

Université de Montréal

Contribution d'activités d'apprentissage coopératif au développement de la compétence à
poser un jugement clinique d'infirmières expertes en soins critiques

Par

Audrey Dastous

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès (M. Sc.) en sciences
infirmières, option formation

Avril 2021

© Audrey Dastous, 2021

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

**Contribution d'activités d'apprentissage coopératif au développement de la compétence à
poser un jugement clinique d'infirmières expertes en soins critiques**

Présenté par

Audrey Dastous

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Caroline Arbour
Président-rapporteur

Patrick Lavoie
Directeur de recherche

Louise Boyer
Codirectrice

Chantal Caux
Membre du jury

Résumé

Le développement de la compétence à poser un jugement clinique est essentiel pour l'ensemble des infirmières de soins critiques afin qu'elles offrent des soins sécuritaires et de qualité. Pour ce faire, l'American Association of Critical Care Nurses (2019) recommande l'intégration d'activités d'apprentissage coopératif au sein des programmes de formation continue. Ces activités seraient bénéfiques pour les infirmières novices, mais les connaissances sur le processus d'apprentissage à l'occasion de ces activités et leur apport pour les infirmières expertes demeurent limitées.

Présentée sous forme de manuscrit, cette étude qualitative descriptive avait pour but d'explorer, selon la perspective d'infirmières expertes en soins critiques, la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. Elle visait à comprendre le processus et les caractéristiques de ces activités d'apprentissage. Le cadre de référence combinait le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) et le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014). Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de sept expertes en soins critiques ayant fait l'expérience d'activités d'apprentissage coopératif avec des infirmiers et des infirmières de différents niveaux de développement. L'analyse des données s'est inspirée de l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006).

L'analyse des données a révélé quatre thèmes. Les deux premiers correspondent aux caractéristiques des activités soit « l'établissement d'un environnement sécuritaire favorise la participation » et « l'hétérogénéité du groupe d'apprenants favorise les échanges ». Les deux autres correspondent aux mécanismes lors des activités : « comparer son raisonnement clinique afin de le remettre en question et prendre conscience de ses automatismes » et « expliquer son raisonnement clinique pour faire l'état de ses connaissances et les approfondir ».

À la lumière de ces résultats, des recommandations ont été élaborées afin d'améliorer les programmes de formation continue offerts aux infirmières, dont les expertes, et du fait même, contribuer au développement de leur compétence à poser un jugement clinique.

Mots-clés : apprentissage coopératif, jugement clinique, infirmière experte, soins critiques, étude qualitative

Abstract

The development of clinical judgment is essential for all critical care nurses to provide safe and quality care. To this end, the American Association of Critical Care Nurses (2019) recommends incorporating cooperative learning activities in continuing education programs. These activities would be beneficial for novice nurses, but evidence regarding the learning process in these activities and their benefits for expert nurses remains limited.

Presented as a manuscript, the purpose of this descriptive qualitative study was to explore, from perspective of expert critical care nurses, the contribution of cooperative learning activities to their clinical judgment competency. Specifically, it aimed to understand the process and characteristics of these activities. The study was based on a framework combining Tanner's (2006) clinical judgment model and Slavin's (2014) model of cooperative learning. Semi-structured interviews were conducted with seven expert critical care nurses who had experienced cooperative learning activities with nurses of different levels of development. Data analysis was based on Braun and Clarke's (2006) thematic analysis.

Data analysis revealed four themes. The first two correspond to the characteristics of cooperative learning activities, namely « establishing a safe environment fosters participation » and « the heterogeneity of the group of learners fosters exchanges. » The other two reflect the mechanisms operating within the discussion during cooperative learning activities. These themes are « comparing one's clinical reasoning to question it and become aware of one's automatisms, » and « explaining one's clinical reasoning to review and deepen one's knowledge. »

In the light of these results, recommendations are made to improve continuing education programs offered to nurses, including experts, and thereby contribute to the development of their clinical judgment.

Keywords: cooperative learning, clinical judgement, expert nurse, critical care unit, qualitative study

Tables des matières

Résumé.....	3
Abstract.....	4
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures.....	9
Liste des sigles et abréviations.....	11
Remerciements.....	13
Chapitre 1 — Introduction.....	14
But et questions de recherche.....	21
Cadre de référence.....	21
Modèle du jugement clinique infirmier.....	21
Modèle d'apprentissage coopératif.....	24
Chapitre 2 — Article.....	29
Résumé.....	29
Introduction.....	31
But et questions de recherche.....	33
Cadre de référence.....	33
Méthode.....	35
Participants et recrutement.....	35
Collecte de données.....	35
Analyse des données.....	36
Critères de scientificité.....	37
Considérations éthiques.....	38
Résultats.....	38

Caractéristiques d'activités d'apprentissage coopératif qui contribuent à la compétence d'expertes en soins critiques.....	40
Contribution d'activités d'apprentissage coopératif au développement de la compétence à poser un jugement clinique d'infirmières expertes.....	44
Discussion.....	48
Forces et limites de l'étude.....	55
Conclusion.....	56
Financement.....	57
Chapitre 3 — Conclusion et recommandations.....	59
Pour la formation.....	59
Pour la gestion.....	60
Pour la recherche.....	61
Références bibliographiques.....	63
Annexe A — Stratégie de recherche documentaire.....	69
Annexe B — Critères de rédaction de l'article.....	71
Annexe C — Affiche de recrutement.....	74
Annexe D — Guide d'entrevue.....	75
Annexe E — Questionnaire sociodémographique.....	77
Annexe F — Cahier de codes.....	78
Annexe G — Formulaire d'information et de consentement.....	79

Liste des tableaux

Tableau 1. – Caractéristiques des participants.....	38
---	----

Liste des figures

Figure 1. –	Caractéristiques et processus d'activités d'apprentissage coopératif	41
-------------	--	----

Liste des sigles et abréviations

AACN : American Association of Critical-Care-Nurses

ASI : Assistante du supérieur immédiat

CACCN : Canadian Association of Critical Care Nurses

CIFI : Centre d'innovation en formation infirmière

CINAHL : Cumulative Index of Nursing and Allied Health

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019

INACSL : International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de recherche Patrick Lavoie pour sa grande patience et sa disponibilité à mon égard. Merci aussi à ma co-directrice, Louise Boyer pour ces judicieux conseils et commentaires qui m'ont aidé à développer ma pensée et mon sens critique. Patrick et Louise, vos commentaires et votre rigueur tout au long de cette aventure m'ont permis de me dépasser et sortir de ma zone de confort. Je vous remercie sincèrement pour le temps et les efforts que vous m'avez consacrés. Votre soutien fût, sans aucun doute, ma principale source de motivation me permettant aujourd'hui de déposer le fruit de notre collaboration le cœur rempli de fierté.

Ensuite, je remercie tous les participants de mon étude pour leur confiance et leur immense générosité malgré la pandémie COVID-19 qui frappe encore de plein fouet notre quotidien. Votre engagement dans le développement continu de vos compétences ainsi que celles de vos collègues novices m'a grandement inspiré. Sans vous, tout cela n'aurait pas été possible.

Je remercie aussi la Fondation Cité-de-la-Cité du CISSS de Laval et l'Équipe FUTUR (Fonds de recherche du Québec — Société et culture) de m'avoir octroyé des bourses d'études me permettant de me concentrer sur la réalisation de ce mémoire.

Finalement, je remercie mes amis et ma famille pour leurs encouragements assidus dans cette aventure périlleuse. Merci d'avoir cru en moi alors que je me doutais de mes capacités de mener à terme ce projet. Enfin, un merci tout spécial à ma merveilleuse amie Vanessa, ma partenaire de rédaction et ma motivatrice personnelle dans mes moments plus gris.

Merci du fond cœur !

Chapitre 1 — Introduction

Au Québec, 15,3 % de l'effectif infirmier travaille dans le domaine des soins critiques (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2020). Cette spécialité a été conçue pour prendre soin de patients vulnérables vivant une expérience potentiellement mortelle (American Association of Critical-Care Nurses [AACN], 2019; Canadian Association of Critical Care Nurses [CACCN], 2017). Les patients de soins critiques sont caractérisés par une instabilité hémodynamique, une grande précarité et un risque important de détérioration de leur état de santé (AACN, 2019; Shoulders et al., 2014; Swinny, 2010).

Dans ce contexte, il est essentiel que les infirmières développent leur compétence à poser un jugement clinique pour assurer la qualité des soins, et ce, tout au long de leur carrière (AACN, 2019; Ludin, 2018; Von Colln-Applying et Giuliano, 2017; Zuriguel Perez et al., 2015). Tanner (2006) définit le jugement clinique infirmier comme la compréhension et l'interprétation de l'infirmière d'une situation de santé lui permettant de répondre adéquatement aux besoins du patient. Un jugement clinique découlerait du raisonnement clinique de l'infirmière, soit le processus cognitif lui permettant d'appliquer ses connaissances et son expérience à une situation clinique. Poser un jugement clinique requiert donc une évaluation et une compréhension de l'état de santé du patient (DeGrande et al., 2018). L'infirmière doit être en mesure de déceler rapidement des changements, parfois subtils, dans l'état de santé du patient de soins critiques et juger de leur importance afin d'intervenir en conséquence, tout en s'assurant de son confort, sa dignité et son intimité (AACN, 2019; CACCN, 2017; Shoulders et al., 2014; Von Colln-Applying et Giuliano, 2017). Ceci nécessite de reconnaître les éléments pertinents de sa situation de santé et d'interpréter leur signification (Levett-Jones et al., 2010; O'Neill et al., 2005; Tanner, 2006). L'infirmière doit non seulement considérer les éléments physiopathologiques de la situation clinique, mais aussi l'expérience de santé vécue par le patient et sa famille, leurs forces physiques, sociales et émotionnelles, ainsi que leur capacité d'adaptation.

Le développement de la compétence à poser un jugement clinique infirmier est un processus d'apprentissage continu pour toutes les infirmières œuvrant en soins critiques, peu importe leur

niveau de développement de novice à experte (AACN, 2019; Benner et al., 2010). Ce caractère développemental de la compétence a été identifié par Tardif (2006) qui la définit comme : « un savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22). Ceci signifie qu'exercer ses compétences n'équivaut pas à additionner des savoirs, mais plutôt à être en mesure de les combiner efficacement en contexte situé (Goudreau, 2009; Tardif, 2006). Poser un jugement clinique infirmier mobilise donc un ensemble de ressources internes et externes à l'infirmière, dont ses connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles (Zuriguél Perez et al., 2015). Ainsi, poser un jugement clinique est une compétence et non un savoir-faire, car cela nécessite une démarche davantage heuristique qu'algorithmique de la part de l'infirmière (Tardif, 2006); il est impossible d'automatiser la mobilisation et la combinaison des ressources selon une situation de santé donnée.

En soins critiques, les patients ont besoin d'évaluation et de soins de haute intensité ainsi que d'une surveillance multisystémique continue utilisant des technologies de plus en plus complexes (AACN, 2019; CACCN, 2017; Tunlind et al., 2015). De ce fait, les infirmières doivent constamment apprendre à travailler avec de nouveaux équipements et de nouvelles technologies de plus en plus sophistiquées, augmentant significativement le nombre de données à collecter, analyser et interpréter (Papp et al., 2014; Swinny, 2010). Le développement continu et exponentiel des connaissances biomédicales crée une possibilité infinie de nouvelles combinaisons entre les ressources mobilisées par les infirmières. Ceci engendre des configurations inédites selon le contexte de la situation du patient. La compétence à poser un jugement clinique infirmier se développe donc par un processus d'apprentissage continu tout au long de leurs parcours académiques et professionnels (AACN, 2019; Benner, 2004; DeGrande et al., 2018; Ludin, 2018; Maharmeh et al., 2016; O'Neill et al., 2005; Tanner, 2006).

Ainsi, la transition entre les niveaux de développement de l'infirmière (novice à experte) n'est pas aussi simple que d'acquérir de l'ancienneté. C'est par l'apprentissage expérientiel et la réflexion que l'infirmière approfondit et raffine progressivement sa lecture et sa compréhension des situations cliniques en les confrontant et en les comparant délibérément avec ses expériences passées (Benner, 2004). Par ses expériences, son ouverture, sa réflexion et son engagement,

l'infirmière développe de nouvelles ressources internes contribuant à améliorer sa pratique au fil du temps. Au cours de cette transition entre ses niveaux de développement, l'infirmière en vient à utiliser ses expériences passées comme ressources afin d'évaluer et intervenir de façon de plus en plus contextualisée dans les situations de santé vécues par les patients (Benner et al., 2010). La transition entre les niveaux de développement de l'infirmière (novice à experte) dépend aussi de son exposition à une diversité de situations cliniques de complexité variable (Benner, 2004).

Il est donc attendu d'observer des différences dans l'exercice de la compétence à poser un jugement clinique d'infirmières de différents niveaux de développement. Les infirmières novices et débutantes ayant peu d'expériences cliniques utilisent davantage leurs connaissances déclaratives pour analyser une situation clinique et elles sont plus hésitantes dans leur processus décisionnel (Benner, 2004; Maharmeh et al., 2016; Tanner, 2006). À ces niveaux de développement, les infirmières sont concentrées à reconnaître les aspects typiques et généraux des situations de santé et leur priorisation des soins demeure limitée (Benner, 2001; O'Neill et al., 2005). De ce fait, ces infirmières peuvent hésiter à prendre une décision dans une situation clinique; elles vont souvent attendre de valider leur compréhension avec un membre plus expérimenté de l'équipe de soins avant d'intervenir (Goudreau et al., 2014; Maharmeh et al., 2016; O'Neill et al., 2005). Selon l'étude exploratoire à devis mixte séquentiel de Lean Keng et AlQudah (2017), les infirmières développent leur confiance en elles et leurs habiletés dans la prise de décisions cliniques à mesure qu'elles accumulent de l'expérience en soins critiques. Lors de cette étude, les participantes ont souligné l'apport positif de la confiance en soi sur leur processus décisionnel. Chez ces participantes, la confiance en soi aurait augmenté parallèlement au gain d'expérience.

Les infirmières expertes, quant à elles, possèdent plus de cinq années d'expérience dans un même domaine, sont engagées dans le développement continu de leurs compétences, en plus d'être reconnues par leurs pairs pour leur expertise en matière de jugement clinique et d'interventions dans des situations de soins complexes (Benner, 2001). En effet, elles se démarquent par leur processus d'analyse rapide, fluide, flexible et anticipatoire (Benner, 2004; Hoffman et al., 2009; Tanner, 2006; Whyte et al., 2012). Les infirmières expertes arrivent à reconnaître l'écart entre leurs attentes quant à l'état du patient et ce qu'elles observent dans sa situation. L'expérience

des infirmières expertes leur permet d'anticiper les réactions du patient et tout changement dans sa situation de santé (Benner, 2004; Benner et al., 2010). Les infirmières expertes évaluent les situations de santé de manière holistique en combinant non seulement les données issues de l'examen clinique, mais aussi d'examen paracliniques (Hoffman et al., 2009). Dans l'étude qualitative descriptive d'Hoffman et al. (2009) et l'étude quasi expérimentale de Whyte et al. (2012), les infirmières expertes en soins critiques recueillaient jusqu'à deux fois plus de données lors de leur évaluation des patients que les infirmières novices et ces données étaient davantage diversifiées et pertinentes.

Or, les infirmières expertes semblent avoir de la difficulté à expliquer leur processus décisionnel et leurs jugements cliniques (Benner, 2004). Elles doivent souvent être guidées et questionnées afin d'explicitier leurs processus d'interprétation des données cliniques. Ceci s'explique par le fait que des liens étroits se développent entre leur évaluation, leurs interventions et les résultats attendus dans les situations cliniques (Benner, 2004). Ces liens, évidents pour les infirmières expertes et difficilement objectivables aux yeux d'observateurs, sont difficiles à cerner dans une simple description narrative de la situation. Par ailleurs, la progression du raisonnement clinique nécessaire pour poser un jugement clinique n'évolue pas nécessairement selon les niveaux de développement de novice à experte identifiés par Benner (2004). En effet, il a été observé que certaines infirmières, même après cinq ans d'expérience, continuent d'utiliser des stratégies cognitives orientées sur la tâche et la routine, plutôt que sur la génération d'hypothèses ou l'intuition afin d'expliquer les situations cliniques et leurs interventions (Goudreau et al., 2014).

Sachant que la compétence à poser un jugement clinique se développe tout au long de la carrière professionnelle, il est nécessaire d'accompagner l'ensemble des infirmières en soins critiques de tous les niveaux de développement par des activités de formation continue afin qu'elles offrent des soins répondant aux besoins complexes des patients de soins critiques (AACN, 2019; Benner, 2004; DeGrande et al., 2018; Ludin, 2018; Maharmeh et al., 2016; Tanner, 2006; Tardif, 2006). Selon les revues des écrits de Zuriguel Perez et al. (2015), de Thompson et Stapley (2011) et de Cappelletti et al. (2014), les activités pédagogiques les plus fréquemment employées pour contribuer au développement de la compétence à poser un jugement clinique infirmier s'effectuent en groupe et sont, sans ordre d'importance, les simulations, le questionnement,

l'étude de cas, le journal réflexif, la création de cartes conceptuelles, et les modèles d'enseignement axés sur le raisonnement telles que l'apprentissage par problèmes. Néanmoins, les études sur ces activités pédagogiques présentent des résultats divergents, ce qui s'explique possiblement par l'utilisation variable des concepts de pensée critique, de jugement clinique, de raisonnement clinique ou de prise de décision (Zuriguel Perez et al., 2015). Thompson et Stapley (2011) soulignent qu'il est difficile de comparer ces activités pédagogiques et de déterminer ce qui fonctionne par le manque de détails sur ce qui a été réalisé. Il est à noter que peu d'études se sont intéressées à la manière dont le développement de la compétence à poser un jugement clinique des infirmières est favorisé dans les milieux cliniques (Larue et al., 2013), comparativement avec les nombreuses études en milieu académique (Zuriguel Perez et al., 2015).

Néanmoins, puisque ces activités s'effectuent en groupe, elles sollicitent la coopération entre les infirmières qui doivent travailler avec leurs pairs afin de résoudre une tâche commune (Davidson et Major, 2014; Slavin, 2014). L'AACN (2019) recommande d'ailleurs de favoriser l'apprentissage au moyen d'échanges entre pairs afin d'explorer les différentes perspectives sur une même situation clinique ainsi que partager des connaissances et des expériences. Ces activités sont inspirées des principes de l'apprentissage coopératif, une stratégie pédagogique dans laquelle des apprenants travaillent en petit groupe afin de s'entraider dans l'apprentissage et la mise en œuvre de leurs compétences (Slavin, 2010; Slavin, 2014).

Tout comme pour le concept du jugement clinique infirmier, il n'existe pas de consensus sur la définition de l'apprentissage coopératif. Ce concept est utilisé de manière interchangeable avec d'autres, tels que l'apprentissage par les pairs, l'apprentissage collaboratif, le mentorat, l'apprentissage par problème et l'apprentissage en équipe (Davidson et Major, 2014; Stone et al., 2013). Un débat persiste entre les auteurs qui abordent le concept d'apprentissage collaboratif et celui d'apprentissage coopératif : certains les utilisent comme un seul et unique concept, d'autres s'efforcent de les différencier (Lin, 2015).

