d'apprentissage à une activité d'intégration. Ce principe est un complément au principe de globalité puisqu'on ne peut pas tout apprendre de manière globale. Dans l'atelier, l'alternance est vue par le passage de mises en situation présentant une situation globale vers des questions plus spécifiques. L'**application** permet de se réserver un temps pour pouvoir mettre en pratique les apprentissages et voir ce qui est acquis et ce qui reste à travailler. Ce principe est peu mis à contribution dans le cadre de cet atelier, puisque les étudiantes n'ont pas nécessairement l'occasion de faire un stage auprès de cette clientèle. Néanmoins, la question d'examen permettait aux étudiantes de valider leurs apprentissages. La **distinction** favorise la réflexion sur la façon dont les apprentissages sont réalisés. L'apprenant devrait prendre conscience qu'il existe une différence entre ce qu'il apprend (contenu) et comment il l'apprend (processus). Pour l'atelier, une portion de l'introduction faite par la tutrice était consacrée justement à l'explication du déroulement et à l'intention pédagogique derrière celui-ci. La **signifiante** renvoie directement à la motivation de l'apprenant. Ce dernier doit comprendre et voir en quoi cet apprentissage lui sera utile et significatif. Pour ce faire, l'introduction prévoyait que la tutrice mette l'accent sur la présence de la clientèle pédiatrique dans différents milieux, tels que l'urgence, afin de sensibiliser les étudiants à l'importance de cette activité. L'utilisation de mises en situation contextualisées permettait également d'augmenter davantage la signifiante. La **cohérence** assure que les activités d'enseignement, les activités d'apprentissages et les modalités d'évaluation soient

étroitement reliées et pointent toutes dans la même direction. L'APC ne peut pas, pour ainsi dire, être utilisé pour seulement une partie de l'activité, elle doit transparaître dans toutes les étapes, de la planification jusqu'à l'évaluation. Pour cette activité, la planification et la modalité d'évaluation ont été pensées au même moment, lorsque la liste des ressources à acquérir a été établie. De plus, la formule atelier en petites équipes converge vers une activité d'apprentissage cohérente avec l'APC, rejoignant le principe de socioconstructivisme. L'**intégration**, aussi mise à profit dans le principe de globalité et d'alternance, suggère que tous les éléments d'apprentissage doivent être liés. Il est primordial que les apprentissages spécifiques aient un lien qui les unit, entre eux et à la compétence, afin de rejoindre le principe de globalité. Le principe d'intégration est surtout vu dans les mises en situation, qui ont d'ailleurs servi pour les principes de globalité et d'alternance. Un fil conducteur est présent entre les différentes questions spécifiques qui sont rattachées à la mise en situation, plus globale. Le principe d'**itération** propose que l'apprenant soit exposé à plusieurs reprises aux mêmes ressources, mais avec des stratégies d'activité d'apprentissage et des contextes différents. Pour ainsi dire, il est pertinent de réinvestir les apprentissages réalisés par les étudiants dans différentes familles de situation. Ce principe est exploité au niveau des stratégies d'approche et de communication à l'enfant. Ces notions ont été apprises dans les années précédentes, mais cette fois les apprenants devaient décider de la façon de les appliquer en contexte critique. Le **transfert** encourage l'apprenant à voir comment il peut utiliser un apprentissage dans d'autres contextes, sous d'autres conditions. L'investissement que l'apprentissage demande doit pouvoir être utilisable dans d'autres situations. L'utilisation des mises en situation dans l'atelier permet de situer les étudiantes dans un contexte près de la réalité. Elles peuvent donc constater la possibilité de transférer ces apprentissages au cours d'un stage, ou dans leur pratique.

Évaluation de l'intervention

Commentaires informels

Afin d'évaluer la stratégie d'intervention, les commentaires des étudiantes en cours d'atelier ont été considérés. Dès l'introduction, les étudiantes ont été invitées à communiquer leurs impressions concernant l'atelier, en cours ou à la fin de celui-ci. Certaines m'ont partagé leur appréciation de l'activité, surtout concernant le type de clientèle. Des étudiantes m'ont

également transmis des remarques constructives concernant le déroulement. Par exemple, il a été suggéré que tout le monde ait fait les lectures avant de se présenter en classe et que l'ordre des questions dans les mises en situation soit inversé de manière à ce qu'on parle des distinctions anatomo-physiologiques en premier.

Résultats au questionnaire d'appréciation

Afin d'élargir la perspective d'évaluation, les étudiantes ont été invitées, sur une base volontaire, à remplir un questionnaire d'appréciation à la fin de l'atelier (appendice B). La majorité des étudiantes y ont répondu. Celui-ci comportait un volet quantitatif et un qualitatif. L'appendice C présente la compilation des résultats en fonction de chacun des groupes ainsi qu'un regroupement des principaux commentaires rédigés par les étudiantes. Ce qui a été le plus apprécié par les étudiantes concernait le contenu pédiatrique, l'aspect interactif de l'atelier et l'encadrement de la tutrice. La structure de l'atelier et la pertinence des références ont été les éléments les moins bien notés par les étudiantes. Les pistes d'amélioration suggérées référaient principalement à la possibilité de faire les lectures à l'avance ou de les diviser au sein de l'équipe.

Constats face aux réponses à la question d'examen

L'évaluation de la stratégie d'intervention a également été possible grâce aux réponses des étudiantes à une question à l'examen de mi-session traitant des concepts vus en atelier. Dans le guide de correction étaient identifiés les éléments essentiels attendus, les éléments jugés acceptables et ceux considérés comme superflus. La présence de tous les éléments essentiels était nécessaire à l'obtention de la note « très satisfaisant ». La présence d'une quantité trop importante d'éléments de réponse superflus pouvait modifier négativement l'évaluation de la réponse de l'étudiante. Le niveau de réussite à la question relative à l'atelier a été très variable. On a pu constater que les étudiantes ont eu de la difficulté à contextualiser leurs éléments de réponse en fonction de la vignette.

Réflexions sur le projet

Les réflexions, dont sera l'objet la présente section, sont issues des trois modalités d'évaluation de l'intervention qui ont été présentés dans la précédente section. Les forces et les

retombées de la stratégie d'intervention seront d'abord présentées pour ensuite réfléchir sur les limites et les recommandations.

Forces

Le fait que les étudiantes étaient actives durant l'activité rejoint non seulement les fondements de l'APC, mais aussi l'intérêt des participantes. L'atelier a été globalement apprécié et le caractère interactif a été un aspect qui a particulièrement plu aux étudiantes. Dans la première partie, les étudiantes collaboraient activement et de beaux exemples d'entraide et d'écoute ont été observables tout au long de l'atelier. Dans la revue de littérature conduite par Stone et al. (2013), on rapporte que l'apprentissage par les pairs permet en général le développement de compétences interactives et collaboratives ce qui contribue à l'augmentation de la motivation. Même si cela n'a pas été verbalisé directement de la part des étudiantes, il est possible que la motivation de celles-ci ait été stimulée par cet aspect collaboratif et interactif de l'atelier. Il est également probable que ce type d'apprentissage guide les étudiantes vers une meilleure capacité de résolution de problème et favorise leur prise en charge des apprentissages (Stone et al., 2013).

