

Université de Montréal

Traduction, adaptation et validation de contenu d'un outil évaluant la qualité du débriefing en simulation selon des étudiants et des étudiantes en sciences infirmières

Par

Imène Khetir

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M. Sc.)

en sciences infirmières, option formation

Août 2022

© Imène Khetir, 2022

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

Traduction, adaptation et validation de contenu d'un outil évaluant la qualité du débriefing en simulation selon des étudiants et des étudiantes en sciences infirmières

Présenté par

Imène Khetir

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Tanya Mailhot

Président-rapporteur

Patrick Lavoie

Directeur de recherche

Marie-France Deschênes

Membre du jury

Résumé

Dans l'optique de perfectionner l'utilisation de la simulation clinique, il importe de se questionner sur la qualité des débriefings et surtout sur la perception qu'en ont les étudiant(e)s. L'outil le plus utilisé à cet effet est le *Debriefing Experience Scale* (DES; Reed, 2012) qui évalue l'expérience et l'importance du débriefing selon les étudiant(e)s. Cet outil n'est pas disponible en français et il est essentiel qu'il soit adapté au contexte et à la population auprès de qui on souhaite l'utiliser. Le but de cette étude a été de traduire en français, adapter au contexte québécois et valider le contenu du DES (Reed, 2012). Selon les recommandations de Sousa et Rojjanasrirat (2011), le DES a été traduit en français et rétrotraduit en anglais pour obtenir une version française, le DES-FR. La pertinence et la clarté de ses énoncés ont été évaluées par 10 expert(e)s en simulation clinique. Un échantillon de convenance de 29 étudiant(e)s en sciences infirmières a été sollicité pour évaluer la clarté des énoncés de l'outil. Les résultats indiquent que le DES-FR a un indice de validité de contenu global (IVC-S) de 0,93 selon les expert(e)s, suggérant une bonne validité de contenu, ainsi qu'un indice de clarté global (IC-S) de 0,96, soutenant qu'il est dans son ensemble clair selon l'échantillon étudiant. Le DES-FR est le premier outil en français présentant une validité de contenu et adapté au contexte de formation québécois qui permettra d'obtenir des données sur la qualité des débriefings selon la perspective étudiante.

Mots-clés : débriefing, simulation clinique, traduction, adaptation transculturelle, validation de contenu, psychométrie, formation infirmière, étudiants en sciences infirmières

Abstract

To further improve the use of clinical simulations, it is crucial to question the quality of debriefings, especially students' perceptions of them. The most used tool for this purpose is the Debriefing Experience Scale (DES; Reed, 2012), which assesses the experience and importance of debriefing for nursing students. The DES (Reed, 2012) is not available in French, and it must be congruent with the context and population it is intended to be used. This study aimed to translate into French, adapt to the Quebec educational context, and validate the content of the DES (Reed, 2012). For the method, we followed Sousa and Rojjanasrirat (2011) guidelines. Thus, the DES (Reed, 2012) was translated into French and back-translated into English to obtain a French version, the DES-FR. Ten clinical simulation experts assessed the French version for item relevance and clarity. In total, 29 nursing students evaluated the DES-FR item clarity. According to the experts, the DES-FR has an overall content validity index (S-CVI) of 0.93, suggesting good content validity. The overall scale's clarity index (S-CI) reached 0.96, supporting that the content of the DES-FR is clear according to nursing students. The DES-FR is the first content-validated French tool adapted to the Quebec educational context that will provide data on the quality of debriefings from the student perspective.

Keywords: debriefing, clinical simulation, translation, transcultural adaptation, content validity, psychometry, nursing education, nursing students

Table des matières

Résumé	5
Abstract	6
Table des matières	7
Liste des tableaux	11
Liste des figures	12
Liste des sigles et abréviations	13
Remerciements	17
Chapitre 1 – Problématique	19
But	23
Chapitre 2 – Recension des écrits	24
La simulation clinique	24
Le débriefing	25
Rôle des personnes impliquées	26
Réflexion chez les étudiants et étudiantes	28
Modèles et méthodes de débriefing	29
Qualité du débriefing	30
Perception des étudiants et étudiantes du débriefing	31
Outils qui évaluent la qualité du débriefing selon les étudiants et étudiantes	33
Chapitre 3 – Méthode	43
Description du devis retenu	43
Premier volet : traduction et adaptation	44
Deuxième volet : validation de contenu	46
Participants et participantes	47