Les activités d'apprentissage coopératif sont utilisées auprès d'étudiants du primaire jusqu'à l'université (Slavin, 2014) et seraient plus efficaces que les activités pédagogiques favorisant l'effort individuel ou la compétition interpersonnelle (Gillies, 2016). L'essor de ce type d'activité

pédagogique dans l'enseignement supérieur s'est produit, en partie, en raison de données indiquant son influence positive, en comparaison avec l'apprentissage individuel, sur le développement des connaissances, de la réflexion, des compétences sociales, de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la capacité à considérer le point de vue d'une autre personne et de la satisfaction des apprenants (Davidson et Major, 2014). De plus, résoudre des problèmes en groupe contribuerait à l'apprentissage et au développement individuel du raisonnement et des habiletés de résolution de problème (Gillies, 2016). Bien que la majorité des chercheurs s'entende pour confirmer les bienfaits de l'apprentissage coopératif, il existe plusieurs divergences sur le comment, le pourquoi et surtout sur les conditions dans lesquelles cette stratégie est efficace (Slavin, 2014). De plus, peu de modèles expliquent le processus par lequel ces formes d'apprentissage en groupe favorisent le développement de compétences.

Malgré cela, plusieurs études montrent que les infirmières novices et débutantes bénéficieraient d'activités pédagogiques misant sur l'apprentissage coopératif (Bilodeau et al., 2012; Goudreau et al., 2015; Nelwati et al., 2018; Stone et al., 2013). Par ces activités, elles développeraient leur sentiment d'autonomie, d'appartenance et de satisfaction dans leur formation (Stone et al., 2013). Elles développeraient aussi leur confiance dans leurs habiletés cliniques, leur résolution de problèmes et leur pensée critique (Nelwati et al., 2018; Stone et al., 2013). Elles amélioreraient leurs habiletés cognitives et techniques et acquerraient des connaissances dans différents domaines (Nelwati et al., 2018; Stone et al., 2013). Cela leur permettrait aussi d'échanger avec leurs pairs, de valider leurs idées, de partager leurs connaissances et d'apprendre différentes façons d'interpréter et d'intervenir (Bilodeau et al., 2012; Goudreau et al., 2015).

Toutefois, la majorité des études portant sur des activités d'apprentissage coopératif se sont intéressées à leurs résultats et non au processus d'apprentissage en soi (Larue et al., 2013; Thompson et Stapley, 2011). Plus important encore, les connaissances sur l'apport de ces activités coopératives pour les infirmières expertes demeurent limitées, car les populations étudiées sont majoritairement des étudiantes en sciences infirmières ou des diplômées depuis moins de deux ans (Zuriguél Perez et al., 2015). En effet, la démarche documentaire réalisée dans diverses bases de données n'a révélé aucun article s'intéressant à l'apprentissage coopératif du point de vue d'infirmières expertes. L'historique des recherches est présenté à l'Annexe A.

Considérant les bienfaits de l'apprentissage coopératif sur le développement des compétences des infirmières novices et débutantes, il est pertinent d'explorer comment ce type d'activités bénéficie aux infirmières expertes, à partir de leur perspective. Cet intérêt provient aussi des observations de l'étudiante-chercheuse dans sa pratique clinique. En tant qu'experte en soins critiques, elle a constaté qu'elle devait souvent répondre aux questions des infirmières novices et que ces dernières lui présentaient fréquemment de nouvelles connaissances et pratiques exemplaires. Au fil de ses échanges avec des infirmières novices, elle a pris conscience de l'effet positif de ce contact étroit sur sa pratique et particulièrement sur son jugement clinique. Ainsi, l'idée est née d'examiner si la présence de novices dans des activités de formation pouvait aussi être favorable pour les expertes.

Cette étude qualitative descriptive exploratoire (Green et Thorogood, 2018; Loiselle et al., 2007) s'est donc intéressée à la perspective d'infirmières expertes en soins critiques quant à la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. Pour réaliser cette étude, un cadre de référence combinant deux modèles conceptuels, soient le modèle du jugement clinique en soins infirmiers de Tanner (2006) et le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014), a été utilisé. La combinaison originale de ces deux modèles provenant de disciplines différentes a permis de mieux comprendre les concepts centraux de l'étude ainsi que de les mettre pour une première fois en relation. Considérant que ce sujet n'avait jamais été exploré, cette étude innovante génère de nouvelles connaissances pour les disciplines des sciences infirmières et de l'éducation. Ces nouvelles connaissances permettent de mieux comprendre les caractéristiques et les processus d'activité d'apprentissage coopératif qui contribuent au développement de la compétence à poser un jugement clinique. En plus d'améliorer notre compréhension du phénomène à l'étude, cette étude propose des pistes d'intervention à intégrer dans les programmes de formation continue pour augmenter leur efficacité et leur rentabilité en misant sur un modèle de coopération entre les infirmières de différents niveaux de développement de compétence.

But et questions de recherche

Le but de cette étude était d'explorer, selon la perspective d'infirmières expertes en soins critiques, la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. Les questions de recherches étaient :

- Quelles sont les caractéristiques d'activités d'apprentissage coopératif qui contribuent au développement de la compétence à poser un jugement clinique d'infirmières expertes en soins critiques ?
- En quoi ces activités d'apprentissage coopératif contribuent-elles au développement de leur compétence à poser un jugement clinique ?

Cadre de référence

Le cadre de référence de cette étude combinait le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) et le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014). Ce cadre a permis de mieux comprendre ces deux concepts centraux, de les relier ensemble et de soutenir la démarche scientifique.

Modèle du jugement clinique infirmier

Il existe quelques modèles conceptuels du jugement clinique infirmier et ses concepts apparentés, notamment ceux de O'Neill et al. (2005) et de Levett-Jones et al. (2010). Le modèle de Tanner (2006) a été retenu comme cadre de référence de cette étude en raison de l'intégration des concepts de jugement clinique, de raisonnement clinique et de prise de décision. Comme expliqué précédemment, Tanner (2006) conceptualise l'ensemble du processus décisionnel de l'infirmière, et ce, en considérant son niveau de développement (novice à experte) dans l'exercice de sa compétence à poser un jugement clinique. Tanner (2006) a développé ce modèle à la suite d'une recension d'environ 200 études sur le concept de jugement clinique infirmier repérées dans la base de données CINAHL. Malgré l'unique base de données parcourue, l'étendue et la richesse des articles analysés permettent à l'auteure d'identifier cinq postulats en lien avec le concept de jugement clinique infirmier.

Selon le premier postulat du modèle, un jugement clinique est davantage influencé par l'infirmière que par les données cliniques qu'elle recueille. En effet, le processus qui mène à poser

un jugement clinique mobilise un ensemble de connaissances que l'infirmière accumule avec l'expérience, en plus de ses valeurs et croyances. Ainsi, les mêmes données cliniques peuvent être recueillies par différentes infirmières sans qu'elles arrivent au même jugement clinique ou à la même compréhension d'une situation.

Le deuxième postulat mentionne qu'un jugement clinique est aussi influencé par la « connaissance du patient » (*knowing the patient*). Cette connaissance se décline en deux volets, soit connaître les *patterns* de réactions et de réponses du patient et connaître le patient en tant que personne. Ceci permet à l'infirmière d'individualiser les jugements cliniques qu'elle pose. De plus, la connaissance des trajectoires de soins typiques dans un contexte précis permet à l'infirmière d'effectuer des comparaisons entre les réponses usuelles chez la population et celles du patient, l'aidant ainsi à poser ses jugements cliniques.

Le troisième postulat stipule que le contexte et le milieu clinique où l'infirmière travaille sont des facteurs influençant ses jugements cliniques par leurs politiques, leur culture et la nature des relations interdisciplinaires qui s'y déploient. Les contextes et les milieux cliniques déterminent les situations de santé au sein desquelles l'infirmière posera des jugements cliniques et influencent le développement de cette compétence.

Le quatrième postulat porte sur les différentes façons d'exercer un raisonnement clinique permettant de poser un jugement clinique infirmier. Tanner (2006) décrit trois types de raisonnement : analytique, intuitif et narratif. L'infirmière peut utiliser un type de raisonnement de façon exclusive ou les combiner. Le ou les types de raisonnement mobilisés sont déterminés inconsciemment par le niveau de développement de l'infirmière, son expérience passée de situations de santé similaires, sa compréhension initiale de la situation, les exigences de la situation, les objectifs de soins visés et sa relation avec le patient. Le raisonnement analytique consiste à diviser une situation en ses composantes afin de générer des alternatives de solutions. Ce processus hypothético-déductif est utilisé lorsque les connaissances de l'infirmière sont limitées et qu'elle doit émettre des hypothèses qu'elle vérifie ensuite (Benner, 2001; Tanner, 2006). Le raisonnement intuitif correspond à une compréhension immédiate de la situation qui découle de l'expérience de l'infirmière de situations similaires. Cette compréhension immédiate

repose sur les connaissances, l'expérience professionnelle et la relation de l'infirmière avec le patient (Hassani et al., 2016; Melin-Johansson et al., 2017). Finalement, l'infirmière peut utiliser le raisonnement narratif, par lequel elle tente de comprendre l'unicité de la situation de santé selon le patient et sa famille. L'infirmière qui utilise un raisonnement narratif est à la recherche du particulier et du sens dans une situation de santé. Pour ce faire, elle approfondit avec la personne/famille ses besoins, préoccupations, intentions et motivations afin de saisir ce qui est particulier ou unique dans sa situation.

Le cinquième postulat souligne l'importance de la réflexion sur la pratique professionnelle de l'infirmière afin de développer ses connaissances et d'améliorer son raisonnement clinique. En effet, il n'est pas rare qu'une infirmière, particulièrement l'experte, intervienne rapidement sans nécessairement prendre un temps d'arrêt pour réfléchir. De ce fait, la réflexion permet de revenir sur ces situations et d'apprendre de celles-ci par une analyse critique.

En bref, les cinq postulats issus de la recension des écrits de Tanner (2006) permettent de comprendre les facteurs influençant la compétence à poser un jugement clinique, mais aussi le processus décisionnel de l'infirmière. Ces postulats ont permis la création du modèle conceptuel du jugement clinique infirmier (Tanner, 2006) qui présente un cycle de quatre actions : remarquer, interpréter, répondre/agir et réfléchir.

Le processus qui mène à poser un jugement clinique débute par l'action « remarquer », qui correspond à une première compréhension perceptuelle et immédiate de la situation selon les attentes de l'infirmière par rapport à la situation de santé rencontrée. Dans ses rencontres avec le patient, l'infirmière observe et recueille des données significatives et les confronte à ses attentes lors de situations de santé similaires. Ses attentes sont issues de ses connaissances théoriques, cliniques et du patient, ainsi que de ses expériences dans des situations semblables.

Une fois les attentes de l'infirmière confrontées au portrait clinique actuel, un ou plusieurs types de raisonnement clinique sont sollicités afin « d'interpréter » la situation rencontrée. L'interprétation correspond au processus qui permet à l'infirmière de développer une compréhension de la situation clinique afin d'y répondre adéquatement. Au terme de l'interprétation, l'infirmière pose un jugement clinique qui déterminera sa manière de

« répondre/agir ». Cette troisième action peut comprendre une intervention précise, mais peut aussi consister à ne rien faire, ce qui est parfois tout aussi approprié.

Ensuite, l'action « réfléchir » peut se dérouler dans l'action même, lorsque l'infirmière observe le patient et sa réponse à ses interventions afin d'évaluer leur efficacité et les modifier au besoin. L'infirmière peut aussi réfléchir sur l'action, lorsqu'elle prend le temps de revenir sur une situation passée afin d'apprendre de son expérience, d'enrichir ses connaissances et d'améliorer sa compétence à poser un jugement clinique pour sa pratique future.

Huit ans après la parution initiale du modèle de Tanner (2006), Cappelletti et al. (2014) ont réalisé une revue systématique des écrits sur le jugement clinique infirmier où ils ont examiné 23 articles supplémentaires pour trouver que les postulats initiaux étaient toujours d'actualité. Toutefois, Cappelletti et al. (2014) proposent d'ajouter un sixième postulat au modèle de Tanner (2006). Selon leur revue systématique des écrits, il est pertinent de s'intéresser à la formation et aux activités pédagogiques favorisant le développement de la compétence à poser un jugement clinique infirmier. En effet, depuis la création du modèle de Tanner en 2006, plusieurs articles ont été publiés en lien avec le développement de la compétence à poser un jugement clinique dans la formation infirmière. Les activités pédagogiques favorisant le développement de la compétence à poser un jugement clinique infirmier influenceraient l'apport de l'infirmière à la situation clinique rencontrée. Dans leur recension, plusieurs activités pédagogiques ont été identifiées, telles que la simulation haute-fidélité et l'étude de cas, mais aucun consensus n'a été établi quant à celle qui contribuerait davantage au développement de la compétence à poser un jugement clinique infirmier.

Modèle d'apprentissage coopératif

En s'appuyant sur les résultats de nombreuses études, Slavin (2014) propose un modèle théorique du processus d'apprentissage coopératif basé sur des perspectives motivationnelles, sociales et cognitives. Bien que ce modèle ait été construit à partir de données issues d'une population d'étudiants du primaire et du secondaire, il présente des pistes intéressantes pour conceptualiser l'apprentissage coopératif chez les infirmières en formation continue. Plutôt que de placer en opposition ces principales perspectives théoriques, Slavin (2014) propose d'en

combiner les savoirs en plus de décrire comment différentes composantes contribuent à l'apprentissage coopératif.

Selon la perspective motivationnelle, la motivation serait l'élément le plus important dans l'apprentissage coopératif, car tous les autres processus en découleraient. La motivation est à la fois liée à la réalisation de la tâche et aux interactions avec le groupe. Elle se décline en trois visées : la motivation à apprendre individuellement, la motivation à encourager ses pairs à apprendre et la motivation à aider ses pairs à apprendre. Ces trois formes de motivation stimulent des comportements coopératifs qui favorisent l'apprentissage.

La perspective de la cohésion sociale correspond au sentiment d'appartenance au groupe et à la volonté de réussir en équipe. Alors que la perspective motivationnelle mise sur la satisfaction d'objectifs personnels, la perspective de la cohésion sociale mise sur la réussite du groupe, car les participants s'y sentent engagés. Ainsi, la motivation et la cohésion sociale entretiennent des relations mutuelles, l'augmentation de l'une entraînant une augmentation de l'autre. Ensemble, elles vont influencer la qualité des interactions dans le groupe.

Selon ces deux perspectives, les participants à une activité d'apprentissage coopératif sont motivés à aider leurs pairs à apprendre, car cela est dans leur propre intérêt afin de favoriser la résolution du problème à l'étude. Ainsi, une activité pédagogique fondée sur l'apprentissage coopératif doit être structurée de manière à ce que l'atteinte des objectifs personnels des membres soit reliée à la réussite du groupe (Gillies, 2016; Slavin, 2014). Ceci fera en sorte qu'ils devront obligatoirement travailler en équipe et s'encourager mutuellement à fournir un effort maximal. C'est le succès du groupe qui permettra l'atteinte des objectifs individuels et l'apprentissage. Cette motivation à travailler ensemble va engendrer des comportements facilitant l'apprentissage individuel et coopératif, en plus de favoriser une cohésion sociale.

Alors que les perspectives motivationnelles et de cohésion sociale s'intéressent aux conditions qui favorisent l'apprentissage, la perspective cognitive s'intéresse aux processus mentaux de traitement de l'information qui sont sollicités par l'apprentissage coopératif. Selon la perspective cognitive, les interactions entre les apprenants favorisent l'apprentissage grâce à des processus de développement ou d'élaboration. Ce principe d'interactions entre les apprenants est issu du

paradigme socioconstructiviste qui considère l'apprentissage comme étant la construction du savoir par l'action et les interactions sociales favorisant des conflits sociocognitifs (Davidson et Major, 2014; Ménard et St-Pierre, 2014; Vygotskiï et Piaget, 1997). Ces conflits sociocognitifs surviennent au sein de situations et d'interactions avec autrui pour différentes raisons : 1) la personne n'a pas de schème de pensée déjà construit qui lui permette d'expliquer ce qu'elle observe 2) la personne prend conscience de contradictions entre ses propres idées, ses représentations et ses actions, ou 3) la personne prend conscience de contradictions entre ses idées, ses représentations et ses actions en comparaison avec celles d'une autre personne (Ménard et St-Pierre, 2014; Vygotskiï et Piaget, 1997). Ceci engendre une confrontation au sein de sa structure mentale, qu'elle soit perçue de façon consciente ou non par la personne, et favorise l'élaboration de nouvelles structures cognitives (Astolfi et al., 2008). En effet, la personne remettra en question sa façon de penser ou de faire en utilisant ses connaissances antérieures afin de comprendre la source du conflit (Ménard et St-Pierre, 2014; Vygotskiï et Piaget, 1997).

En ce qui concerne les processus de développement, l'interaction entre les apprenants autour d'une tâche augmente leur maîtrise des concepts par la discussion, l'argumentation et l'écoute de différents points de vue. Cette interaction permet une modélisation par les pairs, soit l'observation des processus cognitifs d'autrui dans la résolution de la tâche. Ainsi, certains apprenants vont apprendre par l'observation de pairs plus expérimentés; ils n'auraient probablement pas pu résoudre la tâche sans l'aide de leurs pairs, car elle se situe dans les limites de leur zone proximale de développement (Vygotskiï et Piaget, 1997). La zone proximale de développement correspond à une zone cognitive où l'apprenant est capable de réaliser une tâche avec du soutien ou des ressources. Ainsi, une tâche qui s'inscrit dans cette zone représente un défi réaliste d'apprentissage pour l'apprenant en lui permettant de mobiliser et de construire sur ses ressources internes et externes. Aussi, le fait de partager son argumentaire avec des pairs permet d'obtenir leur rétroaction sur la validité de cet argumentaire, ce qui contribuerait à l'apprentissage (Slavin, 2014). Lorsque la rétroaction est positive, cela favorise la confiance en ses compétences.

En ce qui a trait aux processus d'élaboration, la perspective cognitive stipule que pour apprendre, l'apprenant doit s'engager dans une restructuration de l'information afin de la stocker dans sa

mémoire et de la relier aux informations déjà mémorisées. L'un des moyens d'élaboration les plus efficaces consiste à expliquer l'information à quelqu'un d'autre. Il s'agit d'une forme de tutorat par les pairs, où il y a une certaine validation ou correction de la compréhension par autrui. Cela profiterait davantage à celui qui explique l'information qu'à celui qui la reçoit. En effet, le fait de réorganiser et restructurer sa pensée permet de développer une compréhension plus profonde et élaborée du sujet en question (Webb et Mastergeorge, 2003). Enfin, l'ensemble de ces interactions doivent être réciproques entre les apprenants afin de favoriser l'apprentissage auprès de l'ensemble du groupe. En bref, chaque membre du groupe influence le processus cognitif des autres par sa motivation et ses interactions (Slavin, 2014).