L'accompagnement des étudiantes par la tutrice durant l'atelier constituait un facteur déterminant et a contribué significativement au bon déroulement de celui-ci. Durant la première partie, beaucoup de validation a été faite auprès des étudiantes à l'égard des mises en situation. Des questionnements suscitant la réflexion ont été soulevés aux étudiantes et la confirmation des réponses était discutée avec la tutrice par la suite. Comme un sentiment d'insécurité peut souvent être vécu par les étudiantes en AAPP (Chojecki et al., 2010), une approche encadrante et une validation par la tutrice ont pu contribuer à diminuer ce sentiment. Stone et al. (2013), tout comme Chojecki et al. (2010) rapportent la valeur et l'importance du superviseur dans les activités d'apprentissage par les pairs.

Durant l'atelier, plusieurs exemples de partage d'expériences personnelles entre les étudiantes ont été constatés. Que ce soit lors de la première partie pour la préparation ou en deuxième partie pour les présentations, plusieurs anecdotes étaient partagées entre les étudiantes. Celles-ci étaient, la plupart du temps, tout à fait cohérentes avec les éléments discutés

dans le cadre de l'atelier. Ces échanges ont permis dans plusieurs cas d'enrichir les apprentissages des étudiantes. Ce type de partage rejoint naturellement les principes entourant le socioconstructivisme, fondement à la base de l'APC et de ce projet. Les étudiantes ont pu bénéficier et apprendre à partir des expériences et des connaissances de leurs collègues.

Le retour récapitulatif en conclusion de l'atelier a été fortement apprécié par les étudiantes, cela leur a permis de clarifier des incertitudes restantes. Afin d'assurer une certaine uniformisation des informations, comme Stone et al. (2013) le recommandent, les questions de révision discutées en grand groupe couvraient l'ensemble des mises en situation travaillées en atelier. En terminant, un bref rappel a été fait sur le but initial de l'atelier avec les étudiantes, de manière à leur rappeler qu'elles devaient se familiariser avec les concepts, et non pas devenir des expertes. Pouvoir mettre en relation les apprentissages réalisés avec l'objectif initial est souvent bénéfique en conclusion d'une activité pédagogique puisque cela permet aux étudiantes de porter un regard sur ce qu'elles ont appris et de se réajuster au besoin (Aylwin, 1992).

Retombées

Les retombées de cette stratégie d'intervention ont permis l'implantation d'un atelier interactif portant sur l'évaluation clinique de la clientèle pédiatrique dans l'unité *SOI 2609 – Situations critiques de santé*. Certains ajouts concernant cette clientèle ont également été réalisés dans les laboratoires et les APSIC du même cours. La diffusion du processus de planification, de la mise à l'essai et des résultats a également été réalisée auprès de partenaires de la faculté. Cette stratégie d'intervention offre une place supplémentaire à la pédiatrie au sein du programme de premier cycle en sciences infirmières.

Limites

L'investissement des étudiantes dans leur enseignement aux pairs en deuxième partie de l'atelier n'a pas eu la portée qui avait été imaginée au départ. En réalité, les étudiantes se sont peu préoccupées de la préparation d'une présentation interactive et stimulante pour partager leurs connaissances à leurs collègues. Pourtant, les étudiantes de ce niveau devraient être en mesure de dispenser un enseignement adapté à sa clientèle en tenant compte du contexte. Celles-ci devraient pouvoir initier la recherche de nouvelles informations et en faire le partage avec

leurs collègues (FSI, 2010). Une des rôles importants de l'infirmière clinicienne est celui d'éduquer, que ce soit aux patients et à leur famille, ou encore à des collègues (Dallaire, 2008; D'Amour, 2012). Ainsi, la deuxième partie de l'atelier visait, entre autres, à ce que les étudiantes démontrent leurs compétences en ce sens. Néanmoins, la plupart a simplement communiqué de façon linéaire les informations trouvées en réponse aux questions de la mise en situation. Les étudiantes n'avaient peut-être pas saisi l'importance de ce rôle d'éducation dans l'atelier, et éventuellement pour leur pratique. Cela a occasionné des échanges plutôt unidirectionnels et peu interactifs entre les « formateurs » et les « apprenants ». Pourtant, les travaux de McKenna et French (2011) et ceux de Brannagan et al. (2013) avancent que les étudiantes voyaient l'expérience de l'AAPP comme étant bénéfique pour le développement de leurs compétences en enseignement. Il est possible que le manque de précision dans les indications dans le guide et de la part de la tutrice ait été la source de cette situation problématique. Stone et al. (2013) insistent sur l'importance de la supervision de l'activité afin de s'assurer que la transmission des informations entre les étudiantes soit adéquate et sensiblement équitable. D'un autre côté, il est possible que les étudiantes aient pris la deuxième partie moins au sérieux puisqu'elle se déroulait dans un contexte d'échanges en petites équipes. Lors de la réalisation du dernier atelier, une formule différente a été expérimentée, soit celle de la présentation en grand groupe pour la deuxième partie. De manière assez significative, une meilleure préparation de la part des équipes et une présentation moins linéaire ont été observées en comparaison avec la formule initialement prévue. On peut supposer que la présentation en grand groupe a été un facteur de motivation pour préparer de manière plus assidue l'enseignement. Une limite de cette seconde approche réside dans la participation inégale des étudiantes dans l'enseignement. Fréquemment, dans une équipe de huit à dix étudiantes, seulement trois ou quatre participaient à la présentation. Ainsi, cela n'offrait pas à chaque étudiante l'occasion de démontrer ses compétences en enseignement.