Recrutement des participants et participantes et milieu de l'étude	47
Outils de collecte de données	48
Déroulement de l'étude	49
Analyse des données	50
Considérations éthiques.....	50
Chapitre 4 – Résultats et discussion.....	53
Volet de traduction et d'adaptation	53
Volet de validation de contenu	57
Échantillon d'experts et expertes en simulation clinique.....	57
Échantillon d'étudiants et étudiantes en sciences infirmières	65
Traduction et validation du DES (Reed, 2012) dans les autres langues.....	71
Considérations méthodologiques	73
Retombées potentielles	75
Recommandations en sciences infirmières.....	77
La recherche en sciences infirmières	77
La formation en sciences infirmières	78
La pratique infirmière.....	80
La gestion en sciences infirmières.....	81
Conclusion	83
Références bibliographiques.....	85
Annexes	95
Annexe A – Stratégie de recherche.....	96
Annexe B – Autorisation de l'auteure originale du DES (Reed, 2012)	98

Annexe C - Approbation finale du Comité de l'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES).....	99
Annexe D – Courriel d'invitation de participation aux experts et expertes	101
Annexe E – Approbation de l'examen de convenance locale pour la recherche auprès d'étudiants et étudiantes de la Faculté des sciences infirmières	102
Annexe F – Messages d'invitation de participation pour les étudiants et étudiantes	103
Annexe G – Approbation d'une demande de modification au projet de recherche	104
Annexe H – Formulaire à signer pour réception de la compensation offerte	105
Annexe I – Questionnaire sociodémographique pour les experts et expertes	106
Annexe J – Questionnaire sociodémographique pour les étudiants et étudiantes.....	107
Annexe K – Échelles de clarté et de pertinence pour les experts et expertes.....	108
Annexe L – Échelles de clarté pour les étudiants et étudiantes	109
Annexe M – Formulaire d'information et de consentement pour les experts et expertes en simulation clinique	110
Annexe N – Formulaire d'informations et de consentement pour les étudiants et étudiantes .	114
Annexe O – Première version française de l'outil DES (Reed, 2012)	118
Annexe P – Analyse des rétrotraductions de l'outil DES (Reed, 2012) et première version du DES-FR.....	124
Annexe Q – Version intégrale du DES-FR.....	130

Liste des tableaux

Tableau 1. – Outils qui évaluent le débriefing selon la perception des étudiants et étudiantes	35
Tableau 2. – Les 20 énoncés du DES-FR après les quatre étapes de traductions.....	56
Tableau 3. – Caractéristiques sociodémographiques des 10 experts et expertes en simulation clinique	59
Tableau 4. – Indices de validité de contenu (IVC) et de clarté (IC) des énoncés de l’outil DES-FR selon les rondes des experts et expertes en simulation clinique	61
Tableau 5. – Les 20 énoncés du DES-FR après les rondes d’évaluation des experts et expertes en simulation clinique	63
Tableau 6. – Caractéristiques sociodémographiques des 29 étudiants et étudiantes en sciences infirmières	65
Tableau 7. – Évaluation de la clarté de l’outil DES-FR par les 29 étudiants et étudiantes en sciences infirmières.....	66
Tableau 8. – Les 20 énoncés du DES-FR après l’évaluation des étudiants et étudiantes	67

Liste des figures

Figure 1. – Organigramme de la participation des experts et expertes en simulation clinique 58

Liste des sigles et abréviations

CINAHL : *Cumulated Index to Nursing and Allied Health Literature*

COSMIN : *COnsensus-based Standards for the selection of health status Measurement INstruments*

DASH : *Simulation Debriefing assessment for simulation in healthcare*

DES : *Debriefing Experience Scale* (Reed, 2012)

DES-FR : Version française québécoise du DES (Reed, 2012)

DML : *Debriefing for Meaningful Learning*

IC : Indice de clarté

ICC : coefficient de corrélation intraclasse

IC-S : Moyenne des indices de clarté

INACSL : *International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*

IVC : Indice de validité de contenu

IVC-S : Moyenne des indices de validité de contenu

NLN : *National League for Nursing*

OSAD : *Objective Structured Assessment of Debriefing*

OTTIAQ : L'Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec

SSES : *Satisfaction with Simulation Experience Scale*

L'excellence n'exige pas la perfection

-Henry James

Remerciements

On pourrait penser que la page de remerciements est la plus facile à rédiger, mais ce n'est pas réellement le cas. Je crains que les mots ne suffisent pour représenter le niveau de reconnaissance ressenti envers ceux et celles ayant facilité mon parcours aux cycles supérieurs. Celui-ci a été indescriptible. Mais quand on dit qu'une chose est indescriptible, ne sommes-nous pas déjà en train de la décrire?

D'entrée de jeu, un grand merci est dirigé à mon directeur de recherche, M. Patrick Lavoie, qui a su me guider avec brio. Ton sens de l'analyse aiguisé, ta rigueur et ton efficacité ont été une source d'inspiration. Merci pour ton soutien et ta confiance! Tu as toujours reconnu mon potentiel, et ce, depuis notre tout premier échange. Pour tout cela, je te remercie sincèrement.