Ces trois perspectives théoriques sont synthétisées dans le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014); dans lequel elles sont considérées comme complémentaires. Ainsi, le processus d'apprentissage coopératif débute par l'élaboration d'un but commun basé sur les objectifs individuels des membres d'un groupe. Ce but commun favorise la motivation des membres à travailler ensemble et la cohésion du groupe afin de résoudre une tâche. Le sentiment d'appartenance découlant de la cohésion du groupe favorisera leur motivation à apprendre, à encourager leurs pairs et à les aider à apprendre. La motivation et la cohésion sociale influenceront les interactions au sein du groupe, ces dernières étant des occasions de mettre en œuvre des processus de développement et d'élaboration. Ces interactions sont, entre autres, la modélisation par les pairs, l'élaboration cognitive, l'évaluation et la correction par les pairs et l'explication sous forme de tutorat. À leur tour, ces interactions favoriseront la motivation des apprenants et, surtout, leur apprentissage.

En bref, le cadre de référence de ce projet de recherche combine le modèle du jugement clinique infirmier de Tanner (2006) et le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014). Le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) a été retenu, car il conceptualise l'ensemble du processus décisionnel de l'infirmière, et ce, peu importe son niveau de développement (novice à experte). Par ailleurs, il demeure d'actualité selon la revue systématique de Cappelletti et al. (2014), qui y ont ajouté un sixième postulat. Selon ce modèle conceptuel, la compétence à poser un jugement clinique infirmier est un processus itératif de quatre étapes; remarquer, interpréter,

répondre/agir et réfléchir. De plus, cette compétence est grandement influencée par les connaissances, les valeurs et la formation de l'infirmière, ainsi que sa réflexion sur sa pratique.

Le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014), quant à lui, permet de comprendre comment l'apprentissage coopératif peut contribuer au développement d'une compétence comme celle à poser un jugement clinique infirmier. Il est basé sur l'intégration de perspectives théoriques sur l'apprentissage coopératif, soient la perspective motivationnelle, la perspective de la cohésion sociale et la perspective cognitive. Ce modèle permet de comprendre les éléments essentiels au processus d'apprentissage coopératif : a) l'élaboration d'un but commun basé sur les objectifs individuels des membres d'un groupe, b) la cohésion du groupe, c) la motivation à apprendre, d) la motivation à encourager les autres à apprendre, e) la motivation à aider les autres à apprendre et f) les interactions au sein du groupe. Selon ce modèle, les interactions favorisant l'apprentissage sont la modélisation par les pairs, l'élaboration cognitive, l'évaluation et la correction par les pairs et l'explication sous forme de tutorat.

Le prochain chapitre présente les résultats du projet de recherche sous forme de manuscrit à soumettre à la revue *Quality Advancement in Nursing Education* — Avancées en formation infirmière. Les critères de rédaction de l'article peuvent être consultés à l'Annexe B.

Chapitre 2 — Article

Contribution d'activités d'apprentissage coopératif au développement de la compétence à poser un jugement clinique d'infirmières expertes en soins critiques

Audrey Dastous inf., B.Sc., Louise Boyer, inf., Ph. D. et Patrick Lavoie, inf., Ph. D.

Résumé

En formation infirmière, il est connu que les activités d'apprentissage coopératif génèrent des résultats bénéfiques pour les infirmières novices. Toutefois, les connaissances sur le processus d'apprentissage lors de ces activités ainsi que leur apport pour les infirmières expertes demeurent limitées. Cette étude qualitative descriptive avait pour but d'explorer, selon la perspective d'infirmières expertes en soins critiques, la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. Le cadre de référence combinait les modèles du jugement clinique de Tanner (2006) et de l'apprentissage coopératif de Slavin (2014). Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de sept infirmiers experts et infirmières expertes comptant plus de cinq ans d'expérience en soins critiques et ayant fait l'expérience récente d'activités d'apprentissage coopératif avec des infirmiers et des infirmières de différents niveaux de développement, de novice à expert. Les données ont été analysées selon la méthode d'analyse thématique décrite par Braun et Clarke (2006).

L'analyse des données a révélé deux thèmes en lien avec les caractéristiques d'activités d'apprentissage coopératif qui, selon les participants, ont contribué au développement de leur compétence à poser un jugement clinique. Ces thèmes sont : l'établissement d'un environnement sécuritaire favorise la participation et l'hétérogénéité du groupe d'apprenants favorise les échanges. L'analyse des données a aussi permis d'identifier deux thèmes liés aux mécanismes opérant à même la discussion lors d'activités d'apprentissage coopératif. Ces thèmes sont : comparer son raisonnement clinique afin de le remettre en question et expliquer son raisonnement clinique pour faire l'état de ses connaissances et les approfondir. Ainsi, la

discussion lors des activités d'apprentissage coopératif serait le moteur de l'apprentissage des infirmières expertes.

Au regard de ces résultats, il est recommandé d'utiliser des stratégies pédagogiques où les apprenants sont actifs et travaillent en groupe afin de solliciter la discussion au sein des programmes de formation continue. Idéalement, le groupe d'apprenants serait hétérogène afin de favoriser des échanges de points de vue, d'expérience et de connaissances. Aussi, les formateurs de ces activités établiraient des balises telles que le respect, l'absence de jugement et la confidentialité afin d'établir un environnement sécuritaire propice à la participation, et ce, peu importe la stratégie pédagogique utilisée.

Mots-clés : apprentissage coopératif, jugement clinique, infirmière experte, soins critiques, étude qualitative

Introduction

Du primaire à l'université, les activités pédagogiques basées sur l'apprentissage coopératif seraient plus efficaces que les activités pédagogiques favorisant l'effort individuel (Gillies, 2016). L'apprentissage coopératif est une méthode d'enseignement dans laquelle des apprenants travaillent en petit groupe afin de s'entraider dans leurs apprentissages et le développement de leurs compétences (Slavin, 2010; Slavin, 2014). Parmi ces activités, on retrouve les études de cas, la simulation, l'apprentissage par problèmes, le questionnement et la conception de cartes conceptuelles en groupe (Cappelletti et al., 2014; Shoulders et al., 2014; Thompson et Stapley, 2011; Zuriguel Perez et al., 2015). Ce type d'activités pédagogiques favoriserait le développement des connaissances, de la pensée critique, des compétences sociales, de l'estime de soi, de la confiance en soi, de la capacité à considérer le point de vue d'autrui et augmenterait la satisfaction des apprenants (Davidson et Major, 2014).

Les activités d'apprentissage coopératif sont recommandées auprès des infirmières œuvrant en soins critiques afin de contribuer au développement de leur compétence à poser un jugement clinique (American Association of Critical-Care-Nurses [AACN], 2019). En effet, ces activités favoriseraient l'apprentissage au moyen d'échanges entre pairs afin d'explorer les différentes perspectives sur une même situation clinique ainsi que partager des connaissances et des expériences. La compétence à poser un jugement clinique infirmier se définit comme la compréhension et l'interprétation de l'infirmière d'une situation de santé lui permettant de répondre adéquatement aux besoins du patient (Tanner, 2006). Sachant que la clientèle des soins critiques se distingue par une instabilité hémodynamique, une grande précarité et un risque important de détérioration de leur état de santé, les infirmières doivent être en mesure de comprendre rapidement les situations de santé afin de prendre des décisions ayant un impact crucial sur les patients (CACCN, 2017; Johansen et O'Brien, 2016; Von Colln-Applying et Giuliano, 2017). Le développement de la compétence à poser un jugement clinique est donc essentiel chez les infirmières œuvrant en soins critiques afin qu'elles offrent des soins sécuritaires et de qualité auprès de personnes vivant une expérience de santé potentiellement mortelle (AACN, 2019; CACCN, 2017; Ludin, 2018; Von Colln-Applying et Giuliano, 2017; Zuriguel Perez et al., 2015).

Les résultats de recherche montrent que les activités d'apprentissage coopératif sont bénéfiques pour les infirmières novices (Bilodeau et al., 2012; Goudreau et al., 2015; Nelwati et al., 2018; Stone et al., 2013). Par ces activités, elles développeraient leur sentiment d'autonomie, d'appartenance et de satisfaction dans leur formation (Stone et al., 2013). Elles développeraient aussi leur confiance dans leurs habiletés cliniques, leur résolution de problèmes et leur pensée critique (Nelwati et al., 2018; Stone et al., 2013). Elles amélioreraient leurs habiletés cognitives et techniques et acquerraient des connaissances dans différents domaines (Nelwati et al., 2018; Stone et al., 2013). Cela leur permettrait aussi d'échanger avec leurs pairs, de valider leurs idées, de partager leurs connaissances et d'apprendre différentes façons d'interpréter et d'intervenir (Bilodeau et al., 2012; Goudreau et al., 2015).

Toutefois, la majorité des études portant sur des activités d'apprentissage coopératif auprès d'infirmières se sont intéressées à leurs résultats et non au processus d'apprentissage en soi (Larue et al., 2013; Thompson et Stapley, 2011). Plus important encore, les connaissances sur l'apport de ces activités pour les infirmières expertes demeurent limitées, car les populations étudiées sont majoritairement des étudiantes en sciences infirmières ou des diplômées depuis moins de deux ans (Zuriguel Perez et al., 2015). Une recherche documentaire réalisée en mars 2020 dans les bases de données *Cumulative Index of Nursing and Allied Health* (CINAHL; EBSCO), PsycINFO (APA PsycNET), PubMed et Web of Science–SCI and SSCI (ISI–Thomson Scientific) n'a permis de retracer aucun article sur l'apprentissage coopératif du point de vue d'infirmières expertes.

Considérant les bienfaits des activités d'apprentissage coopératif sur le développement des infirmières novices et débutantes, il est pertinent d'explorer leurs bénéfices pour les infirmières expertes. Explorer les caractéristiques et le processus de ces activités pourrait contribuer à l'amélioration des programmes de formations continues qui leur sont offerts en augmentant la rentabilité et l'efficacité de leurs activités par l'utilisation d'un modèle de coopération entre infirmières de différents niveaux de développement de compétence.

But et questions de recherche

Le but de cette étude était d'explorer, selon la perspective d'infirmières expertes en soins critiques, la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. Les questions de recherche étaient :

- Quelles sont les caractéristiques d'activités d'apprentissage coopératif qui contribuent à la compétence à poser un jugement clinique d'infirmières expertes en soins critiques ?
- En quoi ces activités d'apprentissage coopératif contribuent au développement de leur compétence à poser un jugement clinique ?

Cadre de référence

Le cadre de référence de cette étude combine le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) et le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014). Le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) a été retenu, car il conceptualise l'ensemble du processus décisionnel de l'infirmière, et ce, peu importe son niveau de développement (novice à expert). En effet, il intègre à la fois les concepts de jugement clinique, de raisonnement clinique et de prise de décision. Selon Tanner (2006), un jugement clinique serait davantage influencé par l'infirmière et ses valeurs, croyances et connaissances, ainsi que par son milieu de travail que par les données qu'elle récolte au sein d'une situation de santé. Le jugement clinique serait aussi influencé par la réflexion que l'infirmière effectue afin de revenir sur ces situations et d'apprendre de celles-ci. Cappelletti et al. (2014) bonifient ce modèle en soulignant l'importance de la formation infirmière. En effet, les activités pédagogiques favorisant le développement de la compétence à poser un jugement clinique infirmier influenceraient l'apport de l'infirmière à la situation clinique rencontrée.

Toujours selon Tanner (2006), poser un jugement clinique infirmier est un processus itératif qui consiste à remarquer, interpréter, répondre et réfléchir. Dans ses rencontres avec le patient, l'infirmière « remarquera » des écarts entre ses attentes quant à des situations de santé similaires et les données qu'elle observe et recueille. Ce constat correspond à une première compréhension perceptuelle et immédiate de la situation de santé rencontrée. Une fois les attentes de l'infirmière confrontées au portrait clinique actuel, un ou plusieurs types de raisonnement clinique sont sollicités afin « d'interpréter » la situation rencontrée. L'interprétation correspond

au processus qui permet à l'infirmière de développer une compréhension de la situation clinique afin d'y répondre adéquatement. Au terme de l'interprétation, l'infirmière pose un jugement clinique qui déterminera sa manière de « répondre », ce qui peut comprendre une intervention précise, mais peut aussi consister à ne rien faire si cela est approprié (Tanner, 2006). Ensuite, « réfléchir » peut se dérouler dans l'action même afin d'évaluer la réponse du patient ou à posteriori afin d'apprendre de la situation et améliorer sa pratique.

Le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014), quant à lui, est basé sur l'intégration de la perspective motivationnelle, de la perspective de la cohésion sociale et de la perspective cognitive sur l'apprentissage coopératif. Selon la perspective motivationnelle, la motivation est à la fois liée à l'accomplissement de la tâche et aux interactions avec le groupe. Elle se décline en trois visées : apprendre individuellement, encourager ses pairs à apprendre et aider ses pairs à apprendre. Ces trois formes de motivation stimulent des comportements coopératifs qui favorisent l'apprentissage. La perspective de la cohésion sociale correspond au sentiment d'appartenance au groupe et à la volonté de réussir en équipe. Ensemble, la motivation et la cohésion sociale vont influencer la qualité des interactions dans le groupe.

De son côté, la perspective cognitive s'intéresse aux processus mentaux de traitement de l'information qui sont sollicités par l'apprentissage coopératif. Selon cette perspective, les interactions entre les apprenants autour d'une tâche favorisent l'apprentissage grâce à des processus de développement ou d'élaboration (Slavin, 2014). Ces interactions peuvent prendre différentes formes au sein de discussions telles que par l'argumentation, l'écoute de différents points de vue, la modélisation par les pairs et l'explication. Selon leur forme, ces interactions permettent aux apprenants d'obtenir une rétroaction sur la validité de leur argumentaire et de restructurer l'information afin de la stocker dans leur mémoire et de la relier aux informations déjà mémorisées, ce qui contribuerait à l'apprentissage.

En combinant ces trois perspectives théoriques, le modèle de Slavin (2014) permet de comprendre les éléments essentiels au processus d'apprentissage coopératif : a) l'élaboration d'un but commun basé sur les objectifs individuels des membres d'un groupe, b) la cohésion du

groupe, c) la motivation à apprendre, d) la motivation à encourager les autres à apprendre, e) la motivation à aider les autres à apprendre et f) les interactions au sein du groupe.

Méthode

Un devis qualitatif descriptif exploratoire a été retenu (Green et Thorogood, 2018; Loiselle et al., 2007). Ce type de devis s'intéresse aux phénomènes tels que vécus par les participants. La revue des écrits ayant révélé un manque de connaissances sur le phénomène d'intérêt, ce devis paraissait pertinent pour la présente étude.

Participants et recrutement

Les participants étaient des infirmiers et des infirmières expertes en soins critiques ayant fait l'expérience d'activités d'apprentissage coopératif avec des infirmiers et des infirmières de différents niveaux de développement (novices à experts) dans les deux années précédant la collecte de données. Les critères d'éligibilité ont été inspirés du modèle de Benner (2001) : les participants devaient posséder plus de cinq ans d'expérience dans le domaine des soins critiques, être reconnus par leurs pairs comme des références et être engagés dans le développement de leurs compétences par le biais d'activités de formation continue. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué dans le recrutement des participants.

Une stratégie d'échantillonnage par réseau a été utilisée (Green et Thorogood, 2018; Loiselle et al., 2007). Cette stratégie visait à promouvoir la faisabilité de l'étude, dans les circonstances où la pandémie de COVID-19 entraînait une fermeture des milieux cliniques à la recherche. Une affiche présentant le projet de recherche a été publiée sur le site internet d'un centre spécialisé en formation infirmière (Annexe C) et publicisée sur les médias sociaux (Facebook®). Les personnes intéressées étaient invitées à contacter l'équipe de recherche par courriel et à partager l'affiche sur leurs propres médias sociaux. Il était visé de recruter entre six et 10 participants afin de recueillir une variété d'expériences et de points de vue en lien avec le sujet à l'étude.

Collecte de données

Des entrevues semi-dirigées ont permis d'explorer les expériences des infirmiers experts et des infirmières expertes, et ce, selon leur propre perspective (Green et Thorogood, 2018). Les

entrevues téléphoniques d'une durée d'environ 60 minutes ont été réalisées par la première auteure et ont été enregistrées sur bande audionumérique, puis retranscrites verbatim. Le guide d'entrevue a été élaboré selon les recommandations de Hermanowicz (2002) ainsi que Green et Thorogood (2018). Le guide d'entrevue, présenté à l'Annexe D, était composé de questions ouvertes et de pistes d'exploration qui ont été définies à partir de la recension des écrits, du cadre de référence et des questions de recherche. Un questionnaire sociodémographique, présenté à l'Annexe E, a permis de recueillir des données afin de caractériser les participants : âge; genre; niveau d'études complétées ou en cours; pourcentage du temps dédié aux soins aux patients, à l'enseignement, à la recherche et à la gestion; expérience en tant qu'infirmière; participation à des activités de formation continue. De plus, les participants devaient identifier à combien ils évaluaient leur propre compétence à poser un jugement clinique infirmier sur une échelle de 1 à 10 (où 1 représente le niveau novice et 10 le niveau expert). Sur cette même échelle, les participants étaient invités à estimer à combien leurs collègues évalueraient leur compétence à poser un jugement clinique infirmier.

Analyse des données

L'analyse des données a été inspirée de la méthode d'analyse thématique décrite par Braun et Clarke (2006). L'analyse thématique vise à identifier, analyser et présenter des thèmes issus de données qualitatives. Les thèmes sont des expressions permettant de saisir l'essentiel d'un propos en relation avec des questions de recherche. L'analyse thématique permet d'organiser et de décrire des données qualitatives afin de rapporter l'expérience, la signification et la réalité des participants en lien avec le phénomène à l'étude. Ainsi, une fois les entrevues retranscrites, les données ont été divisées et regroupées, dans le logiciel Microsoft Word®, en cinq grandes catégories : a) caractéristiques des activités, b) motivation des participants, c) ambiance, d) dynamique relationnelle et e) résultats des activités. Ces cinq grandes catégories étaient inspirées du cadre de référence combinant les modèles de Tanner (2006) et de Slavin (2014). Ensuite, des codes émergents ont été attribués aux données de chacune des catégories pour finalement les regrouper en thèmes de plus en plus complets, et ce, de manière itérative. Un cahier composé de ces catégories et codes est présenté à l'Annexe F. Enfin, un schéma thématique a été créé afin d'illustrer les liens entre les thèmes (Figure 1). L'utilisation du cadre

de référence a permis de bien camper ces liens. Tout au long de l'analyse, des notes ont été rédigées afin de colliger les réflexions permettant d'expliquer les codes et les thèmes, de les compléter ainsi que faire émerger de nouvelles idées et des pistes de réflexion.