Une autre limite de l'intervention réside dans l'inégalité de la répartition du temps d'une équipe à l'autre, ce qui a parfois causé de longues périodes d'inactivité pour certaines équipes. Ces délais pouvaient survenir à deux moments durant l'atelier. En première partie, entre la fin de la préparation et la pause, et en deuxième partie, entre la fin des présentations et le retour récapitulatif en grand groupe. Afin de couvrir ces « temps morts » en première partie, il avait

été prévu initialement que la tutrice pose des questions de réflexion. Néanmoins, la plupart du temps ces questions étaient répondues rapidement par les étudiantes puisqu'elles étaient en lien avec les questions auxquelles elles avaient déjà à répondre. En deuxième partie, ce problème était moins flagrant, mais est tout de même demeuré présent. Lors du dernier atelier, où la deuxième partie a été réalisée en grand groupe, on a constaté une diminution de ces périodes d'inactivités. En première partie, parce que les étudiantes s'investissaient dans la préparation et dans la précision des informations qu'elles allaient transmettre. En deuxième partie, ce problème était absent puisque l'activité d'enseignement se déroulait en grand groupe, ce qui assurait par défaut une égalité du temps. Ce problème n'était pas vraiment représenté dans les écrits traitant de l'AAPP. Dans ces écrits toutefois, le contexte d'apprentissage dans lequel s'insérait l'activité était peu décrit. Ainsi, on peut se demander si le contexte d'APC propre à la FSI a pu avoir une influence sur le sentiment d'insécurité des étudiantes face au niveau de préparation à l'atelier. Chojecki et al. (2010) indiquent que l'AAPP peut générer un sentiment d'iniquité ou d'insécurité chez les étudiants, ce qui a pu être le cas lors de l'atelier. Les étudiantes ont pu ressentir une certaine insécurité lorsqu'elles constataient que cela leur prenait plus de temps pour préparer leurs présentations, où encore sentir une inégalité lorsque leurs collègues leur transmettaient trop rapidement les informations.

L'absence de préparation nécessaire à l'atelier a généré chez beaucoup d'étudiantes, un sentiment d'appréhension, et cela constitue une autre limite de l'intervention. Ce sentiment a été tel que plusieurs étudiantes avaient tout de même pris l'initiative de consulter les références au préalable. Considérant la session de cours déjà très chargée des étudiantes, l'activité se voulait limitée à l'expérience en classe seulement. Ces disparités entre le niveau de préparation des étudiantes et l'aspect parfois volumineux des références fournies a généré des inquiétudes pour les étudiantes, craignant de ne pas avoir assez approfondi la mise en situation durant le temps alloué en classe. Dans certaines équipes, cela a même créé des divisions entre les étudiantes qui avaient déjà lu et celles qui avaient suivi les consignes et ne s'étaient pas préparées. En grande majorité, les étudiantes auraient aimé lire les références avant de se rendre en classe, elles y auraient vu une meilleure efficacité lors de la première partie de l'atelier. Selon Stone et al. (2013), un des désavantages de l'apprentissage par les pairs peut justement être une

appréhension face à l'activité. Bien que ce sentiment puisse être multifactoriel, la peur de ne pas être assez préparé peut contribuer à augmenter l'anxiété dans ce cas.

Une autre limite concernait le manque de clarté d'une des questions des mises en situation, en lien avec les « éléments d'évaluation ciblée ». Bien qu'une description de cette question ait été abordée sommairement en introduction, une seconde intervention a été nécessaire dans chacune des équipes pour préciser le terme et les attentes par rapport à cette question.

Recommandations

La reconduction de cet atelier serait pertinente compte tenu des retombées, mais devrait prendre en considération les limites identifiées lors de cette première mise à l'essai. En introduction de la première partie, je recommande que la tutrice prenne le temps de questionner les étudiantes sur la signification du terme « éléments d'évaluation ciblée ». Afin de réactiver les connaissances des étudiantes, un lien devrait être fait avec le « H » de l'évaluation secondaire en soins critiques et le « E » de l'outil mnémotechnique de communication interprofessionnelle SAER. La tutrice pourra donner des exemples de l'utilisation d'une telle évaluation en soins critiques pédiatriques par des questions telles que: *Que communiqueriez-vous à votre préceptrice si une telle situation se présentait à vous en stage ? Quelles données transmettre au médecin lorsqu'un enfant présente une condition critique comme celle-ci?* En plus de réactiver leurs connaissances et de préciser les attentes, cette introduction permettrait aux étudiantes de situer la façon dont ces apprentissages pourraient être transférés dans leur pratique.

La deuxième partie de l'atelier, axée sur l'enseignement, devrait encourager les étudiantes à actualiser les compétences de leurs collègues. Les indicateurs de la compétence *agir avec humanisme en accompagnant les personnes / famille / communautés dans leur expérience de santé* spécifient que l'étudiante doit évaluer les besoins d'apprentissages, ajuster ses enseignements et valider la compréhension de la personne / famille / communauté (FSI, 2010). Pour rendre cette partie plus significative pour les étudiantes, il faudrait leur rappeler l'importance des dimensions du rôle infirmier relatives à l'enseignement et à l'actualisation des connaissances (D'Amour et al. 2012). Cela pourrait avoir un impact au niveau de la motivation

intrinsèque des étudiantes et les encourager à préparer une situation d'enseignement mieux adaptée. La tutrice pourrait jouer un rôle déterminant à ce niveau en assurant un meilleur encadrement. En introduction de l'atelier, je recommande que la tutrice questionne les étudiantes sur l'importance de l'enseignement dans la pratique infirmière. Des pistes de questionnements pourraient également concerner les principes de base d'un enseignement selon les meilleures pratiques afin de réactiver leurs connaissances antérieures à ce sujet. Un bref rappel devrait également être fait avant de débiter les situations d'enseignement en deuxième partie. Aussi, l'encadrement de la tutrice durant l'atelier devrait porter autant sur les compétences en enseignement que sur le contenu en tant que tel.

Enfin, je recommande de modifier les activités préparatoires à cette activité afin de diminuer le sentiment d'insécurité des étudiantes. La lecture de la documentation spécifique en lien avec la mise en situation attribuée permettrait probablement de rendre le travail en première partie plus efficace et de diminuer le sentiment d'appréhension des étudiantes face à l'atelier. Dans le même ordre d'idée, une période d'environ 15 minutes devrait être réservée, une semaine avant la tenue de l'atelier, afin d'en expliquer le déroulement aux étudiantes. Ce moment servirait à spécifier nos attentes et à introduire le concept « d'évaluation ciblée » et l'importance de l'enseignement dans la pratique infirmière. Cela rejoindrait le principe de distinction en permettant aux étudiantes de réfléchir non seulement au contenu, mais aussi à la stratégie utilisée pour réaliser les apprentissages.

Réflexion sur les objectifs de stage

« Identifier les besoins d'apprentissage en soins critiques pédiatriques des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières »

L'identification des besoins d'apprentissage s'est faite à différents moments du stage, soit lors de l'analyse visant à déterminer l'espace occupé par la pédiatrie dans le programme de premier cycle en sciences infirmières, puis lors de l'examen mi-session. Ces démarches ont fait ressortir l'importance de comprendre le contexte dans lequel une intervention pédagogique s'insère pour favoriser le constructivisme et l'itération. Tenir compte du parcours des étudiantes permet d'éviter le dédoublement d'informations, mais surtout, de réactiver judicieusement les

connaissances antérieures des étudiantes. De plus, l'utilisation de ces connaissances dans un contexte autre rejoint le principe d'itération, qui se définit par l'importance de soumettre à plusieurs reprises les étudiantes aux mêmes apprentissages, de différentes manières (Lasnier, 2014). Ainsi, dans l'atelier, les stratégies d'approche et de communication à l'enfant vues en première année devaient être contextualisées en soins critiques. La poursuite de cet objectif a également mis en valeur l'importance de construire une intervention pédagogique en gardant en tête ce qu'on souhaite évaluer ensuite comme formateur. Les éléments d'évaluation doivent être planifiés conjointement avec l'intervention pédagogique plutôt qu'après, afin de favoriser la cohérence.

« Identifier la ou les meilleures pratiques pour l'enseignement des soins critiques pédiatriques à des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières »

Le processus de recherche pour l'identification des meilleures pratiques a été façonné et modifié en fonction des éléments de contexte du stage. Comme les résultats probants ne peuvent généralement pas constituer l'unique point d'ancrage pour la réalisation d'une intervention pédagogique, une première recension permet souvent de cibler des éléments essentiels communs aux différents écrits. Pour ce projet par exemple, les concepts centraux de la SHF ont été retenus. Ensuite, l'expérience du formateur et le contexte dans lequel l'activité de formation aura lieu sont des éléments essentiels pour poursuivre la planification de l'intervention. Concernant la recension à la base de ce projet, le principe de l'apprenant actif, le socioconstructivisme et l'évaluation clinique ressortaient presque systématiquement de tous les écrits analysés. Ces concepts provenant de la recension initiale des écrits, combinés avec la considération du contexte du stage, ont permis d'établir une stratégie d'intervention cohérente avec le milieu et les ressources disponibles.

« Élaborer et mettre à l'essai une activité d'apprentissage en soins critiques pédiatriques cohérente avec l'approche par compétences »

Le processus d'élaboration a été inspiré par la démarche de planification d'une activité de formation par compétence de Tardif (2003), que Legault (2009) reprend de manière à présenter un modèle plus dynamique et circulaire. La cohérence existante entre les différentes étapes de planification de l'atelier a souligné l'importance de suivre une certaine ligne directrice

pour l'élaboration d'une intervention pédagogique. Cependant, le niveau de difficulté pour l'atelier a été plus délicat à traiter, ayant peu d'expérience en tant que formatrice auprès d'étudiantes de ce niveau. En APC, l'alternance entre le global et le spécifique requiert de situer la zone proximale de développement des étudiantes. Cette zone a été établie à partir des besoins d'apprentissages des étudiantes et des connaissances antérieures de celles-ci. Cela a contribué à mettre davantage l'accent sur l'évaluation clinique de la clientèle pédiatrique tout en incluant les stratégies d'approche et de communication dans une optique de réactivation des connaissances. En situant adéquatement la zone proximale de développement, on évite de surcharger le contenu d'un cours. Ainsi, cela permet aux apprenants de faire une distinction entre ce qu'ils apprennent et la manière dont ils l'apprennent, une conception centrale à la FPC (Lasnier, 2014). Enfin, une expérience personnelle de socioconstructivisme a permis de mettre en valeur l'importance d'obtenir un avis externe dans le processus d'élaboration d'une intervention pédagogique. Les commentaires des différents partenaires de ce projet ont suscité la réflexion quant à la validation des intentions pédagogiques et à l'anticipation d'obstacles potentiels dans la réalisation de cette intervention.

L'accompagnement de la tutrice durant la mise à l'essai de l'atelier visait surtout à accompagner les étudiantes dans leurs démarches d'apprentissage, à faciliter leurs apprentissages tel que l'APC le suggère. La tutrice guide les étudiantes vers des questionnements qui leur permettront d'acquérir les ressources nécessaires au développement de certaines compétences (Tardif, 1998). L'établissement d'une liste de questions à poser aux étudiantes durant l'atelier a mis en valeur l'importance de la préparation pour la mise en confiance et la diminution de l'anxiété de la tutrice. Pendant le déroulement de l'activité, la signifiante a dû être relancée auprès des étudiantes, de façon plus significative que ce qui avait été anticipé durant la planification. Cet ajustement spontané nécessaire illustre que la signifiante constitue un incontournable pour toute planification d'intervention pédagogique, et qu'elle est non négligeable dans l'acquisition de ressources internes par les étudiantes. Selon les principes de l'APC, tels que décrits par Lasnier (2014), il faut que la tutrice puisse rendre l'expérience d'apprentissage significative pour les étudiants, qu'ils comprennent pourquoi ils doivent acquérir ces ressources. Enfin, bien que l'atelier ait également été mis à l'essai par une autre tutrice du cours, les échanges constructifs concernant le déroulement n'ont été qu'informels. La

richesse des quelques commentaires qui ont été partagés pousse à penser qu'il serait pertinent de réfléchir formellement sur le déroulement d'une intervention pédagogique tout de suite après sa tenue. Cela permettrait de perfectionner l'intervention pour les prochaines mises à l'essai tout en évitant de répéter les mêmes erreurs, dans la mesure du possible.

« Évaluer les apprentissages réalisés par les étudiantes à la suite de l'activité de formation, ainsi que leur appréciation de celle-ci »

Deux moyens ont été déployés pour atteindre le présent objectif, soit le questionnaire d'appréciation et l'ajout d'une question en lien avec l'atelier à l'examen mi-session. À travers la compilation des données d'évaluation obtenues, les points de divergences existant entre ma perception et celle des étudiantes appuient la pertinence d'évaluer une intervention pédagogique dans une optique d'amélioration. Bien que le désir de plaire aux étudiantes ne doit pas constituer le seul facteur décisif dans la restructuration d'une intervention, les commentaires de celles-ci et leurs réponses à l'examen ont permis de cibler des pistes de réflexion et d'amélioration pour l'atelier. Enfin, l'ajustement du guide de correction de l'examen en fonction de certaines réponses des étudiantes a souligné la nécessité pour le formateur de faire preuve de jugement dans sa correction.

« Collaborer activement avec l'équipe enseignante de l'unité pour les étapes de planification et d'enseignement »

Bien que l'élaboration et la mise à l'essai de l'intervention aient été centrales, d'autres activités de collaboration ont eu lieu au cours du stage, notamment par le tutorat et la participation à certains projets du cours. À travers ces activités, l'importance de la communication entre les membres d'une même équipe et la difficulté d'assurer la cohérence entre les différentes portions d'un même cours ont été constatées. Non étrangères au principe de socioconstructivisme, les rencontres fréquentes entre les différentes personnes impliquées dans le cours étaient nécessaires pour alimenter la richesse du contenu et en assurer la cohérence. Une implication personnelle comme tutrice dans le cadre de l'unité *SOI 2609 – Situations critiques de santé* et la participation dans l'élaboration de matériel pédagogique en collaboration avec la responsable de formation professionnelle (RFP) témoignent de mon ouverture à exercer un rôle actif eu au sein de l'équipe enseignante.