Critères de scientificité

Cette étude reposait sur quatre critères de scientificité de la recherche qualitative, soit la crédibilité, la confirmabilité, la fiabilité et la transférabilité (Fortin et Gagnon, 2016; Lincoln et Guba, 1985; Loiselle et al., 2007). La crédibilité renvoie à la véracité des données et de l'interprétation. Pour assurer la crédibilité, une triangulation des chercheurs a été réalisée dans l'analyse et l'interprétation des données. La première et le troisième auteur ont effectué la codification initiale des données de façon indépendante jusqu'à l'atteinte d'une codification identique des données. Cette codification des données fut ensuite validée par la deuxième auteure. Une fois la thématization terminée, une recherche de résultats divergents a été effectuée afin d'obtenir une description plus complète des thèmes identifiés. De plus, la présence de ces données divergentes ainsi que des citations assure une présentation transparente des thèmes issus de l'analyse des données. Ces stratégies ont aussi permis d'assurer la confirmabilité des données, soit la cohérence entre les données, l'analyse et l'interprétation.

La fiabilité, qui réfère à l'uniformité et à la stabilité des données, a été assurée par l'enregistrement audionumérique des entrevues et leur transcription. Une piste d'audits a été constituée afin de permettre un examen indépendant de la démarche et de confirmer la stabilité des données. L'analyse des données fut réalisée par la première auteure qui a consigné dans un journal de bord ses réflexions et ses interprétations tout au long du processus. Par la suite, la deuxième et le troisième auteur ont examiné en détail et de façon indépendante les résultats et leurs justifications. Ils ont lu les analyses, validé, puis confirmé les interprétations des résultats.

Enfin, la transférabilité permet de conclure si les résultats de l'étude sont transposables dans d'autres contextes (Fortin et Gagnon, 2016; Lincoln et Guba, 1985; Loiselle et al., 2007). Pour assurer la transférabilité, une description détaillée des participants et des activités d'apprentissage coopératif est présentée dans la prochaine section.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal (CERSES-20-069-D). Un consentement libre et éclairé a été obtenu de tous les participants (Annexe G). Toutes les données recueillies ont été dénominalisées et traitées de façon confidentielle.

Résultats

Au total, sept participants travaillant dans différentes unités de soins intensifs dans la grande région de Montréal ont été recrutés (Tableau 1). Il s'agissait de cinq infirmières et d'un infirmier, tous titulaires d'un baccalauréat et qui dédiaient plus de 50 % de leur temps aux soins aux patients. Une autre participante occupait un poste d'assistante du supérieur immédiat (ASI).

Tableau 1. – Caractéristiques des participants

Caractéristiques	Moyenne (écart-type)	<i>n</i> (%)
Âge (années)	34 (± 9,1)	-
Genre (féminin)	-	6 (86 %)
Poursuivent des études actuellement	-	2 (29 %)
Expérience clinique totale (années)	9 (± 4,0)	-
Expérience clinique en soins critiques (années)	8 (± 3,6)	-
Expérience dans le rôle actuel (années)	5 (± 1,6)	-
Activités d'apprentissage coopératif dans les 2 dernières années (<i>n</i>)	6 (± 4,3)	-
Autoévaluation de leur compétence à poser un jugement clinique infirmier (0-10)	8 (± 1,5)	-
Évaluation de leur compétence à poser un jugement clinique infirmier selon leurs collègues (0-10)	8 (± 2,6)	-

Lors des entrevues, les participants étaient invités à partager leur expérience d'une formation incluant une activité d'apprentissage coopératif qui s'était déroulée au cours des deux dernières

années. Plus précisément, il leur était demandé en début d'entrevue de choisir une activité de formation basée sur des mises en situation de soins critiques.

La majorité des formations ($n=6$) étaient des étapes obligatoires des programmes de formation continue offerts dans les milieux de travail des participants. Leur participation était donc obligatoire, soit pour maintenir un lien d'emploi ou pour qu'ils deviennent formateurs à leur tour. Ainsi, leurs sources de motivation étaient d'abord extrinsèques, c'est-à-dire que la raison de leur participation provenait d'un incitatif externe et non de leur volonté personnelle. Or, les participants présentaient tous une motivation intrinsèque à apprendre. Ils reconnaissaient l'importance de telles formations pour acquérir et mettre à jour leurs connaissances, développer leurs compétences ainsi qu'améliorer leur pratique. La motivation des participants était aussi amplifiée du fait que les formations étaient dynamiques et qu'elles étaient contextualisées à la réalité de leur pratique. Une formation se distinguait, car elle était offerte par un ordre professionnel. Lors de cette formation, le groupe était composé de 25 apprenants et une conférencière avait la charge de l'animation. La participante qui a fait l'expérience de cette formation s'était inscrite de son plein gré.

Les formateurs étaient généralement des collègues de travail, à l'exception d'une formatrice qui était représentante d'une compagnie d'équipement médical. Les groupes étaient composés de cinq à 11 apprenants — généralement des infirmières — ayant une expérience allant de six mois à plus de 15 ans. Un groupe était composé de différents professionnels : infirmières, médecins, inhalothérapeutes et préposés aux bénéficiaires. Trois groupes comprenaient des infirmiers et infirmières de différents milieux de travail.

Le contenu des formations portait sur l'évaluation clinique et la prise en charge de patients de soins intensifs lors de soins particuliers, comme le ballon intra-aortique et la ventilation mécanique. Les objectifs des formations étaient que les apprenants puissent intervenir adéquatement auprès de différentes clientèles de soins critiques. Une des formations faisait exception, car elle avait comme objectif de contribuer au développement du leadership et de la gestion de problématiques cliniques auprès d'ASI. Lors de cette formation, les ASI devaient discuter autour de situation de santé complexe où elles étaient intervenues à titre de personnes-

ressources auprès de leurs équipes. Cette formation demeurerait donc pertinente dans le cadre de l'étude, puisqu'elle sollicitait la compétence à poser un jugement clinique des ASI.

Les formations misaient sur des stratégies pédagogiques variées : cours magistral ($n=5$, 71 %), simulation ($n=4$, 57 %), étude de cas ($n=3$, 43 %), questionnement ($n=1$, 14 %) et exercices d'application ($n=1$, 14 %). Elles se divisaient fréquemment en deux parties, soit une partie davantage magistrale suivie d'une partie coopérative où les participants pouvaient être plus actifs dans leurs apprentissages. Seulement deux participants (29 %) ont suivi une formation basée uniquement sur l'apprentissage coopératif, sans volet magistral. La durée des formations était variable : une demi-journée ($n=2$, 29 %), une journée ($n=3$, 43 %) ou deux journées ($n=2$, 29 %).

Caractéristiques d'activités d'apprentissage coopératif qui contribuent à la compétence d'expertes en soins critiques

L'analyse des données issues des entrevues a révélé deux thèmes en lien avec les caractéristiques d'activités d'apprentissage coopératif qui, selon les participants, ont contribué au développement de leur compétence à poser un jugement clinique. Ces thèmes sont « l'établissement d'un environnement sécuritaire favorise la participation » et « l'hétérogénéité du groupe d'apprenants favorise les échanges ». Ces thèmes se situent à la périphérie de la Figure 1, qui illustre les réponses aux questions de recherche.

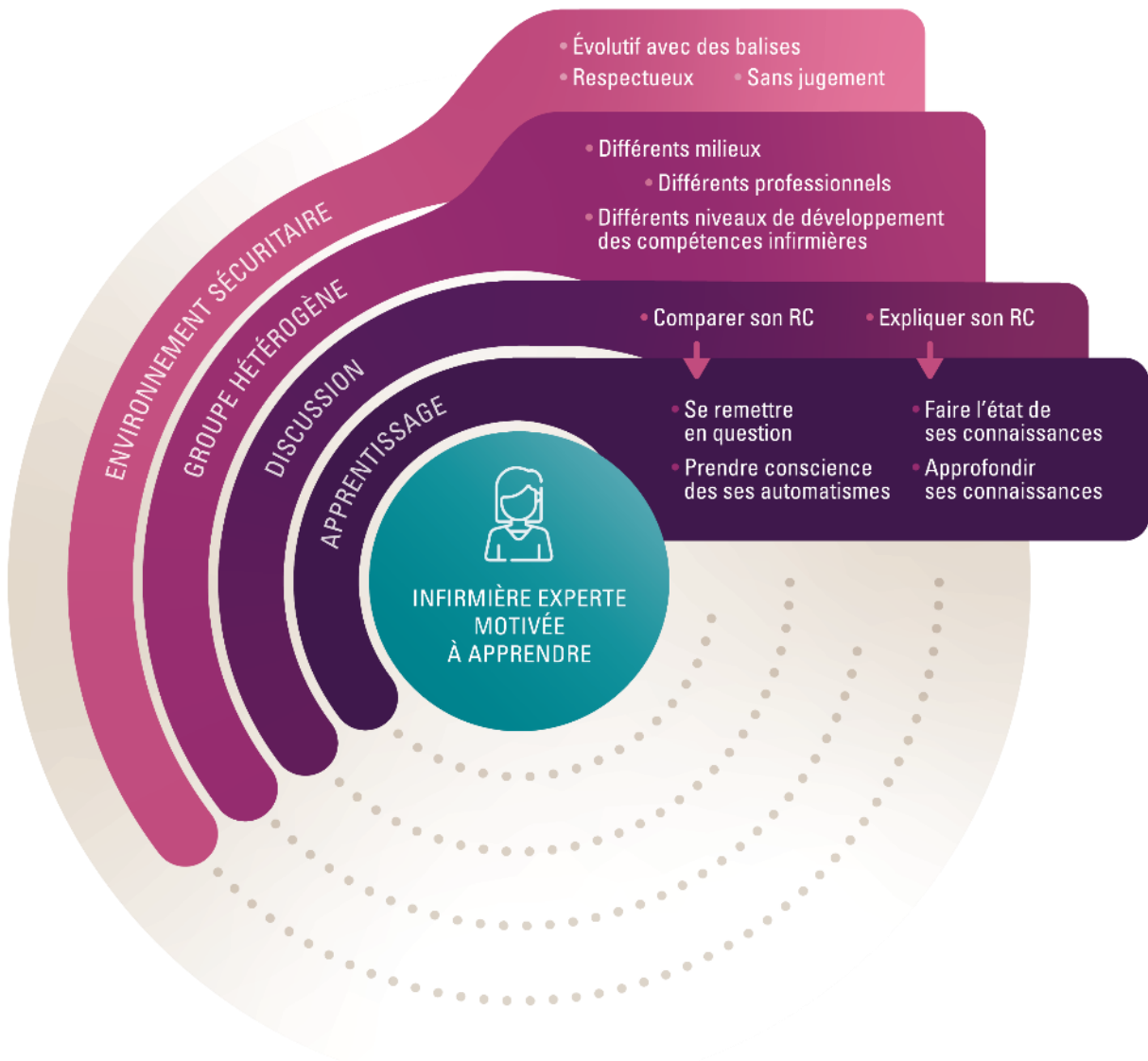


Figure 1. – Caractéristiques et processus d’activités d’apprentissage coopératif

L’établissement d’un environnement sécuritaire favorise la participation

En général, l’ambiance lors des activités d’apprentissage coopératif était agréable et perçue positivement par les participants. Ils ont souvent rapporté la présence d’un respect mutuel, d’une ouverture aux différents points de vue et d’une absence de jugement au sein des groupes de formation. Ceci contribuait à la perception d’un environnement sécuritaire où chaque apprenant se sentait à l’aise de s’exprimer.

Les participants ont toutefois souligné que les activités débutaient généralement dans une ambiance plus réservée, car certains apprenants dans le groupe, parfois eux-mêmes, présentaient une certaine retenue. Cette retenue s'exprimait par une absence d'échanges, un faible taux de réponses aux questions des formateurs et un manque d'enthousiasme. Ceci pouvait être le résultat de plusieurs facteurs, généralement liés à la crainte du regard des autres posé sur soi et à la peur de commettre une erreur. D'une part, les participants ont rapporté que la présence d'apprenants plus expérimentés (incluant eux-mêmes), de représentants du corps médical ou d'apprenants d'autres milieux cliniques nourrissaient cette retenue initiale. D'autre part, la retenue des apprenants pouvait aussi être le résultat d'un inconfort relié à leur performance lors de l'activité d'apprentissage coopératif, notamment en simulation. Les participants ont rapporté ressentir une certaine pression d'être « une bonne infirmière » qui connaît les bonnes réponses, démontre un bon raisonnement clinique et prend les bonnes décisions pendant l'activité.

Malgré cette retenue initiale, les participants ont rapporté que l'ambiance au sein des groupes a évolué grâce aux interventions des formateurs et des apprenants plus expérimentés, incluant parfois eux-mêmes. Dès le début des formations, les formateurs ont mis en place des balises afin de favoriser un environnement sécuritaire : respect mutuel, confidentialité, absence de bonnes ou de mauvaises réponses et importance de participer activement. Les participants ont souligné comment la mise en place de ces balises a favorisé la création d'un environnement sécuritaire pour l'apprentissage. De plus, les apprenants plus expérimentés invitaient les apprenants novices à participer sans gêne :

Il y a des infirmières d'expérience qui encourageaient les plus jeunes à parler. [...] Malgré le fait que ce n'est pas deux unités qui se connaissent à 100 %, [...] il y a cette espèce de respect mutuel qui est là. Des infirmières [...] d'un peu plus d'expérience prennent la peine d'encourager les infirmières avec un peu moins d'expérience à parler et à se sentir à l'aise. (I-41)

Une participante a aussi soulevé cette volonté d'aider les apprenants plus novices en portant une attention particulière à sa propre participation afin de leur laisser suffisamment d'espace pour participer. Par ailleurs, certains apprenants, en plus d'être des collègues, étaient aussi des amis à l'extérieur du travail. Ils estimaient que cette familiarité contribuait à la création d'un environnement sécuritaire lors des activités d'apprentissage coopératif.

L'hétérogénéité du groupe d'apprenants favorise les échanges

L'analyse des propos des participants suggère que l'hétérogénéité du groupe d'apprenants favorisait les échanges entre eux. Selon les participants, plus grande est l'hétérogénéité au sein d'un groupe, plus nombreux sont les échanges et les partages d'opinions, de façons de faire et de connaissances. Un groupe peut être hétérogène selon qu'il regroupe des apprenants présentant une diversité en termes de niveaux de développement infirmiers, de milieux de travail ou de professions.

D'abord, l'hétérogénéité au sein d'un groupe peut découler de la présence d'apprenants de différents niveaux de développement. Un participant explique comment cette forme d'hétérogénéité a favorisé les interactions en raison de la diversité des points de vue :

Le fait qu'il y ait [...] des novices et des experts, c'est bien. Mettre juste des experts ensemble, ça n'aurait eu aucune [valeur ajoutée]. En fait, probablement qu'il y aurait même eu moins d'interactions parce qu'on serait souvent tombés d'accord rapidement sans trop devoir s'expliquer. On en vient un peu à tous avoir la même conduite. (D-148)

La présence d'apprenants moins expérimentés favoriserait aussi les échanges car ces derniers poseraient des questions sur des points que les personnes plus expérimentées tiennent généralement pour acquis. Ces questions peuvent générer des discussions pertinentes qui n'auraient pas été abordées sans leur présence :

C'est un peu comme les enfants qui disent des réalités troublantes aux vieux. C'est avec candeur que tu fais : « Pourquoi on fait ça ? » J'avoue que ça n'a pas nécessairement de sens, mais on m'a montré ça comme ça et j'ai juste arrêté de me poser la question. Souvent, je trouve que les nouveaux amènent des questionnements qui peuvent faire changer des choses, parce qu'on a une petite prise de conscience : « Pourquoi est-ce qu'on continue à faire ça ? ». (D-90)

Par ailleurs, les participants ont affirmé que l'hétérogénéité en termes de niveaux de développement des infirmières ne serait pas bénéfique dans toutes les formations. Selon eux, un groupe composé seulement d'expertes permettrait un partage plus grand de situations vécues, un approfondissement des connaissances et la création de liens cliniques plus nombreux. L'hétérogénéité pourrait aussi devenir une source de stress pour des novices ou débutantes si le contenu surspécialisé d'une formation dépassait leur niveau de développement. D'un côté, ceci

pourrait ralentir la progression des expertes. D'un autre côté, elles pourraient ne pas être assez stimulées lors d'une formation portant sur un sujet de base. Un participant l'explique ainsi :

C'est une surspécialisation [l'oxygénation par membrane extracorporelle]. À ce moment-là, il y aurait peut-être une [valeur ajoutée] que ce soit que des expertes parce qu'elles sont rendues là dans leur cheminement, versus les [novices] qui n'ont pas encore été exposées adéquatement au sujet. [...] Ça serait peut-être même délétère pour elles de les mettre dans une formation comme ça, où elles n'y comprendraient rien. Ça pourrait leur créer plus de négatif que de positif. (I-105)

Outre le niveau de développement des compétences infirmières, l'hétérogénéité d'un groupe peut aussi s'incarner par l'appartenance des apprenants à différents milieux de travail. Cette hétérogénéité permet de discuter des réalités de milieux et clientèles variés ainsi que de différentes façons de faire. Finalement, un groupe d'apprenants pourrait être hétérogène par la présence de différents professionnels. Ces professionnels peuvent partager leurs différentes visions et des connaissances spécifiques à leur discipline. Toutefois, selon les participants, il faut atteindre un équilibre en favorisant l'hétérogénéité du groupe tout en visant un nombre d'apprenants suffisamment restreint pour permettre à tous de participer durant l'activité.

Contribution d'activités d'apprentissage coopératif au développement de la compétence à poser un jugement clinique d'infirmières expertes

Au cours des entrevues, les participants ont mentionné le rôle central de la discussion comme moteur de l'apprentissage lors d'activités d'apprentissage coopératif. Ceci est illustré dans la partie médiane de la Figure 1. Par la discussion, les apprenants échangent sur leurs expériences, leurs connaissances, mais particulièrement sur leur raisonnement clinique, ce qui favoriserait l'apprentissage des infirmières expertes. En effet, les discussions lors des activités d'apprentissage coopératif portaient sur des éléments centraux de la compétence à poser un jugement clinique, contextualisés dans des situations de soins critiques. Ces éléments sont : l'évaluation et la collecte de données, l'analyse et l'interprétation des données, ainsi que la prise de décision. Ces discussions pouvaient survenir à tout moment lors des activités d'apprentissage coopératif, selon les stratégies pédagogiques utilisées par les formateurs telles que la simulation, l'étude de cas, le questionnement ou les exercices d'application.

Ainsi, l'analyse des données a permis d'identifier deux thèmes liés aux mécanismes opérant à même la discussion lors d'activités d'apprentissage coopératif. Ces thèmes sont « comparer son raisonnement clinique afin de le remettre en question et prendre conscience de ses automatismes » et « expliquer son raisonnement clinique pour faire l'état de ses connaissances et les approfondir ».