Réflexion sur les objectifs personnels d'apprentissages

« Développer ma compréhension du rôle et des implications d'une infirmière formatrice en approche par compétences »

La compréhension du rôle et des implications d'une infirmière formatrice s'est surtout développée à travers les activités de collaborations réalisées auprès de la RFP. Dans un contexte de cohortes nombreuses, j'ai constaté que la formation des tutrices un certain défi. L'uniformisation des apprentissages peut être compromise lorsqu'une grande variété de formateurs intervient dans le parcours des étudiantes. La disponibilité et la validation offertes aux tutrices par la RFP permettent de favoriser le lien de confiance et d'encourager les tutrices à poser des questions. La création d'outils simplifiés, comme des grilles de synthèse, permet une meilleure uniformisation dans la façon que les informations sont transmises. Aussi, les nombreux échanges auxquels j'ai pris part avec la RFP et dont j'ai été témoin, ont démontrés l'importance du travail en équipe pour une infirmière formatrice dans le processus de planification et d'évaluation. D'ailleurs, les communautés de pratique professionnelles représenteraient une perspective intéressante pour faciliter le travail en équipe dans les milieux d'enseignement. Dans un contexte d'évaluation des apprentissages, ce type d'échange favoriserait la consolidation des connaissances des enseignants (Fontaine, Savoie-Zajc et Cadieux, 2013).

Ma compréhension du rôle de l'infirmière formatrice en APC a également été façonnée à partir des apprentissages réalisés dans le cadre des cours au 2^e cycle en formation infirmière. Les assises théoriques et les approches pédagogiques en sciences infirmières abordées dans l'unité *SOI6189* ont été mobilisées dans le cadre du stage, notamment par l'utilisation du modèle de FPC de Lasnier (2014) pour la réalisation de ce projet. Aussi, les notions de pratique réflexives en enseignement vues dans cadre du *SOI6290* ont démontré l'importance pour une infirmière formatrice de réfléchir sur sa pratique dans une optique d'amélioration. Perrenoud (2010) souligne à cet effet que la réflexion structurée peut mener à des modifications dans la pratique. Ce dernier identifie la réflexivité comme étant nécessaire pour un enseignant novice

et qu'elle ne devrait pas être oubliée lorsqu'on devient plus expérimenté, pouvant éventuellement mener à un meilleur épanouissement professionnel.

Le partage et le transfert de connaissance s'introduisent aussi parmi les nombreuses implications de l'infirmière formatrice. En ce sens, une activité en lien avec le projet a été réalisée dans le cadre des rencontres hebdomadaires M&M (midi-rencontres) de la FSI. La présentation a pris la forme d'un exposé essentiellement magistral, offrant aussi une ouverture à l'interaction avec les participants vers la fin. L'aspect interactif de la présentation m'a fait bénéficier des réflexions de l'auditoire, témoignant que le formateur n'occupe pas toujours une position d'expert, qu'il peut aussi devenir apprenant dans certaines circonstances. Cette façon de percevoir le formateur rejoint d'ailleurs le paradigme de l'apprentissage, dont l'APC est issue (Tardif, 1998). Ensuite, cette interactivité a pu faciliter d'une certaine manière le transfert des connaissances à l'auditoire. En effet, l'incitation à l'interaction avec les participants peut contribuer à augmenter l'efficacité du transfert de connaissances (Forsetlund, Bjorndal, Rashidian, Jamtvedt, O'Brien, Wolf, Davis, Odgaard-Jensen et Oxman, 2009). Ensuite, la vulgarisation et la simplicité de la présentation ont permis de rendre le contenu plus accessible pour les participants, qui n'étaient pas tous familiers avec les soins critiques pédiatriques. L'adaptation du discours de la présentation a été possible grâce à une exploration préalable de l'expérience et de l'intérêt des participants. L'accessibilité serait également un facteur déterminant dans le transfert de connaissances (Ducan, Forsyth, Maciver, Walsh, Murray, Irvine et Sikora, 2011). Enfin, une meilleure diffusion et promotion de l'activité aurait été bénéfique puisque le manque de visibilité peut constituer une barrière au transfert des connaissances (Graham, Tetroe et Straus, 2009).

« Développer des compétences permettant de favoriser une approche pédagogique optimale avec les étudiantes en sciences infirmières »

Les activités d'APSIC, de rencontres cliniques et de simulations qui ont parsemé mon parcours au 2^e cycle ont toutes contribué à développer mes compétences d'approche pédagogique. Plus précisément dans le cadre de ce stage, la confiance en mes connaissances m'a permis d'accompagner les étudiantes dans leurs apprentissages avec plus d'assurance et a contribué à la création d'un lien de confiance avec celles-ci. L'authenticité dans mon approche

avec les étudiantes témoigne d'une relation enseignant-étudiant davantage égalitaire propre au paradigme de l'apprentissage, où le formateur devient parfois même un apprenant (Tardif, 1998). Beaucoup de ressources demeurent toutefois à acquérir pour poursuivre le développement de mon approche pédagogique auprès des étudiantes. Ma flexibilité et mon souci envers les étudiantes démontrent un investissement personnel parfois trop important dans la réussite de celles-ci. Utiliser davantage le questionnement serait une piste de solution pour favoriser la réalisation d'apprentissages des étudiantes. Le rôle de l'enseignant en APC consiste à accompagner les étudiantes dans leurs apprentissages et à les questionner afin de les guider dans leurs réflexions. C'est ce qui crée le déséquilibre cognitif et qui permet éventuellement aux étudiantes de construire de nouvelles connaissances (Tardif, 1998).

« Appuyer mes interventions en enseignement des sciences infirmières sur des résultats probants »

L'application et la compréhension des fondements théoriques de l'APC dans la planification de l'atelier dont il est question dans le présent document témoignent que mes interventions en enseignement prennent appui sur des résultats probants. La consultation de références variées en formation infirmière et l'analyse de celles-ci ont démontré l'importance de porter un regard critique sur les résultats probants en tenant compte du contexte d'utilisation. De plus, les nombreux travaux réalisés dans le cadre de mon parcours nécessitaient d'appuyer chacune des décisions pédagogiques par une référence en formation, soulignant l'importance de situer l'intention pédagogique derrière nos actions. Bien que l'utilisation des plateformes de recherche en sciences infirmières soit devenue assez intuitive pour moi, celles en sciences de l'éducation restent peu exploitées. Souhaitant explorer davantage ces différentes ressources qui existent en enseignement, j'ai profité de la rédaction de ce rapport de stage pour m'initier aux différentes plateformes. Ainsi, certains propos dans ce travail ont été appuyés en rétrospective par des références provenant de bases de données en sciences de l'éducation.

Conclusion

La stratégie d'intervention proposée visait à favoriser le développement de compétences en soins critiques pédiatriques chez les étudiantes en formation initiale au baccalauréat en sciences infirmières dans l'unité *SOI 2609 - Soins critiques de santé*. Beaucoup d'infirmières novices se dirigent vers des milieux de soins critiques et la complexité grandissante des soins requis par la clientèle pédiatrique est un des facteurs avec lesquels il faut composer afin d'assurer des soins sécuritaires et de qualité aux patients. Sans prétendre répondre au caractère complexe de la problématique initiale, l'activité réalisée dans le cadre de ce stage peut s'avérer pertinente dans le contexte où la recension des écrits présentait un nombre limité de stratégies pédagogiques en formation infirmière en soins critiques pédiatriques. Pour les étudiantes allant en stage ou débutant leur carrière auprès de cette clientèle, les nouvelles ressources acquises au cours de cet atelier pourraient être mobilisées et combinées. Considérant que l'évaluation clinique de la clientèle pédiatrique détient une place limitée dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal, l'atelier d'AAPP offrait l'opportunité aux étudiantes de réactiver ou d'approfondir les ressources nécessaires pour favoriser le développement de leurs compétences en ce qui a trait à la clientèle de soins critiques pédiatriques.

Bibliographie

- Association canadienne des écoles en sciences infirmières (2010). *Plaidoyer pour des canadiens en meilleure santé : Formation en sciences infirmières pour le XXI^e siècle*. Ottawa, Ontario : ACESI.
- Allan, C., Thiagarajan, R., Beke, D., Imprescia, A., Kappus, L. Garden, A., ... Weinstock, P. (2010). Simulation-based training delivered directly to the pediatric cardiac intensive care unit engenders preparedness, comfort, and decreased anxiety among multidisciplinary resuscitation teams. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 140(3), 646-652. doi:10.1016/j.jtcvs.2010.04.027
- American Heart Association (2010). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: pediatric basic life support . *Circulation*, 131(10), S862-S908. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.110.971085
- Aylwin, U. (1992). Les principes d'une bonne stratégie pédagogique. *Pédagogie collégiale*, 5(4), 11-15. Repéré à : <http://aqpc.qc.ca/revue/article/principes-une-bonne-strategie-pedagogique>
- Bank, I., Snell, L. et Bhanji, F.(2014). Pediatric crisis resource management training improves emergency medicine trainees' perceived ability to manage emergencies and ability to identify teamwork errors. *Pediatric Emergency Care*, 30(12), 879-883. doi: 10.1097/PEC.0000000000000302.
- Barbeau, D., Montiny, A. et Roy, C. (1997). *Tracer les chemins de la connaissance. La motivation scolaire*. Montréal, Québec : Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L. et Shulman L. (2009). *Educating Nurses. A Call for Radical Transformation*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Boulet, A., Savoie-Zajc, L. et Chevrier, J. (1996). *Les stratégies d'apprentissage à l'université*. Québec : PUQ
- Bowling, A. (2015). The effect of simulation on skill performance: a need for change in pediatric nursing education. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 439-446. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.12.010>
- Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 543-560. doi :10.1177/0969733009106648
- Brannagan, K., Dellinger, A., Thomas, J., Mitchell, D., Lewis-Trabeaux, S. et Dupre, S. (2013). Impact of peer teaching on nursing students: Perceptions of learning environment, self-efficacy, and knowledge. *Nurse Education Today*, 33, 1440-1447. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.018>

- Bultas, M., Hassler, M., Ercole, P. et Rea, R. (2014). Effectiveness of high-fidelity simulation for pediatric staff nurse education. *Pediatric Nursing*, 40 (1), 27-32. doi:10.1016/j.pedn.2010.06.012
- Casey, K., Krugman, R. et Propst, J. (2004). The graduate nurse experience. *The Journal of Nursing Administration*, 34(6), 303-311. Repéré à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15190226>
- Cheng, Donoghue, Gilfoyle et Eppich (2012). Simulation-based crisis resource management training for pediatric critical care medicine: A review for instructors. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(2), 197-203. doi: 10.1097/PCC.0b013e3182192832
- Chojceki, P., Lamarrey, J., Buckz, M., St-Sauveur, I., Eldaoudyy, N., et Purden, M. (2010). Perceptions of a peer learning approach to pediatric clinical education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7 (1), 1-14. doi: 10.2202/1548-923X.1893
- Commissaire à la santé et au bien-être (2014). *Les urgences au Québec: évolution de 2003-2004 à 2012-2013*. Repéré à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2014.pdf
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal, Quebec: Morin
- D'Amour, D., Hardy-Dubois, C., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring Actual Scope of Nursing Practice : A New Tool for Nurse Leaders. *Journal of nursing administration*. 42(5), 248-255. DOI: 10.1097/NNA.0b013e31824337f4
- Ducan, P. Forsyth, K., Maciver, D., Walsh, M., Murray, R., Irvine, L. et Sikora, S. (2011). Key characteristics of knowledge transfer and exchange in integrativeliterature review. *Journal of advanced nursing*, 67(7), 1408-1425. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05631.x
- Faculté des sciences infirmières (2010). *Référentiel de compétences : baccalauréat en sciences infirmières*. Montréal, Quebec: Université de Montréal.
- Faculté des sciences infirmières (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Foglia, D. et Milonovich, L.(2011). The evolution of pediatric critical care nursing: past, present, and future. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 23, 239–253. doi:10.1016/j.ccell.2011.02.003
- Fontaine, S., Savoie-Zajc, L., et Cadieux, A. (2013). L'impact des CAP sur le développement de la compétence des enseignants en évaluation des apprentissages. *Éducation et francophonie*, 41 (2), 10-34. doi: 10.7202/1021025ar

- Forsetlund L., Bjorndal A., Rashidian A., Jamtvedt G., O'Brien M., Wolf F., Davis D., Odgaard-Jensen J., Oxman A. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD003030.pub2
- Gaba , D.(2004). The future vision of simulation in healthcare. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), i2–i10. doi: 10.1136/qshc.2004.009878
- Goudreau, J. Pepin, J. Dubois, S. Boyer, L. Larue, C et Legault, A. (2009). A second generation of the competency-based approach to nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1). doi: 10.2202/1548-923X.1685
- Graham, I., Tetroe, J., Straus, S. (2009). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice*. Ontario: Wiley-Blackwell publishing.
- Hawkins-Walsh, E., Berg, M., Docherty, S., Lindeke, L., Gaylord, N. et Osborn, K. (2011). A national survey of the primary and acute care pediatric nurse practitioner educational preparation. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(1), 5-15. doi:10.1016/j.pedhc.2010.06.005
- Henning, J. M., Weidner, T. G. , & Marty, M. C. (2008). Peer assisted learning in clinical education: literature review. *Athletic Training Education Journal*, 3 (3), 84-90. Repéré à: http://nataej.org/3.3/EJ553PAL_Henning.pdf
- Higgins, G., Spence, R-L. et Kane, R. (2010) A systematic review of the experiences and perceptions of the newly qualified nurse in the United Kingdom. *Nurse Education Today*, 30, 499–508. doi:10.1016/j.nedt.2009.10.017
- Kane, J., Pye, S. et Jones, A. (2011). Effectiveness of a simulation-based educational program in a pediatric cardiac intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 287–294. doi:10.1016/j.pedn.2010.05.004
- Krmpotic, K. et Lobos, A. (2012). Clinical profile of children requiring early unplanned admission to the PICU. *Hospital Pediatrics*, 3(3), 212-218. Repéré à: <http://hosppeds.aappublications.org/content/3/3/212.long>
- Lasnier, F. (2014). *Les compétences : de l'apprentissage à l'évaluation*. Montréal, Québec : Guérin.
- Legault, A. (2009). *La formation par compétences à l'université, pourquoi ? comment ?*. Communication présentée au Ve Congreso Iberoamericano de Docencia Universitaria, Espagne.
- Long, D., Young, J., Rickard, C. et Mitchell, M. (2013). Analysing the role of the PICU nurse to guide education of new graduate nurses. *Nurse Education Today*, 33, 388–395. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.016>