Comparer son raisonnement clinique afin de le remettre en question et prendre conscience de ses automatismes

Lors des activités d'apprentissage coopératif, les participants ont expliqué mettre en œuvre leur raisonnement clinique dans des situations de soins critiques. Puisque les activités misaient sur la discussion, ils ont affirmé devoir partager leur raisonnement clinique et écouter celui de leurs collègues, ce qui engendrait un mécanisme de comparaison. Comparer son processus de raisonnement clinique signifie reconnaître les différences et les similitudes entre les éléments de son propre raisonnement clinique et de celui d'autrui au sein d'une même situation (ex. : collecte de données, analyse et interprétation des données).

Alors que l'identification de similitudes peut confirmer ou valider leur raisonnement clinique, les participants ont expliqué que l'identification de différences pouvait générer des questionnements et des remises en question. En présence de telles différences, les participants ont rapporté devoir déterminer la source de ces différences, ce qui pouvait engendrer un doute sur la validité de leur propre raisonnement clinique :

Ça amène aussi un autre point de vue vis-à-vis de ton propre raisonnement. Ça remet un peu en question ton raisonnement parce que, des fois, il est diamétralement opposé à celui de ton collègue. Tu viens à te questionner à savoir : « Est-ce que j'ai le bon raisonnement? [...] Est-ce qu'il y aurait matière à ce que mon jugement clinique soit revu ? ». (D-80)

Les participants ont expliqué que l'identification et la compréhension des différences entre leur raisonnement clinique et celui d'autrui occasionne une mise à jour de leurs connaissances théoriques et pratiques, particulièrement lorsqu'ils observent des différences avec le raisonnement clinique de novices. En écoutant les novices expliquer leur raisonnement clinique, les participants pouvaient constater quelles connaissances et ressources ils mobilisaient afin d'interpréter une situation. Ces connaissances sont plus récentes que celles des experts, puisque

les novices ont terminé leurs études ou la formation pour travailler sur l'unité de soins critiques plus récemment. Ainsi, les experts mettraient à jour leurs connaissances en y intégrant des connaissances plus récentes, amenées par les novices.

En comparant leur raisonnement clinique, les participants ont aussi rapporté prendre conscience de leurs automatismes, c'est-à-dire des actions faites par habitude et non réfléchies. Les automatismes peuvent être des raccourcis utilisés par les experts dans leur processus de raisonnement clinique. Une participante explique comment des infirmières novices lui ont ouvert les yeux sur des gestes simples et automatiques qu'elle utilise pour collecter les données lors de son évaluation clinique :

Je faisais des choses, puis à la fin [les novices] me disaient : « Ah ! T'as fait ça ! » Ça me prenait un petit temps pour me remémorer la scène pour réaliser que je l'avais fait parce que c'était vraiment un automatisme que je n'avais pas [remarqué] sur le coup.
(A-52)

Ces raccourcis peuvent aussi se retrouver dans l'analyse et l'interprétation des données. En effet, lors de situations de santé courantes aux soins intensifs, les participants ont affirmé intervenir rapidement en se basant sur leurs expériences similaires passées. Toutefois, ils ont souligné que dans certaines situations, les échanges avec des novices les ont amenés à considérer qu'ils pourraient prendre le temps d'analyser différentes hypothèses et de collecter davantage de données avant de sauter à la conclusion la plus plausible. Une participante explique sa réflexion à ce sujet après avoir écouté le raisonnement clinique d'infirmières novices :

[Les novices] sont habitués de se questionner, tandis que nous, on saute plus vite aux conclusions parce qu'on ne fait pas tout le processus. On voit un patient : une chirurgie cardiaque, sa pression descend, il n'y a pas de sang dans les drains ; on va tout de suite penser à la tamponnade. Tandis que les novices vont devoir émettre plus d'hypothèses. Surement que notre hypothèse est la bonne, mais parfois, notre cerveau peut être un peu plus paresseux parce qu'on saute aux conclusions, puis on oublie de trouver des informations qui peuvent [éliminer] d'autres hypothèses. (E-113)

Ces réflexions ont permis aux participants d'accorder une confiance et une crédibilité au raisonnement clinique des novices. Plusieurs ont rapporté avoir réalisé que la présence de différences entre leur raisonnement clinique et celui des novices n'invalidait pas le raisonnement ou les compétences de ces derniers :

Ce que [les novices] m'ont apporté, c'est apprendre à faire confiance aux autres. On [les experts] aime ça faire nos choses, mais quand tu fais des formations comme celle-là, ça te pousse à te dire qu'effectivement, l'autre personne est très capable de poser tel ou tel geste. Donc pourquoi dans la réalité, tu ne serais pas capable de déléguer un peu plus? (F-97)

Expliquer son raisonnement clinique permet de faire l'état de ses connaissances et de les approfondir

Selon les participants, la discussion lors d'activités d'apprentissage coopératif leur permet de dresser l'état de leurs connaissances et de les approfondir par l'explication. L'explication est un mécanisme par lequel les apprenants nomment, justifient et parfois même défendent à voix haute les différents éléments de leur raisonnement clinique. En expliquant à voix haute leur raisonnement, les participants ont rapporté prendre conscience de l'étendue de leurs connaissances :

En parlant avec des novices, ça me permettait de voir que j'ai plus de connaissances que je pensais, qu'il y a une belle consolidation et que je suis capable de bien les verbaliser. Je trouvais ça agréable parce que ça nous permet de nous remettre en question, mais aussi de voir qu'au final, le chemin qu'on fait dans notre tête est quand même bien enraciné. Cela permet de se donner plus de confiance professionnelle quand on se fait poser des questions. On réfléchit un peu, puis on finit par comprendre que l'on connaît déjà la réponse. (I-77)

Par l'explication, les participants ont rapporté se sentir actifs dans leur apprentissage. Cela les incitait à approfondir leurs connaissances en révisant des notions théoriques, notamment par la consultation de références scientifiques :

Le fait de participer comme ça, ça te permet d'être stimulé mentalement. Si on se fait réciter juste de la théorie par cœur, qu'on essaie de la rentrer de force, pour moi, ce n'est pas une bonne méthode d'apprentissage. Ça ne mènera à rien. Tandis qu'à participer puis à interagir avec les autres, ça te permet d'appliquer la théorie concrètement. Tu vas expliquer et défendre ton point de vue, mais pour ça, tu vas retourner dans ton manuel pour appuyer tes dires sur les écrits scientifiques. Ça te permet d'intégrer la matière plus efficacement. (D-72)

En plus de constater l'état de leurs connaissances, l'explication des éléments de leur raisonnement clinique leur permet d'approfondir les liens les unissant et d'en créer de nouveaux :

On connaît les choses, mais de les verbaliser, ça permet d'avoir un tableau d'ensemble de toutes ses connaissances. Ça permet à certaines connaissances de se fixer entre elles, je trouve qu'il y a des choses qu'on tient un peu pour acquises. Je trouve ça

agréable de refaire ce chemin-là. Ça nous le remémore aussi, puis ça permet de renforcer et de moduler notre jugement par rapport à quelque chose. (I-81)

Par ailleurs, les participants ont mentionné qu'en expliquant leur raisonnement clinique, cela leur permettait aussi d'avoir accès à de la rétroaction de la part des autres apprenants et des formateurs. La rétroaction sur leurs explications leur permettait, d'un côté, de valider et de consolider leurs connaissances et, d'un autre côté, d'effectuer de nouveaux liens entre elles afin de les approfondir. De surcroît, l'explication présentait aussi son utilité pour les formateurs. Les participants ont rapporté qu'en écoutant les apprenants expliquer leur raisonnement clinique, les formateurs pouvaient ajuster leur enseignement en fonction des besoins d'apprentissage. En effet, ils pouvaient prendre conscience des éléments maîtrisés par les apprenants et ceux à approfondir, car l'explication illustre leur compréhension.

En résumé, les activités d'apprentissage coopératif permettraient aux infirmières expertes de développer leur compétence à poser un jugement clinique par la discussion. En effet, la discussion solliciterait des mécanismes de comparaison et d'explication. Selon les participants, ces mécanismes leur ont permis de remettre en question leur raisonnement clinique, de comprendre leurs automatismes ainsi que de faire l'état de leurs connaissances et de les approfondir. Enfin, les caractéristiques des activités d'apprentissage coopératif, soit l'établissement d'un environnement sécuritaire afin que les apprenants se sentent en confiance d'exprimer leur raisonnement clinique et l'hétérogénéité du groupe d'apprenants afin de favoriser les échanges, semblent être des conditions préalables à la discussion.

Discussion

Cette étude visait à explorer, selon la perspective d'infirmières expertes en soins critiques, la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. À notre connaissance, il s'agit des premières données issues d'une démarche scientifique permettant d'apprécier la contribution de telles activités à cette compétence. Cette étude est aussi la première à s'être intéressée à la perspective d'infirmières expertes en la matière. Ces résultats ont notamment été rendus possibles par l'utilisation d'un cadre de référence original combinant le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) et le modèle d'apprentissage coopératif de Slavin (2014). Cette combinaison de modèles provenant des sciences infirmières et

des sciences de l'éducation a permis de comprendre et de mettre en relation les deux concepts centraux de l'étude, ce qui est une première. De plus, bien que l'apport de ces activités au développement de compétences d'infirmières novices soit déjà documenté au sein des écrits scientifiques, cette combinaison a permis d'explorer pour une première fois le processus derrière ces bienfaits auprès d'infirmières expertes.

En réponse à la première question de recherche sur les caractéristiques des activités d'apprentissage coopératif, les participants ont souligné l'importance d'établir un environnement sécuritaire et de créer un groupe hétérogène d'apprenants. D'une part, il est surprenant de constater l'absence de l'environnement sécuritaire dans le modèle de Slavin (2014), alors qu'il s'agit d'un thème récurrent dans le domaine de l'éducation, particulièrement en simulation. L'environnement sécuritaire se définit comme un environnement où des erreurs peuvent être commises sans crainte des conséquences possibles sur le patient et l'apprenant (Turner et Harder, 2018). L'établissement d'un tel environnement permettrait aux apprenants d'apprendre de leurs erreurs, d'améliorer la résolution de problèmes et de promouvoir le développement de leurs compétences. Cela concorde avec les propos des participants de l'étude qui ont rapporté que l'environnement sécuritaire favorisait la participation des apprenants notamment, car ils se sentaient à l'aise de s'exprimer librement. Selon leurs propos, cela a été possible par la mise en place de balises comme le respect mutuel, l'ouverture aux différents points de vue, l'absence de jugement et l'importance de participer. Ces résultats sont similaires aux balises d'intégrité professionnelles issues des meilleures pratiques en simulation, soit la confiance, le respect mutuel, la confidentialité et l'absence de jugement (NACSL Standards Committee, 2016; Turner et Harder, 2018). Ainsi, ces résultats vont dans le sens des meilleures pratiques en simulation qui suggèrent qu'il est de la responsabilité des formateurs de mettre en place des balises afin d'établir un environnement sécuritaire. Il paraît donc pertinent de former les formateurs des programmes de formation continue en soins infirmiers afin qu'ils adoptent intentionnellement ces pratiques lors d'activités d'apprentissage coopératif, et ce, peu importe la stratégie pédagogique retenue.

D'autre part, les participants ont mentionné que l'établissement d'un environnement sécuritaire a aussi été possible par la volonté de certains experts d'aider les apprenants plus novices dans leurs apprentissages. Cette bienveillance des apprenants experts envers les apprenants novices

peut être comprise sous la perspective motivationnelle décrite par Slavin (2014). Selon cette perspective, la motivation est un facteur déterminant de l'apprentissage, car elle exerce la plus grande influence sur les interactions entre les apprenants. Elle se décline de trois façons : la motivation à apprendre, la motivation à encourager ses pairs à apprendre et la motivation à aider les autres à apprendre. Ainsi, les propos des participants à l'effet que les apprenants plus expérimentés aient été attentifs à ne pas accaparer tout l'espace lors des activités de formation afin que les novices puissent participer et qu'ils les encourageaient à échanger correspondent aux deux dernières formes de motivations. Cette bienveillance peut aussi être comprise sous l'angle du *caring* s'appuyant sur des valeurs humanistes (Cara et al., 2016). En effet, le *caring* est un désir conscient de vouloir aider l'autre en plus de vouloir développer des liens de réciprocité (Cara et al., 2016). Les participants ont démontré cette volonté de réciprocité en reconnaissant l'expérience unique des autres apprenants, notamment leurs expériences cliniques passées, et non seulement leur statut de novices en soins critiques. Par extension, cela peut aussi refléter la description de Benner (2004) et Tanner (2006) des infirmières expertes, qui auraient un regard davantage holistique et s'intéresseraient à l'unicité de chaque individu.

La deuxième caractéristique des activités d'apprentissage coopératif est l'hétérogénéité du groupe d'apprenants qui favorise les échanges. Les participants ont mentionné trois formes d'hétérogénéité au sein de leur groupe de formation soit le milieu de travail, la profession et les niveaux de développement infirmiers. Malgré que l'hétérogénéité des groupes d'apprenants soit absente du modèle de Slavin (2014), la valeur de l'hétérogénéité interdisciplinaire est reconnue au sein de la formation des professionnels de la santé. En effet, selon la revue systématique et méta-analyse de Guraya et Barr (2018), la présence de représentants de différentes professions dans les activités de formation augmente la satisfaction professionnelle, aide les apprenants dans leur résolution de problèmes complexes et dans leur capacité à utiliser d'autres ressources, contribue à dissiper les stéréotypes ainsi qu'à la construction de relation professionnelle. Cette interdisciplinarité aurait aussi un impact positif sur l'amélioration des connaissances, des compétences et des attitudes des apprenants sur le travail d'équipe (Guraya et Barr, 2018; Reeves S. et al., 2013). Ces résultats sont similaires aux propos des participants de l'étude qui ont rapporté que l'hétérogénéité de leur groupe avait favorisé le partage de connaissances,

expériences et points de vue ainsi que des occasions de comparer et expliquer son raisonnement clinique à autrui. Aussi, comme mentionnée précédemment, la coopération entre les participants et les apprenants novices lors de ces activités a permis de construire une relation davantage égalitaire entre eux, ce qui se rapproche aussi des résultats rapportés par Guraya et Barr (2018). Il apparaît donc bénéfique de créer des groupes hétérogènes lors des activités d'apprentissage coopératif en formation continue. En milieu clinique, les infirmières côtoient des infirmières de différents niveaux de développement et différents professionnels, alors pourquoi ne pourraient-elles pas développer leurs compétences dans les mêmes conditions?

L'apport de l'hétérogénéité en ce qui concerne les niveaux de développement infirmiers et de milieu de travail peut être expliqué en partie par le modèle de Tanner (2006). En effet, ce modèle suggère qu'un jugement clinique est influencé non seulement par la situation de santé, mais aussi par le bagage de l'infirmière. L'infirmière qui pose un jugement clinique s'appuie sur ses connaissances, ses valeurs et ses croyances cumulées au fil de ses expériences. Ainsi, chaque infirmière possède un bagage différent de ressources, selon ses expositions à différentes situations de santé, qu'elle utilise lorsqu'elle pose des jugements cliniques. Ceci veut dire qu'au sein d'une même situation de santé, deux infirmières pourraient ne pas avoir la même interprétation et poser des jugements cliniques différents. Tanner (2006) suggère aussi que le milieu clinique est l'un des facteurs influençant les jugements cliniques de l'infirmière par ses politiques, sa culture et la nature des relations interdisciplinaires qui s'y déploient. Aussi, les programmes de formation continue offerts dans un milieu influencent l'acquisition de connaissances de l'infirmière et le développement de ses compétences. De manière cohérente avec le modèle de Tanner (2006), les participants ont observé des différences dans la façon de collecter et d'analyser les données au sein d'une même situation clinique selon les milieux de travail des apprenants.

Toujours en lien avec l'hétérogénéité des niveaux de développement infirmiers, les participants ont mentionné que la présence d'infirmières novices stimulait la discussion, car elles posaient plus de questions et analysaient de façon différente les situations de soins critiques. Cela est aussi conséquent avec le modèle de Tanner (2006) qui explique l'utilisation de différents types de raisonnement clinique selon le niveau de développement des infirmières. Les infirmières novices

utiliseraient un raisonnement analytique (Benner, 2001; Tanner, 2006). Les infirmières expertes, de leur côté, utiliseraient un raisonnement intuitif qui correspond à une compréhension immédiate de la situation (Hassani et al., 2016; Melin-Johansson et al., 2017). Cela pourrait expliquer comment les participants, en écoutant ou en observant les apprenants novices ont pu comparer leur raisonnement clinique et prendre conscience des raccourcis cognitifs qu'ils ont développés (ce qu'ils ont appelé leurs « automatismes »). Ces différences peuvent aussi expliquer les nombreuses questions des novices qui ont sollicité les participants à expliquer leur raisonnement clinique. Par ailleurs, les participants ont aussi rapporté avoir réalisé que la présence de différences entre leur raisonnement clinique et celui des novices n'invalide pas le raisonnement ou les capacités de ces dernières. En comprenant comment les infirmières novices posent leurs jugements cliniques, cela a aussi contribué au changement de perspective des participants envers ces dernières. Ainsi, l'hétérogénéité en termes de niveaux de développement infirmiers pourrait contribuer au même titre que l'hétérogénéité interdisciplinaire rapportée par Guraya et Barr (2018) à construire une relation professionnelle davantage égalitaire entre les experts et les novices. Ainsi, nous avançons que les activités d'apprentissage coopératif entre les infirmières de différents niveaux de développement ont le potentiel de contribuer à l'amélioration du climat de travail dans les milieux cliniques et au sentiment d'appartenance des nouveaux employés.