- Mahoney, A., Hancock, L., Iorianni-Cimbak, A. et Curley, M. (2013). Using high-fidelity simulation to bridge clinical and classroom learning in undergraduate pediatric nursing. *Nurse Education Today*, 33, 648–654. doi:10.1016/j.nedt.2012.01.005
- Mattsson, J., Forsner, M., Castrén, M. et Arman, M. (2013). Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study. *Journal of Child Health Care*, 18(4), 336–345. doi: 10.1177/1367493513496667
- McCarthy, A.M. and Wyatt, J.S. (2014). Undergraduate pediatric nursing education: Issues, challenges and recommendations. *Journal of Professional Nursing*, 30 (2), 130-138. <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.07.003>
- McKenna, L. et French, J. (2011). A step ahead: Teaching undergraduate students to be peer teachers. *Nurse Education in Practice*, 11, 141-145. doi:10.1016/j.nepr.2010.10.003
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence* (Mémoire). Repéré à : https://www.oiiq.org/sites/default/files/233_doc_0.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). L'état de santé de la population et la transformation de la pratique infirmière. *Bulletin infostat*, 6 (4). Repéré à : http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol06no04/index.htm?utm_source=infoStatsetutm_campaign=Infostats+-+Octobre+2014+-+Volume+6+num%C3%A9ro+4etutm_medium=email#b
- Perrenoud, P. (2010). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. France : édition ESF.
- Rice, R. (2012). Acute care pediatric nurse practitioner: a practice analysis study. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(6), 410-418. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.04.005>
- Rush, K., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M. et Janke, R. (2013). Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 345–356. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009>
- Shin, S., Park, J. et Kim, J. (2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: Meta-analysis. *Nurse Education Today*, 35, 176–182. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.09.009>
- Stone, R., Cooper, S. et Cant, R. (2013). The value of peer learning in undergraduate nursing education: A Systematic Review. *Hindawi Publishing Corporation*, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/930901>
- Straka, K., Burkett, M., Capan, M. et Eswein, J. (2012). The impact of education and simulation on pediatric novice nurses' response and recognition to deteriorating. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(6), E5-E8. doi: 10.1097/NND.0b013e3182732db5

- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*. Montréal, Québec: Les Éditions Logiques.
- Tardif, J. (1998). L'apprentissage d'abord. Dans *Intégrer les nouvelles technologies de l'information, quel cadre pédagogique ?* (chapitre 2, p. 31-49). Paris, France : ESF Éditeur.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en oeuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-44. Repéré à : http://aqpc.qc.ca/sites/default/files/revue/Tardif_16_3.pdf
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de formation*. Montréal, Québec : Chenelière.

Appendice A : Guide de l'étudiante

Pourquoi parler de la clientèle critique pédiatrique ?

Le rôle de l'infirmière en soins critiques pédiatriques présente un niveau de complexité élevé et la sécurité de ces patients est en partie assurée par la capacité de surveillance et de détection rapide de l'infirmière. Comme on sait que les milieux de soins critiques (néonatalogie, soins intensifs et urgence) sont des secteurs très en demande et que les enfants représentent une part importante de la clientèle de ces milieux, on constate l'importance de vous préparer à faire face à cette réalité. Cette activité ne tente en aucun cas de faire de vous des experts en soins critiques pédiatriques. En fait le but est de vous familiariser avec certains concepts et de mettre l'accent sur les éléments clés de l'évaluation infirmière avec cette clientèle, vous permettant ainsi d'être mieux outillées pour le début de votre carrière d'infirmière.

Description de l'atelier :

Cet atelier met en lumière les distinctions anatomo-physiologiques chez les enfants ainsi que les spécificités inhérentes à l'évaluation et à l'approche infirmière auprès de la clientèle pédiatrique dans un contexte critique. L'activité prend appui sur le travail collaboratif et le partage des connaissances. Ainsi, une participation active de votre part permettra de rendre cet atelier d'autant plus enrichissant.

Compétences développées :

- Exercer un jugement clinique infirmier
- Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/ familles/ communautés dans leurs expériences de santé

Avant d'arriver à l'atelier :

- ✓ Prendre connaissance de vos équipes (vous avez deux équipes différentes; une en première et une en deuxième partie de l'atelier)
- ✓ Penser à imprimer votre situation et les lectures qui y sont associées, ou amener un ordinateur.
- ✓ Amener le *Urden*, ou amener un ordinateur pour avoir accès à la version électronique.
- ✓ Amener le recueil de texte du cours (au moins une personne dans l'équipe).

Déroulement de l'atelier :

Partie 1

La classe sera divisée en 4 (groupes d'APSIC). Une situation qui met de l'avant un système anatomique et une tranche d'âge différent a été attribuée à chaque équipe. Avec les références qui vous seront fournies, vous utiliserez la première partie du cours (1h15) pour préparer une

courte présentation (max 15 minutes) pour vos collègues (en deuxième partie) afin de leur partager :

- Les distinctions anatomo-physiologiques de ce système chez l'enfant
- Les éléments clés de l'évaluation infirmière de ce système chez l'enfant
- L'approche à privilégier avec le patient selon son âge (n'oubliez pas que vous êtes en contexte critique!)

Partie 2

En deuxième partie de l'atelier, la classe sera à nouveau divisée en 4 groupes (la tutrice vous indiquera votre nouveau groupe à ce moment, mais vous pouvez également les consulter sur studiUM), mais de manière à ce qu'il y ait deux (parfois trois) membres représentant chacune des situations dans chaque équipe. Durant cette portion du cours, vous devrez partager avec vos collègues le fruit de vos recherches et de votre travail effectué lors de la première période. Vous n'êtes pas obligés de préparer du matériel de présentation (PowerPoint, etc.). Toutefois, si vous jugez pertinent de le faire, c'est à votre discrétion, mais vous n'avez rien à remettre à la tutrice. Assurez-vous simplement de ne pas passer plus de temps à l'esthétisme de votre présentation plutôt qu'à son contenu. Par la suite, vous êtes invités à photocopier vos notes ou à les partager via studiUM avec vos collègues, bien que cela ne soit pas une obligation.