En réponse à la deuxième question de recherche sur la contribution des activités d'apprentissage coopératif, les participants ont souligné l'importance de la discussion comme moteur de leur apprentissage. Les discussions étaient contextualisées à des situations de soins critiques et ont sollicité des mécanismes de comparaison et d'explication du raisonnement clinique. Ces mécanismes de comparaison et d'explication s'apparentent aux différentes formes d'interactions favorisant l'apprentissage selon le modèle de Slavin (2014), soit l'explication et l'écoute de différents points de vue. Toutefois, la modélisation par les pairs et l'argumentation sont des formes d'interaction dans le modèle de Slavin (2014) qui n'ont pas été mentionnées distinctement par les participants. Néanmoins, ces formes d'interactions transparaissent dans leurs propos. En effet, ils ont affirmé avoir partagé leur raisonnement clinique et écouté celui d'autres apprenants. Il est plausible que cette écoute engendre une forme de modélisation par

les pairs, qui consiste en l'observation des activités ou des processus cognitifs d'autrui. Cette forme d'interaction est approfondie dans la théorie sociocognitive de Bandura (1977) qui stipule que l'apprentissage est influencé par l'observation des comportements d'autrui. Selon les principes de cette théorie, l'apprenant qui observe le comportement d'une autre personne le mémorise pour ensuite le reproduire et finalement recevoir un renforcement positif pour l'avoir démontré. L'apprenant sera davantage susceptible d'adopter les comportements observés, si ces derniers sont jugés comme ayant une valeur fonctionnelle et engendrant des résultats appréciables. Cela est aussi favorisé lorsque les modèles (c.-à-d. les personnes observées) sont semblables aux observateurs ou s'ils possèdent un statut attrayant (Bandura, 1977). Par ailleurs, la modélisation par les pairs est bien connue dans la formation infirmière (Baldwin et al., 2014). En effet, tout au long de son parcours académique, l'étudiante en sciences infirmières est exposée à différents modèles d'infirmières. Celles-ci sont entre autres des monitrices de stages, des enseignantes et des préceptrices. Par l'observation de leurs comportements, l'étudiante peut choisir ou non de les adopter et cela contribuera à la construction de son identité professionnelle (Baldwin et al., 2014). De plus, certaines études ont démontré des effets bénéfiques de l'intégration de la modélisation par des infirmières expertes lors d'activités de simulation auprès d'étudiantes en sciences infirmières. Plus précisément, selon les résultats des études de Coram (2016) et de Johnson et al. (2012), l'intégration d'un prébriefage comprenant une vidéo d'une infirmière experte réalisant une démonstration de soins efficaces ainsi que de son raisonnement clinique à voix haute au sein d'une situation clinique similaire à la simulation des étudiantes, favoriserait le développement de leur compétence à poser un jugement clinique (Coram, 2016; Johnson et al., 2012). Bien que la modélisation par les pairs n'ait pas été abordée explicitement lors des entrevues dans la présente étude et que le développement de la compétence à poser un jugement clinique n'ait pas été mesuré, ces résultats sont similaires même en situation inverse. En effet, il est intéressant de constater que des infirmières expertes affirment avoir remis en question leur raisonnement clinique par l'observation de celui d'infirmières plus novices. Ainsi, ces résultats supposent que la modélisation de pairs pourrait contribuer au développement de la compétence à poser un jugement clinique auprès de l'ensemble des infirmières, et ce, peu importe le statut de la personne observée.

Au niveau de l'argumentation, il est difficile de distinguer dans les propos des participants si l'explication de leur raisonnement clinique visait à aider leurs collègues à apprendre (explication) ou à les convaincre de sa validité (argumentation). Cette distinction n'ayant pas été approfondie pendant les entrevues, ces deux formes d'interaction ont été traitées comme une seule entité dans les résultats de cette étude et il s'agit d'une limite. Toutefois, les participants ont clairement mentionné avoir fait preuve de bienveillance envers les apprenants novices et ils étaient motivés à les aider dans leurs apprentissages. Aussi, lors des entrevues les participants n'ont jamais mentionné de désaccords entre les apprenants qui engendraient un besoin de convaincre l'autre de son point de vue. Il se peut que l'argumentation ait été moins présente par le manque d'expérience et de connaissances des apprenants plus novices. En effet, pour argumenter, il faut d'abord expliquer son opinion en utilisant ses idées, mais aussi des données scientifiques (Faize et al., 2018). Nous pouvons aussi supposer que les activités d'apprentissage coopératif ne sollicitaient pas de questions controversées et de situations ambiguës où plusieurs alternatives étaient possibles. Sachant que l'argumentation permet d'améliorer la compréhension conceptuelle des apprenants, leur processus décisionnel et leur pensée critique (Faize et al., 2018), les formateurs des activités d'apprentissage coopératif sont encouragés à créer des situations cliniques au sein desquelles plusieurs réponses peuvent être possibles afin de solliciter des divergences d'opinions entre les apprenants et donc les amener argumenter.

Finalement, les résultats de cette étude suggèrent que les activités d'apprentissage coopératif sont aussi bénéfiques pour les infirmières expertes qu'elles le sont pour les novices. Bien que les études antérieures se soient davantage intéressées aux résultats de ces activités plutôt qu'au processus contribuant au développement de compétences, la discussion semble être le moteur commun de l'apprentissage. En effet, il avait été noté dans les études antérieures que les activités d'apprentissage coopératif permettaient aux novices d'échanger, de valider leurs idées, de partager des connaissances et d'observer différentes façons d'interpréter et d'intervenir (Bilodeau et al., 2012; Goudreau et al., 2015). Cela s'apparente aux formes d'interactions décrites par Slavin (2014), soit la modélisation par les pairs et l'écoute de différent point de vue. Ces formes d'interaction ont aussi été vécues par les participants de l'étude et elles ont sollicité les mécanismes d'explication et de comparaison de leur raisonnement clinique. Sachant que la

discussion lors des activités d'apprentissage coopératif semble bénéfique pour l'ensemble des infirmières, il serait pertinent de la favoriser dans les programmes de formations continues. Toutefois, cela génère des questionnements en lien avec la période de pandémie actuelle où les technologies de l'information sont de plus en plus utilisées au sein de la formation des infirmières. Est-ce que les formes d'interaction de Slavin (2014) et les mécanismes nommés par les participants sont possibles lorsque les apprenants sont isolés derrière leur écran? En réponse à cette question, les écrits scientifiques indiquent que pour favoriser l'apprentissage et les discussions dans la formation à distance, il est conseillé d'offrir une formation aux apprenants sur l'utilisation de la plateforme technologique utilisée, de créer des activités pédagogiques centrées sur les apprenants afin qu'ils soient actifs dans leur apprentissage et d'utiliser lorsque possible les médias sociaux comme plateforme d'échanges entre les apprenants (McDonald et al., 2018; Regmi et Jones, 2020).

Forces et limites de l'étude

La première force de cette étude réside dans le choix novateur du sujet de recherche, considérant qu'aucune étude ne s'était intéressé à la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à la compétence à poser un jugement clinique selon la perspective d'infirmières expertes en soins critiques. Dans le même ordre d'idée, le choix du cadre de référence est tout aussi novateur par la combinaison originale des modèles de Tanner (2006) et de Slavin (2014) provenant de disciplines différentes. Cette combinaison a permis d'encadrer chacun des concepts centraux de cette étude, mais aussi de les mettre en relation en plus de fournir une structure à la collecte et à l'analyse des données. Sur le plan conceptuel, la combinaison de ces deux modèles a permis d'avoir une perspective multidisciplinaire et plus complète sur le sujet à l'étude. En effet, le processus contribuant au développement de compétence lors des activités d'apprentissage coopératif est rattaché aux sciences de l'éducation alors que la compétence à poser un jugement clinique est propre à la discipline des sciences infirmières. En raison de cette combinaison, l'analyse des résultats a été enrichie et approfondie. Par ailleurs, le nombre de participants ($n=7$) a permis l'atteinte d'une certaine redondance et richesse dans leurs propos (Green et Thorogood, 2018). Aussi, la description détaillée de leurs caractéristiques et des activités d'apprentissage coopératif permet d'évaluer la transférabilité des résultats dans d'autres contextes.

Du côté des limites, une stratégie par réseau a été utilisée lors du recrutement créant un groupe de participants relativement homogène. Il aurait été intéressant d'élargir le nombre de milieux et de créer un groupe plus hétérogène. Il est à noter qu'en raison de la stratégie de recrutement employée, certains participants avaient déjà été collègues avec la première auteure alors qu'elle était infirmière aux soins intensifs. Pour pallier ceci, la discussion lors des entrevues s'est orientée sur des activités d'apprentissage coopératif où la première auteure n'était pas présente.

Une autre limite réside au niveau de la collecte des données qui fut effectuée par une seule modalité due à la pandémie de COVID-19 ne permettant pas l'accès aux milieux cliniques. Il aurait été pertinent d'effectuer une triangulation des méthodes de collecte des données par l'ajout d'un groupe de discussion focalisée et des séances d'observation d'activités d'apprentissage coopératif. Enfin, une dernière limite revient à l'analyse thématique des données qui s'est effectuée une fois la collecte des données terminée. Il aurait été avantageux de commencer l'analyse dès la fin de la première entrevue, et ce, de manière plus itérative afin d'être cohérent avec le choix d'un devis qualitatif (Green et Thorogood, 2018; Loiselle et al., 2007).

Conclusion

Cette étude a permis d'explorer la perspective d'infirmières expertes en soins critiques quant à la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. Selon les propos des participants, ces activités contribueraient au développement de leur compétence par la discussion autour des éléments intimement liés à leur processus de raisonnement clinique. Ces discussions favoriseraient l'apprentissage par l'explication du raisonnement clinique qui permettrait aux infirmières expertes de dresser l'état de leurs connaissances et de les approfondir, alors que la comparaison leur permettait de remettre en question leur raisonnement clinique et prendre conscience de leurs automatismes. Les caractéristiques d'activité d'apprentissage coopératif favorisant ces processus sont l'établissement d'un environnement sécuritaire afin de favoriser la participation des apprenants et l'hétérogénéité du groupe d'apprenants afin de favoriser les échanges.

Bien que cette étude n'apporte pas de données quant à l'effet des activités d'apprentissage coopératif, les propos des participants suggèrent une contribution bénéfique de ces activités à

leur compétence à poser un jugement clinique, ce qui appuie les recommandations de l'AACN (2019). Ainsi, il serait pertinent de poursuivre les recherches afin de mesurer la contribution des activités d'apprentissage coopératif au développement de la compétence à poser un jugement clinique d'infirmières expertes.

Financement

L'auteure principale a bénéficié d'un complément de bourse de l'Équipe FUTUR (Fonds de recherche du Québec — Société et culture) et de la Fondation Cité-de-la-Cité du CISSS de Laval.

Chapitre 3 — Conclusion et recommandations

Cette étude a permis d'explorer, selon la perspective d'infirmières expertes en soins critiques, la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. En conclusion, ce chapitre présente des recommandations pour les sciences infirmières dans les volets de la formation, la gestion et la recherche à partir des résultats de cette étude.

Pour la formation

Cette étude a permis de développer de nouvelles connaissances quant au processus et aux caractéristiques des activités d'apprentissage coopératif contribuant au développement de la compétence à poser un jugement clinique. Selon les résultats de cette étude, la discussion favoriserait l'apprentissage par des mécanismes de comparaison et d'explication. À l'instar de l'AACN (2019), il est recommandé d'utiliser des stratégies pédagogiques où les apprenants sont actifs et travaillent en groupe afin de solliciter la discussion au sein des programmes de formation continue. Ces stratégies pédagogiques sont entre autres la simulation, le questionnement et l'étude de cas en groupe.

Les conditions favorisant la discussion sont l'établissement d'un environnement sécuritaire afin de nourrir la participation des apprenants et l'hétérogénéité du groupe pour augmenter les échanges. Ainsi, il est recommandé au sein des programmes de formation continue de créer des groupes d'apprenants hétérogènes en ce qui concerne le niveau de développement (de novice à expert), le milieu de travail et la profession des apprenants. Toutefois, l'hétérogénéité en niveaux de développement ne serait pas recommandée lorsque le contenu de la formation est ultraspécialisé. Cela pourrait engendrer un niveau de stress élevé auprès des infirmières novices et du fait même nuire à l'apprentissage des infirmières expertes. Il est aussi recommandé d'établir un environnement sécuritaire en début de formation, peu importe la stratégie pédagogique utilisée. Les formateurs doivent établir des balises permettant à tous de s'exprimer sans craindre le jugement d'autrui. Les balises à établir sont le respect mutuel, la confidentialité, l'absence de bonnes ou de mauvaises réponses et l'importance de participer activement. Ainsi, il serait

pertinent d'offrir une formation sur l'ensemble de ces éléments aux formateurs des programmes de formation continue afin qu'ils les intègrent à leur pratique.

De plus, les résultats de cette étude devraient être partagés aux équipes de professionnels en soins critiques afin de les sensibiliser au rôle de la discussion dans leurs apprentissages, et ce, avec des infirmières novices. En reconnaissant davantage les compétences des infirmières novices, cela pourrait contribuer au développement de leurs compétences en leur permettant d'être exposées plus précocement à des situations de santé complexes sous la supervision d'une infirmière experte. Les infirmières expertes pourront aussi se reconnaître dans les résultats de cette étude et prendre conscience elles aussi de leurs raccourcis cognitifs ou de leurs automatismes faisant partie de leur raisonnement clinique et ainsi les remettre en question.

Pour la gestion

Les résultats de cette étude devraient être partagés aux gestionnaires afin d'augmenter la valeur ajoutée de leur programme de formation continue, particulièrement en période de pénurie de personnel. Les programmes de formation continue engendrent des coûts importants dans l'achat d'équipements, l'utilisation ou la location de locaux, la rémunération des formateurs et la libération du personnel. Ainsi, il serait recommandé de mettre en place des activités d'apprentissage coopératif dans les programmes de formation continue ainsi que de créer des groupes hétérogènes d'apprenants. Cette hétérogénéité permettrait de construire une relation davantage égalitaire entre les infirmières novices et les expertes. À son tour cette relation pourrait contribuer à l'amélioration du climat de travail et au sentiment d'appartenance des nouveaux employés.

Par ailleurs, il est observé dans les programmes de formation continue une augmentation importante de la formation à distance avec la pandémie COVID-19 et le manque récurrent de personnel dans les milieux cliniques. Il est alors suggéré dans la planification de ces formations à distance d'offrir au préalable une formation sur le fonctionnement de la plateforme numérique et d'utiliser des stratégies pédagogiques permettant aux apprenants d'être actifs afin de limiter leur isolement ainsi que de solliciter des interactions et des discussions.

Pour la recherche

Cette étude a permis le développement de nouvelles connaissances pour les disciplines de l'éducation et des sciences infirmières quant aux caractéristiques et aux processus des activités d'apprentissage coopératif contribuant au développement de la compétence à poser un jugement clinique infirmier. Il est connu au sein des études empiriques que les résultats de ces activités sont bénéfiques auprès des infirmières novices. Toutefois, les bénéfices étaient méconnus auprès des infirmières expertes. Au cours de cette étude, le développement de la compétence à poser un jugement clinique des infirmières n'a pas été comparé avant et après les activités d'apprentissage coopératif. Ainsi, il serait recommandé poursuivre le développement des connaissances en évaluant les retombées des activités d'apprentissage coopératif auprès d'infirmières expertes. Par la suite, il serait intéressant de comparer ces résultats avec ceux déjà connus auprès des novices.

Par ailleurs, cette étude a aussi fait preuve d'innovation en utilisant un cadre de référence combinant des modèles issus des sciences infirmières (Tanner, 2006) et d'une autre discipline, soit le modèle de Slavin (2014) des sciences de l'éducation. L'utilisation de ce modèle conceptuel a permis de mieux comprendre comment ces activités contribuent au développement de compétences telles que poser un jugement clinique infirmier. Une recommandation serait d'utiliser ce cadre de référence pour guider des études auprès d'infirmières novices afin de comprendre les mécanismes qui favorisent le développement de leurs compétences. Il serait aussi intéressant de comprendre si ces activités d'apprentissage coopératif sont utiles dans le développement d'autres compétences infirmières et dans d'autres milieux que les soins critiques.

En somme, cette étude a permis de décrire et d'explorer, selon la perspective d'infirmières expertes, la contribution d'activités d'apprentissage coopératif à leur compétence à poser un jugement clinique. Nonobstant certaines limites, cette étude a contribué au développement de nouvelles connaissances quant aux caractéristiques et au processus de ces activités contribuant au développement de compétences infirmières comme poser un jugement clinique. L'intégration de ces nouvelles connaissances par les divers acteurs de la discipline des sciences infirmières

permettra d'améliorer les programmes de formation continue, de contribuer au développement de compétences infirmières et d'initier de nouvelles recherches.

Références bibliographiques

- American Association of Critical Care Nurses. (2019). *Scope and standards for progressive and critical care nursing practice*. American Association of Critical Care Nurses. <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/standards/aacn-scope-and-standards-for-progressive-and-critical-care-nursing-practice.pdf>
- Astolfi, J., Darot, É., Ginsburger-Vogel, Y. et Toussaint, J. (2008). Conflit cognitif, conflit socio-cognitif. Dans J. Astolfi, É. Darot, Y. Ginsburger-Vogel et J. Toussaint (dir.), *Mots-clés de la didactique des sciences* (p. 35-48). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn.info/mots-clés-de-la-didactique-des-sciences--9782804157166-page-35.htm>
- Baldwin, A., Mills, J., Birks, M. et Budden, L. (2014). Role modeling in undergraduate nursing education: an integrative literature review. *Nurse Education Today*, 34, e18-e26. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.007>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Benner, P. (2004). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bulletin of Science, Technology et Society*, 24(3), 188-199. <https://doi.org/10.1177/0270467604265061>
- Benner, P. E. (2001). *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Benner, P. E., Sutphen, M., Leonard, V. et Day, L. (2010). *Educating nurses : A call for radical transformation* (1^e éd.). Jossey-Bass.
- Bilodeau, I., Pepin, J. et St-Louis, L. (2012). Journal club in a critical care unit: an innovative desing triggering learning through reading and dialogue. *Dynamics*, 23(1), 18-23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22533097>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Canadian Association of Critical Care Nurses. (2017). *Standards for critical care nursing practice*. Canadian Association of Critical Care Nurses. [https://www.caccn.ca/files/STCACCN%202017%20Standards%20\(5th%20Ed\).pdf](https://www.caccn.ca/files/STCACCN%202017%20Standards%20(5th%20Ed).pdf)
- Cappelletti, A., Engel, J. K. et Prentice, D. (2014). Systematic review of clinical judgment and reasoning in nursing. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 453-458. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140724-01>
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L. et Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : Perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 2(125), 20-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020>

- Coram, C. (2016). Expert role modeling effect on novice nursing students' clinical judgment. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(9), 385-391. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.04.009>
- Davidson, N. et Major, C. H. (2014). Boundary crossings: Cooperative learning, collaborative learning, and problem-based learning. *Journal on Excellence in College Teaching*, 25(3-4), 7-55. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1041370>
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P. et Stankus, J. A. (2018). Developing professional competence among critical care nurses: An integrative review of literature. *Intensive and Critical Care Nursing*, 49, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.008>
- Faize, F. A., Husain, W. et Nisar, F. (2018). A critical review of scientific argumentation in science education. *EURASIA Journal of Mathematics, Science and Technologie Education*, 14(1), 475-483. <https://doi.org/10.12973/ejmste/80353>
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Chenelière Éducation inc.
- Gillies, R. (2016). Cooperative learning: Review of research and practice. *Australian Journal of Teacher Education*, 41(3). <https://doi.org/10.14221/ajte.2016v41n3.3>
- Goudreau, J., Boyer, L. et Létourneau, D. (2014). Clinical nursing reasoning in nursing practice: A cognitive learning model based on a think aloud methodology. *Quality Advancement in Nursing Education- Avancées en formation infirmière*, 1(4). <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1009>
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descoteaux, R., Lavoie, P. et Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Education in Practice*, 15, 572-578. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.013>
- 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(15). <https://doi.org/10.2202/1548-923x>.
- Green, J. et Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research* (4^e éd.). SAGE.
- Guraya, S., Y. et Barr, H. (2018). The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34, 160-165. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009>
- Hassani, P., Abdi, A. et Jalali, R. (2016). State of science, "Intuition in nursing practice": A systematic review study. *Journal of Clinical Diagnostic Research*, 10(2), 07-11. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/17385.7260>
- Hermanowicz, J. C. (2002). The great interview: 25 strategies for studying people in bed. *Qualitative Sociology*, 25(4). <https://doi.org/10.1023/A:1021062932081>

- Hoffman, K. A., Aitken, L. M. et Duffield, C. (2009). A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1335-1344. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.04.001>
- Johansen, M. L. et O'Brien, J. L. (2016). Decision making in nursing practice: A concept analysis. *Nursing Forum*, 51(1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/nuf.12119>
- Johnson, E. A., Lasater, K., Hodson-Carlton, K., Siktberg, L., Sideras, S., et Dillard, N. (2012). Geriatrics in simulation: role modeling and clinical judgment effect. *Nursing education perspective*, 33, 176-180.
- Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J. et Dumont, K. (2013). The development of clinical reasoning skills and leadership: personal factors and organizational factors. *Recherches en Soins Infirmiers*, 1(112), 76-87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23671988>
- Lean Keng, S. et AlQudah, H. N. (2017). Assessment of cognitive bias in decision-making and leadership styles among critical care nurses: a mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 465-481. <https://doi.org/10.1111/jan.13142>
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y., Noble, D., Norton, C. A., Roche, J. et Hickey, N. (2010). The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Education Today*, 30(6), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>
- Lin, L. (2015). Exploring Collaborative Learning: Theoretical and Conceptual Perspectives. Dans L. Lin (dir.), *Investigating Chinese HE EFL Classrooms*. Springer.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.
- Loiselle, C. G., Polit, D. F. et Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Éditions du Renouveau pédagogique.
- Ludin, S. M. (2018). Does good critical thinking equal effective decision-making among critical care nurses? A cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.002>
- Maharmeh, M., Alasad, J., Salami, I., Saleh, Z. et Darawad, M. (2016). Clinical decision-making among critical care nurses: A qualitative study. *Health*, 8, 1807-1819. <https://doi.org/10.4236/health.2016.815173>
- McDonald, E. W., Boulton, J. L. et Davis, J. L. (2018). E-learning and nursing assessment skills and knowledge—An integrative review. *Nurse Education Today*, 66, 166-174. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.011>
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R. et Ronnberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making—A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3936-3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.13814>
- Ménard, L. et St-Pierre, L. (2014). *Se former à la pédagogie de l'enseignement supérieur*. Association québécoise de pédagogie collégiale (AQPC).

- NACSL Standards Committee. (2016). INACSL standards of best practice: Simulation Professional Integrity. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(S), S30-S33. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.010>
- Nelwati, Abdullah, K. L. et Chan, C. M. (2018). A systematic review of qualitative studies exploring peer learning experiences of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 71, 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.018>
- O'Neill, E., S., Dluhy, N., M. et Chin, E. (2005). Modelling novice clinical reasoning for a computerized decision support system. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 68-77. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03265.x>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2017-2018*. https://www.oiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2017-2018.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020*. <https://www.oiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf>
- Papp, K. K., Huang, G. C., Lauzon Clabo, L. M., Delva, D., Fischer, M., Konopasek, L., Schwartzstein, R. M. et Gusic, M. (2014). Milestones of critical thinking: a developmental model for medicine and nursing. *Academic Medicine*, 89(5), 715-720. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000220>
- Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D. et Zwarenstein M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>.
- Regmi, K. et Jones, L. (2020). A systematic review of the factors – enablers and barriers – affecting e-learning in health sciences education. *BMC Medical Education*, 20(91). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12909-020-02007-6>
- Shoulders, B., Follett, C. et Eason, J. (2014). Enhancing critical thinking in clinical practice: implications for critical and acute care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(4), 207-214. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000053>
- Slavin, A. (2010). L'apprentissage coopératif: pourquoi ça marche? . Dans H. Dumont, D. Istance et F. Benavides (dir.), *Comment apprend-on. La recherche au service de la pratique*. (p. 171-189). Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement, OCDE.
- Slavin, R. E. (2014). Cooperative learning and academic achievement: Why does groupwork work? *Anales De Psicología*, 30(3), 785-791. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.201201>
- Stone, R., Cooper, S. et Cant, R. (2013). The value of peer learning in undergraduate nursing education: a systematic review. *ISRN Nursing*, 2013, 930901. <https://doi.org/10.1155/2013/930901>

- Swinny, B. (2010). Assessing and developing critical-thinking skills in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(1), 2-9. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181c8e064>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16780008>
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Chenelière-éducation.
- Thompson, C. et Stapley, S. (2011). Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 881-893. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.12.005>
- Tunlind, A., Granstrom, J. et Engstrom, A. (2015). Nursing care in a high-technological environment: Experiences of critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(2), 116-123. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.07.005>
- Turner, S. et Harder, N. (2018). Psychological safe environment: A concept analysis. *Clinical Simulation in Nursing*, 18, 47-55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.02.004>.
- Von Colln-Applying, C. et Giuliano, D. (2017). A concept analysis of critical thinking: A guide for nurse educators. *Nurse Education Today*, 49, 106-109. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.007>
- Vygotskiï, L. S. et Piaget, J. (1997). *Pensée et langage* (3^e éd.). La dispute.
- Webb, N. M. et Mastergeorge, A. M. (2003). Promoting effective helping behavior in peer-directed groups. *International Journal of Educational Research*, 39(1-2), 73-97. [https://doi.org/10.1016/S0883-0355\(03\)00074-0](https://doi.org/10.1016/S0883-0355(03)00074-0)
- Whyte, J. t., Ward, P., Eccles, D. W., Harris, K. R., Nandagopal, K. et Torof, J. M. (2012). Nurses' immediate response to the fall of a hospitalized patient: a comparison of actions and cognitions of experienced and novice nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 49(9), 1054-1063. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.03.005>
- Zuriguel Perez, E., Lluch Canut, M. T., Falco Pegueroles, A., Puig Llobet, M., Moreno Arroyo, C. et Roldan Merino, J. (2015). Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 820-830. <https://doi.org/10.1111/ijn.12347>

Annexe A — Stratégie de recherche documentaire

CINAHL (EBSCO)

1	((expert* OR experience*) N3 Nurs*) OR AB ((expert* OR experience*) N3 Nurs*) OR MW ((expert* OR experience*) N3 Nurs*)
2	(((Neophyte OR Novice OR new*) N3 Nurs*) OR AB (((Neophyte OR Novice OR new*) N3 Nurs*) OR MW (((Neophyte OR Novice OR new*) N3 Nurs*)
3	(((Learning OR Teaching) N2 Methods) OR "Lifelong Learning") OR AB (((Learning OR Teaching) N2 Methods) OR "Lifelong Learning") OR MW (((Learning OR Teaching) N2 Methods) OR "Lifelong Learning")
4	(judgment OR (decision* N2 mak*) OR (critical* N2 think*) OR ((diagnostic OR clinical) N2 reasoning)) OR AB (judgment OR (decision* N2 mak*) OR (critical* N2 think*) OR ((diagnostic OR clinical) N2 reasoning)) OR MW (judgment OR (decision* N2 mak*) OR (critical* N2 think*) OR ((diagnostic OR clinical) N2 reasoning))
5	1 AND 2 AND 3 AND 4 = 32 articles = 0 article pertinent
6	1 AND 3 AND 4 = 170 articles = 0 article pertinent

PubMed

1	("expert nurses"[All Fields]) OR ("experience nurses"[All Fields])
2	((("clinical judgment"[All Fields]) OR ("clinical reasoning abilities"[All Fields])) OR ("decision making"[All Fields])) OR ("critical thinking abilities"[All Fields] OR "critical thinking ability"[All Fields])) OR ("clinical diagnostic ability"[All Fields])
3	(("lifelong learning"[All Fields]) OR ("learning method"[All Fields])) OR ("teaching method"[All Fields])
4	((("new nurses"[All Fields]) OR ("neophyte nurses"[All Fields])) OR ("novice nurses"[All Fields])
5	1 AND 2 AND 3 AND 4 = 0 article
6	1 AND 2 AND 3 = 0 article

Web of Science (ISI)

1	(Judgment OR (decision* NEAR/2 mak*) OR (Critical* NEAR/2 think*) OR ((Diagnostic OR Clinical) NEAR/2 reasoning) OR (Problem* NEAR/2 solv*))
2	((Expert* OR experience*) NEAR/3 Nurs*)
3	((Neophyte OR Novice OR new*) NEAR/3 Nurs*)
4	("Lifelong Learning" OR ((Learning OR Teaching) NEAR/2 Methods))
5	1 AND 2 AND 3 AND 4 = 0 article
6	1 AND 2 AND 4 = 18 articles = 0 pertinent

PsycINFO (APA PsycNet)

1	((Title:(Expert*) OR Title:(experience*)) NEAR/3 Title:(Nurs*)) OR ((Abstract:(Expert*) OR Abstract:(experience*)) NEAR/3 Abstract:(Nurs*)) OR ((IndexTerms:(Expert*) OR IndexTerms:(experience*)) NEAR/3 IndexTerms:(Nurs*)) OR ((Subject:(Expert*) OR Subject:(experience*)) NEAR/3 Subject:(Nurs*))
2	((Title:(Neophyte) OR Title:(Novice) OR Title:(new*)) NEAR/3 Title:(Nurs*)) OR ((Subject:(Neophyte) OR Subject:(Novice) OR Subject:(new*)) NEAR/3 Subject:(Nurs*)) OR ((Abstract:(Neophyte) OR Abstract:(Novice) OR Abstract:(new*)) NEAR/3 Abstract:(Nurs*)) OR ((IndexTerms:(Neophyte) OR IndexTerms:(Novice) OR IndexTerms:(new*)) NEAR/3 IndexTerms:(Nurs*))
3	((Subject:(Judgment) OR (Subject:(decision* NEAR/2 mak*)) OR (Subject:(Critical* NEAR/2 think*)) OR ((Subject:(Diagnostic) OR Subject:(Clinical)) NEAR/2 Subject:(reasoning)) OR (Subject:(Problem* NEAR/2 solv*))) OR (Title:(Judgment) OR (Title:(decision* NEAR/2 mak*)) OR (Title:(Critical* NEAR/2 think*)) OR ((Title:(Diagnostic) OR Title:(Clinical)) NEAR/2 Title:(reasoning)) OR (Title:(Problem* NEAR/2 solv*))) OR (Abstract:(Judgment) OR (Abstract:(decision* NEAR/2 mak*)) OR (Abstract:(Critical* NEAR/2 think*)) OR ((Abstract:(Diagnostic) OR Abstract:(Clinical)) NEAR/2 Abstract:(reasoning)) OR (Abstract:(Problem* NEAR/2 solv*))) OR (IndexTerms:(Judgment) OR (IndexTerms:(decision* NEAR/2 mak*)) OR (IndexTerms:(Critical* NEAR/2 think*)) OR ((IndexTerms:(Diagnostic) OR IndexTerms:(Clinical)) NEAR/2 IndexTerms:(reasoning)) OR (IndexTerms:(Problem* NEAR/2 solv*)))
4	((Title:("Lifelong Learning") OR ((Title:(Learning) OR Title:(Teaching)) NEAR/2 Title:(Methods))) OR (Subject:("Lifelong Learning") OR ((Subject:(Learning) OR Subject:(Teaching)) NEAR/2 Subject:(Methods))) OR (Abstract:("Lifelong Learning") OR ((Abstract:(Learning) OR Abstract:(Teaching)) NEAR/2 Abstract:(Methods))) OR (IndexTerms:("Lifelong Learning") OR ((IndexTerms:(Learning) OR IndexTerms:(Teaching)) NEAR/2 IndexTerms:(Methods))))
5	1 AND 2 AND 3 AND 4 = 1 article = 0 article pertinent
6	1 AND 3 AND 4 = 12 articles = 0 article pertinent

Annexe B — Critères de rédaction de l'article

13/03/2021

Lignes directrices | Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière | Canadian Association of Schools of ...

Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière (<https://qane-afi.casn.ca/journal>)

Lignes directrices

Lignes directrices

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

INFORMATION À L'INTENTION DES AUTEURS

Les corédactrices invitent les personnes intéressées à leur faire parvenir des manuscrits qui feront progresser les connaissances et la compréhension de tous les aspects liés à la qualité de la formation infirmière et à l'avancement de celle-ci, y compris les indicateurs et l'évaluation de la qualité. Sont acceptés les études empiriques, les revues systématiques ainsi que les discussions approfondies de questions conceptuelles, théorétiques, méthodologiques et philosophiques.

PROCESSUS

Tous les manuscrits sont évalués par une corédactrice pour déterminer s'ils sont pertinents ou non pour la revue. Ils sont ensuite soumis à un processus d'examen à double insu par les pairs. Le rôle des examinatrices consiste à formuler une recommandation à l'une des corédactrices, qui prend la décision finale et la communique à l'auteur ou aux auteurs. Lorsqu'ils soumettent leur article, tous les auteurs doivent convenir de sa version finale et y avoir apporté une contribution importante sur le plan de sa conception, de la collecte de données, de l'analyse et de l'interprétation des données, ou encore de sa révision critique d'un contenu intellectuel important.

Si l'article est accepté, l'auteur ou les auteurs doivent signer une entente sur les droits d'auteur disponible sur le site Web et la retourner par voie électronique.

LIGNES DIRECTRICES GÉNÉRALES RELATIVES AUX MANUSCRITS

Pertinence—Les thèmes abordés dans les articles doivent correspondre aux objectifs et à la portée de la Revue.

Format—Les articles ne doivent pas compter plus de 25 pages (à double interligne), y compris l'abrégé, des mots-clés, des références, des figures et des tableaux. L'abrégé ne doit pas compter plus de 500 mots. Les auteurs doivent utiliser le style de la dernière version de l'APA.

NB: Veuillez retirer du manuscrit toute information qui pourrait identifier les auteurs. Afin de respecter la nature de l'examen à double insu par les pairs, il est important que le nom des auteurs et toute information relative à la faculté ou école dans laquelle le projet s'est déroulé soit retirée.

COPYRIGHT & LICENSING

QANE-AFI is an Open Access journal, and all articles are published under the principles of open access. Copyright is retained by the article author(s). La revue est accessible gratuitement.

L'INCONDUITE EN RECHERCHE

Conformément aux lignes directrices COPE, le personnel de la revue examine les soumissions afin d'identifier et prévenir la publication d'articles où l'inconduite en recherche a été commise, incluant le plagiat, la manipulation de citations, la falsification ou la fabrication de données, etc. Toutes allégations d'inconduite en recherche seront traitées en fonction des lignes [directrices COPE \(http://publicationethics.org/resources/guidelines\)](http://publicationethics.org/resources/guidelines).

ÉTHIQUE

<https://qane-afi.casn.ca/journal/lignes.html>

1/3

Tous les articles doivent comprendre un énoncé d'éthique, conformément aux lignes directrices de [ICMJE guidelines \(http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf\)](http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf). L'énoncé que l'on retrouve habituellement dans la section « Méthodes » devrait indiquer que la recherche a été approuvée ou exemptée de révision par le comité d'évaluation responsable (institutionnel ou national). Si un comité d'éthique officiel n'est pas disponible, une déclaration indiquant que la recherche a été menée conformément aux principes de la Déclaration d'Helsinki devrait être incluse.

Rédaction – Le texte doit être rédigé dans un français ou un anglais de grande qualité. Pour les études empiriques, il faut indiquer clairement la période durant laquelle les données ont été recueillies.

LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX ÉTUDES EMPIRIQUES

Pour les études empiriques, il faut indiquer clairement l'approbation par un comité d'éthique ainsi que la période durant laquelle les données ont été recueillies.

Le manuscrit doit comprendre les éléments suivants :

Introduction – origines et arguments de la pertinence de l'étude; son but/objectif.

Contexte – apport de l'étude à partir d'une revue des écrits scientifiques; cadre de référence conceptuel ou théorique; questions de recherche ou hypothèses particulières à vérifier.

Méthode – devis, échantillon, instruments et méthodes de collecte de données; considérations d'ordre éthique; processus d'analyse des données; moyens pour assurer la véracité ou la validité et la fiabilité de l'étude.

Résultats/conclusions – caractéristiques de l'échantillon, résultats pour chaque question ou hypothèse.

Discussion – apport des résultats ou des conclusions au but ou à l'objectif de l'étude et façon dont ces résultats se situent par rapport aux travaux existants sur le sujet. Comprend une discussion sur les limites de l'étude pour situer les résultats.

Conclusion – conclusions à tirer et répercussions pour la formation infirmière en tenant compte des limites de l'étude.

LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AUX TEXTES DE DISCUSSION

Introduction – présentation de la question conceptuelle, philosophique, théorique ou méthodologique qui est abordée; formulation claire du but ou de l'objectif du texte; justification/explication de sa pertinence.

Contexte – positionnement de la question dans le contexte d'une revue des écrits théoriques et empiriques sur le sujet; analyse et discussion critiques de ces écrits.

Méthodes – approche utilisée pour mener la réflexion

Discussion (en utilisant des titres et des sous-titres substantifs appropriés) – une nouvelle perspective, conceptualisation, compréhension ou un nouveau cadre pour aborder la question présentée, qui découle logiquement de l'analyse critique des écrits.

Conclusion – conclusions à tirer et répercussions pour la formation infirmière.

Exigences relatives à la mise en forme

Instructions pour la soumission de manuscrits à la revue Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière.

Le présent document contient des instructions générales ainsi que des exigences relatives à la mise en forme et aux références bibliographiques de la version finale des manuscrits soumis à des fins de publication dans la revue Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

- Soumettez votre manuscrit (y compris les tableaux, les figures, les annexes, etc.) en un seul fichier. Les formats Word ou RTF sont acceptés.
- Les articles ne doivent pas contenir plus de 7 000 (y compris les citations, les notes de bas de page et les références).
- Le fichier contenant le manuscrit ne devrait pas inclure de page titre..
- Soumettez votre manuscrit en anglais ou en français. L'orthographe anglaise suit la dernière édition du Canadian Oxford Dictionary. L'orthographe française suit la dernière édition du dictionnaire Larousse.
- Un abrégé (en anglais et en français) de 300 à 500 mots chacun doit résumer le but de l'étude, les méthodes employées, les résultats obtenus et les conclusions des auteurs. L'abrégé devrait être suivi d'une liste de mots-clés (D'au plus 5 mots).
- Les manuscrits doivent être rédigés à double interligne (à l'exception des longues citations, des notes de bas de page et des références qui sont rédigées à simple interligne).
- Toutes les marges (gauche, droite, haut et bas de la page) doivent mesurer un pouce (2,5 cm), y compris pour les tableaux et figures.
- Le manuscrit ne doit pas contenir de renseignements permettant d'identifier l'auteur ou les auteurs. Remplacez le nom des auteurs et tout autre renseignement permettant de les identifier par une mention comme celle-ci : [nom supprimé pour maintenir l'intégrité du processus d'examen par les pairs]..
- Évitez l'autocitation. Si vous devez citer vos propres ouvrages, formulez vos propos à la troisième personne, par exemple « Godbout et Girard (2011) ont mentionné... » ou encore utilisez la même formule qu'au point précédent. Dans ce cas, dans la liste de références, supprimez cette citation; elle sera ajoutée si le manuscrit est accepté pour publication.