Appendice B : Questionnaire d'appréciation

À compléter par les étudiants à la fin de l'atelier :

Comme vous le savez peut-être, cet atelier est partie intégrante du projet de stage de *Marguerite Caya-Tessier*, tutrice d'APSIC et également candidate à la maîtrise en formation infirmière. Afin de contribuer à l'amélioration de l'atelier, auriez-vous l'obligeance de compléter le présent questionnaire?

Vos commentaires constructifs et vos suggestions d'amélioration seraient grandement appréciés.

1. Veuillez encercler le chiffre qui correspond le plus à votre opinion concernant les critères suivants.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Le cahier de l'étudiant était clair.	1	2	3	4
Le temps alloué pour l'activité était suffisant.	1	2	3	4
Les références suggérées étaient pertinentes.	1	2	3	4
La structure de l'atelier (séparation de l'activité en 2 parties, enseignement aux pairs, division de la classe, etc.) était adéquate.	1	2	3	4
Le contenu abordé était pertinent dans le cadre de ce cours.	1	2	3	4
De manière générale, j'ai apprécié cette activité.	1	2	3	4

2. Qu'avez-vous apprécié de cet atelier, les points positifs?

3. Quels sont les points à améliorer pour l'atelier ?

4. Auriez-vous des suggestions afin de faciliter le déroulement de cet atelier?

Merci de votre collaboration !

Programme d'appartenance : Bac. Initial

DEC-BAC

Date : _____

Appendice C : Résultats aux questionnaires

Groupe 1	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Le cahier de l'étudiant était clair.	0	1	2	23
Le temps alloué pour l'activité était suffisant.	0	1	2	23
Les références suggérées étaient pertinentes.	0	0	4	22
La structure de l'atelier (séparation de l'activité en 2 parties, enseignement aux pairs, division de la classe, etc.) était adéquate.	0	2	8	15
Le contenu abordé était pertinent dans le cadre de ce cours.	0	0	10	16
De manière générale, j'ai apprécié cette activité.	0	0	10	16
TOTAL	0 (0%)	4 (3%)	36 (23%)	115 (74%)

Groupe 2	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Le cahier de l'étudiant était clair.	0	0	11	19
Le temps alloué pour l'activité était suffisant.	0	1	9	20
Les références suggérées étaient pertinentes.	0	1	18	11
La structure de l'atelier (séparation de l'activité en 2 parties, enseignement aux pairs, division de la classe, etc.) était adéquate.	0	3	20	7
Le contenu abordé était pertinent dans le cadre de ce cours.	0	0	14	16
De manière générale, j'ai apprécié cette activité.	0	1	22	7
TOTAL	0 (0%)	6 (3%)	94 (52%)	80 (45%)

Groupe 3	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Le cahier de l'étudiant était clair.	2	1	7	24
Le temps alloué pour l'activité était suffisant.	3	1	8	21
Les références suggérées étaient pertinentes.	3	0	11	20
La structure de l'atelier (séparation de l'activité en 2 parties, enseignement aux pairs, division de la classe, etc.) était adéquate.	2	0	10	22
Le contenu abordé était pertinent dans le cadre de ce cours.	3	0	12	19
De manière générale, j'ai apprécié cette activité.	3	0	14	17
TOTAL	16 (8%)	2 (1%)	62 (30%)	123 (61%)

Groupe 4	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Le cahier de l'étudiant était clair.	1	0	16	15
Le temps alloué pour l'activité était suffisant.	0	2	13	17
Les références suggérées étaient pertinentes.	0	3	13	16
La structure de l'atelier (séparation de l'activité en 2 parties, enseignement aux pairs, division de la classe, etc.) était adéquate.	1	12	11	8
Le contenu abordé était pertinent dans le cadre de ce cours.	1	0	16	15
De manière générale, j'ai apprécié cette activité.	1	2	20	9
TOTAL	4 (2%)	19 (10%)	89 (46%)	80 (42%)

Groupe 5	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Le cahier de l'étudiant était clair.	2	1	2	16

Le temps alloué pour l'activité était suffisant.	2	1	2	16
Les références suggérées étaient pertinentes.	2	1	3	15
La structure de l'atelier (séparation de l'activité en 2 parties, enseignement aux pairs, division de la classe, etc.) était adéquate.	2	1	2	16
Le contenu abordé était pertinent dans le cadre de ce cours.	2	1	5	13
De manière générale, j'ai apprécié cette activité.	2	2	4	13
TOTAL	12 (10%)	7 (6%)	18 (14%)	89 (70%)

Groupe 6	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Le cahier de l'étudiant était clair.	2	0	10	18
Le temps alloué pour l'activité était suffisant.	1	0	7	22
Les références suggérées étaient pertinentes.	2	0	5	23
La structure de l'atelier (séparation de l'activité en 2 parties, enseignement aux pairs, division de la classe, etc.) était adéquate.	2	0	7	21
Le contenu abordé était pertinent dans le cadre de ce cours.	1	1	3	25
De manière générale, j'ai apprécié cette activité.	1	1	4	24
TOTAL	9 (5%)	2 (11%)	36 (20%)	133 (74%)

Commentaires généraux

Appréciation

Le contenu, les notions pédiatriques en général

Le travail en équipes

Le partage des informations en phase deux

L'aspect varié, interactif et différent de la formule atelier

Le retour (conclusion) avec la tutrice à la fin de l'atelier
Soutien et questionnement de la part de la tutrice
Tableau de prise de notes
Le fait d'avoir à travailler sur une seule mise en situation au lieu des quatre
Ne pas avoir à faire les lectures avant l'atelier
Rappel de notions déjà vues antérieurement (bon refresh)

Suggestions

Faire une présentation en grand groupe pour la phase 2
Faire les lectures à l'avance/séparer les lectures dans l'équipe
Reformuler la question 1 (éléments d'évaluation ciblée)
Trop de temps morts en première et deuxième partie
Pas assez de temps en première partie
Faire des plus petites équipes
Ajouter une section « établir les b/p » dans les questions des mises en situations
Mettre la question des distinctions anatomo-physiologiques en premier
Connaissances limitées des autres situations
Inégalité de charge de travail entre les équipes
Alléger les lectures/références
Présentation de la partie 2 sous forme d'oral/grand groupe (uniformisation des informations)
Références en français
Plus de validation de la tutrice
Synthèse par la tutrice à la fin pour uniformiser les informations
Faire la formule à l'intérieur de la petite équipe d'apsic (phase 1 et 2)
Situations davantage critiques