- Si le manuscrit est accepté, vous pourrez remettre toute référence à vous-même et à votre établissement dans la version finale de votre manuscrit.
- Assurez-vous que les fichiers électroniques ne soient pas identifiés à votre nom. Des informations personnelles (Auteur, Gestionnaire, Société et Dernier enregistrement par) sont stockées dans les Propriétés du document. Si vous avez enregistré votre nom ou votre adresse électronique lors de l'installation de votre logiciel de traitement de texte, ces renseignements seront stockés dans votre fichier. D'autres informations demeurent aussi dans un document même si vous ne pouvez pas les voir, comme le texte caché, le texte révisé, les commentaires ou les codes de domaines. Pour savoir comment supprimer ces renseignements, reportez-vous à la rubrique d'aide de votre logiciel, dans la section sécurité et confidentialité.
- Les aides visuelles (tableaux, figures et matériel graphique) ne sont acceptées que si elles sont nécessaires à la compréhension de l'argumentaire. Celles qui sont difficiles à produire au moyen d'un logiciel de traitement de texte peuvent être soumises en format pdf.
- Ne numérotez pas les pages.
- Police de caractères :
 1. Corps—Times New Roman, 12 pt.
 2. Notes en bas de page—Times New Roman, 10 pt.
- Dans la mesure du possible, aucune page ne doit comporter un espace vide représentant plus du quart de la page.
- Un langage non discriminatoire doit être employé dans tous les manuscrits.
- Les auteurs sont encouragés à examiner les articles publiés précédemment dans cette revue qui abordent des questions similaires, et lorsque cela est approprié, à y faire référence. Cela vise à optimiser la cohérence et la continuité des textes publiés pour nos lecteurs.
- Les auteurs sont également encouragés à situer leur étude par rapport aux écrits du domaine de l'éducation et aux écrits internationaux et à préciser la façon dont leur étude cadre avec ce domaine.
- Les auteurs doivent soumettre leurs articles par l'entremise de notre système en ligne.

Exigences relatives à la mise en forme

Utilisez le modèle Word pour la mise en forme de votre fichier.

RÉFÉRENCES

Pour voir les détails sur les références bibliographiques selon le format de l'APA, allez sur le site Web de l'APA <http://www.apastyle.org/>. Voici des renseignements de base pour citer des références dans le texte : Utilisez le système de citation auteur-date, qui permet aux lecteurs de trouver (dans la liste de références) les sources citées dans le texte. Pour insérer une citation dans le texte, incluez le nom de famille de l'auteur et l'année de publication. Dans le cas d'une citation textuelle, indiquez la page ou l'endroit précis où se trouvent la ou les phrases dans l'ouvrage cité. Par exemple :

- Joyce (2011) a conclu que les écoles risquaient...
- En 2008, l'étude de Barnes sur l'agrément...
- Les premiers résultats d'une étude sur le transfert des connaissances parmi le corps professoral du programme de sciences infirmières (Phillips, 2012)...

Pour votre liste des références bibliographiques, consultez les détails sur le site Web de l'APA ou téléchargez le document suivant : <http://www.lib.uwo.ca/files/styleguides/APA.pdf>.

Les manuscrits soumis qui ne suivent pas rigoureusement le style de l'APA en ce qui concerne les références seront retournés à l'auteur/aux auteurs à des fins de révision.

Annexe C — Affiche de recrutement

Invitation à participer à un projet de recherche

Dans le cadre d'une étude sur l'apprentissage coopératif, nous recherchons des infirmiers et des infirmières qui:

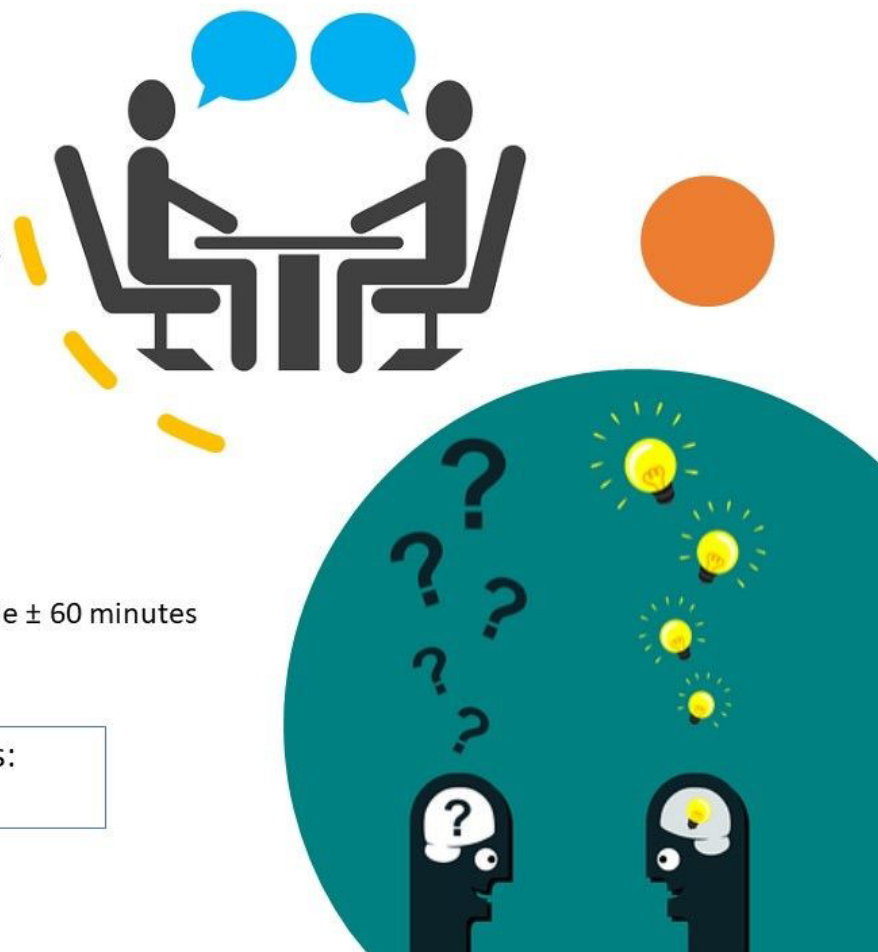
- Ont au moins **5 ans d'expérience en soins intensifs ou intermédiaires**
- Sont considérés comme des **personnes-ressources** dans leur milieu
- Ont participé à au moins 2 activités coopératives de formation continue dans les 2 dernières années
 - Ex: étude de cas, apprentissage par problème et simulation

Votre participation implique: une entrevue téléphonique de ± 60 minutes
Une carte-cadeau en ligne sera offerte aux participants

Pour participer, contactez Audrey Dastous:

Faculté des sciences infirmières

Université 
de Montréal et du monde.



Annexe D — Guide d’entrevue

Titre de l’étude : Contribution de l’apprentissage coopératif au développement de la compétence à poser un jugement clinique d’infirmières expertes en soins critiques

- S’assurer de la disponibilité de l’infirmier ou de l’infirmière pour environ 60 minutes.
- Lire, remplir et signer le formulaire de consentement.
- Lire et remplir le questionnaire sociodémographique.

Introduction générale :

Je vous remercie de prendre le temps de participer à cette entrevue. Je m’appelle Audrey Dastous et je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l’Université de Montréal. Je m’intéresse au développement du jugement clinique des infirmières expertes en soins critiques, une compétence essentielle qui évolue tout au long de leur carrière. Je désire explorer comment la coopération avec des infirmières de différents niveaux d’expertise contribue à leur jugement clinique lors d’activités de formation continue.

Déroulement de l’entrevue :

J’ai préparé quelques questions pour guider la discussion, il n’y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous pouvez dire ce que vous pensez comme cela vous vient. Je souhaite comprendre votre expérience, donc n’hésitez pas à partager les idées qui vous viennent. Je vous demande d’essayer de ne pas utiliser les noms de vos collègues, mais plutôt de tenter de les appeler par leur fonction. Si jamais vous utilisez des noms, ils seront caviardés sur la transcription de l’entrevue.

Si vous êtes d’accord, je démarre l’enregistrement.

Ouverture :

J'aimerais que vous vous rappeliez la dernière formation à laquelle vous avez participé avec des infirmières moins expérimentées que vous.

1. Parlez-moi de cette formation.
 - a. Sujet, objectifs d'apprentissage
 - b. Format, déroulement
2. Qui étaient les participants et les formateurs ?
 - a. Leur expérience clinique

Expérience du processus d'apprentissage coopératif :

1. Parlez-moi de votre expérience de cette formation.
 - a. Qu'est-ce qui vous a poussé à participer ?
2. Parlez-moi de l'ambiance entre les participants lors de la formation.
 - a. Comment ça s'est passé entre vous ?
 - b. Parlez-moi des interactions entre les personnes.
3. Qu'est-ce que vous avez appris pendant cette formation ?
 - a. Pensez-vous que la formation a influencé votre jugement clinique ?
 - Si oui, de quelle façon ?
 - Pendant l'activité ?
 - Par la suite, dans votre pratique clinique ?
4. Comment pensez-vous que les autres vous ont aidé à apprendre ?
5. Comment pensez-vous que vous avez aidé les autres à apprendre ?
6. Quels avantages et désavantages voyez-vous à participer à ce genre de formation avec des gens moins expérimentés que vous ?
 - a. En comparaison avec un groupe uniquement composé d'experts ?

Conclusion

1. Aimeriez-vous ajouter autre chose avant de conclure cette rencontre ?

Merci d'avoir pris le temps de me rencontrer.

Annexe E — Questionnaire sociodémographique

Code du participant : _____

Date : _____

1. Âge : _____
2. Genre : Femme Homme Autre : _____
3. Plus haut niveau d'études complété en sciences infirmières

<input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales	<input type="checkbox"/> Baccalauréat
<input type="checkbox"/> Maîtrise	<input type="checkbox"/> Doctorat
4. Êtes-vous présentement aux études ? Si oui, précisez :
 Le programme : _____
 La date prévue d'obtention du diplôme : _____
5. Pourcentage (%) de votre emploi du temps dédié à chacune des activités suivantes dans les deux dernières années :

• Soins aux patients : _____ %	• Enseignement : _____ %
• Soutien clinique : _____ %	• Recherche : _____ %
• Gestion : _____ %	
6. Nombre d'années d'expérience clinique (total) : _____
7. Nombre d'années d'expérience en soins critiques : _____
8. Quel est votre titre d'emploi/rôle actuel ? _____
9. Nombre d'années d'expérience dans le rôle/poste actuel : _____
10. Nombre de formations continues suivies dans un format de groupe et/ou d'interaction entre les participants dans les deux dernières années : _____
11. Donnez-vous des formations ? Oui Non Si oui, spécifiez dans quel contexte :

12. Sur une échelle de 1 à 10 où 1 représente le niveau novice et 10 le niveau expert, à combien évaluez-vous votre compétence à poser un jugement clinique infirmier ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Novice									Experte

13. Sur une échelle de 1 à 10 où 1 représente le niveau novice et 10 le niveau expert, selon-vous à combien vos collègues évaluent votre compétence à poser un jugement clinique infirmier ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Novice									Experte

Annexe F — Cahier de codes

Sous-catégorie	Code	Définition
Caractéristiques de l'activité coopérative	Sujet de la formation	Sujet, format, déroulement, participants, formateurs et l'environnement.
	Participants	Les personnes présentes lors de la formation.
Ambiance générale	Ambiance générale	Ambiance au sein du groupe : respect, cohésion sociale, malaise, peur, jugement, chaleureux, froideur, etc.
Motivation	Motivation à apprendre	Vouloir améliorer sa pratique clinique, développer de nouvelles connaissances et habiletés.
	Motivation à devenir formateur	Suivre la formation afin de pouvoir la donner par la suite.
Dynamique relationnelle (Comment les participants réagissent ensemble lors de l'activité de formation, processus relationnel-Intrinsèque)	Processus cognitif	Processus cognitif d'élaboration : Une restructuration de l'information afin de la stocker dans sa mémoire et de la relier aux informations déjà mémorisées. Par l'explication, il y a une validation ou une correction de la compréhension. Processus cognitif de développement : L'interaction entre les apprenants autour d'une tâche augmente leur maîtrise des concepts par la discussion, le partage de connaissances et de points de vue différents ainsi que par le questionnement, la confrontation, l'observations, etc.
	Coopération	Réaliser une tâche/problématique/activité en petit groupe.
	Avantage	Avantages de la coopération avec différents niveaux de développement infirmiers. Avantages de travailler en petit groupe.
	Inconvénient	Inconvénients de la coopération avec différents niveaux de développement infirmiers. Inconvénient de travailler en petit groupe
Impact de l'activité coopérative (Extrinsèque)	Apprentissage	Apprentissage : acquisition de nouvelles connaissances, de savoir-faire, habiletés, valeurs, savoir-être, etc. Constat de ces automatismes.
	Jugement clinique	Développement du jugement clinique : processus cyclique de 4 étapes : remarquer, interpréter, agir/répondre, réfléchir (dans et sur l'action). Processus permettant de comprendre une situation clinique.
	Développement infirmière	Regard critique sur le développement de l'infirmière (novice à experte). Comprendre le développement des compétences des novices. Etre plus tolérant et empathique.

Annexe G — Formulaire d'information et de consentement



Bureau de la Conduite Responsable en Recherche
Comité Éthique de la Recherche en Sciences et Santé (CERSES)
cerses@umontreal.ca

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Entrevues individuelles semi-dirigées

Projet COOP-JC : Contribution de l'apprentissage coopératif au développement de la compétence à poser un jugement clinique d'infirmières expertes en soins critiques

- Chercheuse-étudiante : Audrey Dastous, étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- Directeur de recherche : Patrick Lavoie, inf., Ph. D., professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- Co-directrice de recherche : Louise Boyer, inf., Ph. D., professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Cette recherche n'est pas financée.

No de projet au CERSES : CERSES-20-069-D

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes infirmier ou infirmière experte en soins critiques ayant participé à des activités de formation continue. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Le but de cette étude est d'explorer les perceptions d'infirmières expertes en soins critiques quant à la contribution de l'apprentissage coopératif au développement de leur compétence à poser un jugement clinique. Plus précisément, nous souhaitons explorer les caractéristiques et le processus vécu par les expertes lors des activités d'apprentissage coopératif avec des infirmières de différents niveaux d'expertise.

Nous souhaitons recruter 6 à 8 infirmiers ou infirmières expertes en soins critiques ayant fait l'expérience d'une activité de formation avec des infirmières de différents niveaux d'expertise. Les critères d'inclusion de ce projet de recherches sont :

1. Être infirmière ou infirmier inscrit au tableau de l'OIIQ;
2. Travailler dans une unité de soins intensifs ou de soins intermédiaires au Québec depuis au moins cinq ans;
3. Être considéré comme un expert ou une experte par ses pairs relativement à sa compétence à poser un jugement clinique;
4. Avoir participé à au moins deux activités coopératives de formation continue dans les deux dernières années.

Les activités coopératives peuvent comprendre diverses stratégies pédagogiques où les participants travaillent activement en petit groupe afin de s'entraider et d'atteindre un objectif commun : étude de cas, questionnement, apprentissage par problème et simulation haute-fidélité, par exemple.

2. Participation à la recherche

Votre participation consistera à remplir un court questionnaire sociodémographique et à participer à une entrevue téléphonique individuelle d'environ 60 minutes. Cette entrevue portera sur votre expérience lors d'une formation qui utilise des activités coopératives (travail en petit groupe). Plus précisément, sur les caractéristiques de ces activités qui ont favorisé ou non votre apprentissage.

3. Enregistrements audio/Video

Afin de faciliter l'analyse des données, l'entrevue téléphonique sera enregistrée par l'application TapeACall® (<https://www.tapeacall.com/>). L'enregistrement audio avec l'application TapeACall® est conditionnel à la participation à l'étude. Ainsi, si vous ne souhaitez pas être enregistré, vous ne pourrez pas participer à l'étude.

4. Risques et inconvénients

Au niveau des risques, il existe toujours un risque de bris de la confidentialité, mais des mesures seront prises afin de minimiser ce risque. L'inconvénient à votre participation est le temps nécessaire à l'entrevue.

5. Avantages et bénéfices

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine.

6. Confidentialité des renseignements recueillis

Durant votre participation à ce projet, l'équipe de recherche recueillera, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

L'enregistrement audio et la retranscription de l'entrevue seront gardés un classeur sous clé situé dans le bureau du directeur de recherche.

L'entrevue téléphonique sera enregistrée par l'application TapeACall®. La politique sur la vie privée de cette application stipule que les enregistrements sont supprimés du serveur après un an ou dès qu'ils en sont supprimés par l'utilisateur. Ainsi, l'étudiante-chercheuse, après chaque entrevue, transférera l'enregistrement sur son ordinateur afin de pouvoir le supprimer du serveur. Toutefois, cette même politique mentionne qu'il est impossible d'assurer hors de tout doute qu'il n'y ait pas interception des données ou intrusion sur le serveur malgré les mesures de protection mises en place.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un nom fictif afin de préserver votre anonymat. Une clé sera créée afin de relier votre nom fictif à votre dossier de recherche. Cette clé qui pourrait être utiles à des fins ultérieures sera accessible seulement par l'étudiante-chercheuse et sera conservée dans un ordinateur muni d'un mot de passe. L'ensemble de ces données de recherche sera détruit sept ans après le dépôt du projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

7. Compensation

Une compensation financière sera offerte sous forme de carte-cadeau électronique Amazon d'une valeur de 25 \$. Elle sera transmise par courriel une fois le consentement signé et retourné à l'adresse courriel de l'étudiante-chercheuse.

8. Participation volontaire et Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision, sans conséquence pour vous. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec l'étudiante-chercheuse par téléphone ou courriel indiqués ci-dessous;

Téléphone : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent incluant l'enregistrement audio pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication, il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

Vous avez simplement à aviser l'étudiante-chercheuse ou le directeur de recherche, et ce, par simple avis verbal. Si l'entretien avait été amorcé, vous déciderez si vous préférez que les données soient détruites ou si elles peuvent être utilisées pour la recherche.

9. Diffusion des résultats

Veillez noter que le travail final sera déposé sur la plateforme informatique Papyrus de l'université de Montréal et ainsi accessible à tous. Les résultats de la présente recherche pourraient aussi être ultérieurement publiés dans une revue spécialisée et/ou une conférence.

Aussi, si vous le désirez, vous pouvez recevoir un résumé des résultats de la recherche par courriel.

Je souhaite recevoir un résumé des résultats de la recherche une fois celle-ci complétée :

Oui [] Non []

Si oui, à l'adresse courriel suivante : _____

10. Personnes ressources

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Patrick Lavoie, inf., PhD, professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal : [REDACTED]

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

Courriel : cerses@umontreal.ca

Téléphone : 514 341-6111 #2604

Site Web :

<https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/#c70895>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100, de 9 h à 17 h ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Engagement du chercheur responsable

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : _____ Prénom : _____

Signature du chercheur : _____

Date : _____