Il m'est impossible de passer sous silence la générosité et l'écoute de maman, papa et le frerot (M. TLM). Merci pour votre soutien et votre bienveillance. Un salut tout particulier s'envole aux membres de ma famille à l'international. Un grand merci également à mes amis qui avaient plus hâte que je finisse la maîtrise que moi-même. Nul besoin de vous identifier, vous vous reconnaitrez et êtes sûrement en train de sourire à la lecture de ces lignes.

Je souhaite également remercier les professeur(e)s et chargé(e)s de cours lors de mon parcours à la maîtrise. Votre dévouement envers la relève de demain ne passe pas inaperçu. Un grand merci à la Vice-Doyenne aux études de premier cycle, Mme Marjolaine Héon et aux membres de la Faculté des sciences infirmières ayant collaboré avec moi pour concrétiser la réalisation de mon étude. Merci également aux membres du comité scientifique, Mme Louise Boyer et Mme Lucie Richard ainsi qu'aux membres du jury, Mme Marie-France Deschênes et Mme Tanya Mailhot.

J'envoie un merci tout particulier aux membres du groupe de codéveloppement : autant aux personnes ayant été présentes dès le début de mes études à la maîtrise qu'à toutes les nouvelles qui se sont ajoutées à notre merveilleux cercle intellectuel. Nos échanges ont toujours été fort pertinents et aidants (drôles et philosophiques par moments). Par le fait même, un énorme merci se dirige aux experts et expertes ainsi qu'aux étudiants et étudiantes ayant accepté de participer généreusement à l'étude. Votre contribution a été significative et bien appréciée.

Enfin, je souhaite fortement remercier les organismes et instances pour leur soutien financier : le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MESS); le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ); l'Université de Montréal, l'équipe FUTUR (FRQ-SC); l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (AÉCSFSIUM) et la Faculté des sciences infirmières.

Comme on dit, toute bonne chose a une fin. Si c'est la fin d'un chapitre, ça sera le début d'un autre. À cet effet, parlant de chapitres, ce mémoire inclut quatre chapitres fort intéressants à lire... Sur ce, bonne lecture!

Chapitre 1 – Problématique

Au cours des dernières décennies, il y a eu une augmentation significative de l'utilisation de la simulation clinique pour former les futurs professionnels et professionnelles de la santé (Aebersold et al., 2018; Hippe et al., 2020). Cette méthode d'enseignement permet de recréer des situations cliniques imitant la réalité à des fins d'apprentissage, en plus de constituer un environnement sécuritaire pour les étudiants et étudiantes ainsi que les patients et patientes (Lioce et al., 2020). Puisqu'il importe que les étudiants et étudiantes soient outillés par des méthodes d'enseignement efficaces pour agir dans différentes situations, divers types de simulation clinique font, de nos jours, partie intégrante de nombreux programmes de soins infirmiers à travers le monde, y compris au Canada et au Québec (Beament et Venville, 2016; Forouzi et al., 2016; Moon et Hyun, 2019; Simoneau et al., 2012). À cet égard, l'efficacité de la simulation clinique a été montrée pour améliorer, entre autres, les connaissances, la performance et les habiletés cognitives et affectives des étudiants et étudiantes en sciences infirmières (Coppens et al., 2018; Eyikara et Baykara, 2017; La Cerra et al., 2019; Orique et Phillips, 2018; Wickers, 2010).

Bien qu'elle soit répandue dans les établissements universitaires, collégiaux et cliniques, la simulation requiert des investissements financiers importants et une mobilisation considérable de ressources matérielles et humaines (Hippe et al., 2020; Rivière et al., 2019). À titre d'exemple, la simulation clinique haute-fidélité utilise des mannequins hautement sophistiqués — et onéreux — reproduisant des fonctions physiologiques et qui sont programmées pour réagir aux interventions en temps réel (Lavoie et Clarke, 2017). De ce fait, les facteurs financiers liés aux locaux de simulation, aux équipements ainsi qu'à la rémunération du personnel de formation sont à considérer (Coppens et al., 2018; Hippe et al., 2020). Si de tels efforts humains et budgétaires sont déployés, il est légitime de s'assurer que la simulation clinique soit bénéfique à son plein potentiel aux apprentissages des étudiants et étudiantes.

Alors que l'efficacité en termes d'apprentissage de la simulation a été montrée, l'état des connaissances nous pousse à porter un œil plus critique et analytique sur comment la simulation produit ses effets et la manière d'optimiser ses résultats. Dans cette optique, il est reconnu qu'un

aspect crucial qui assure l'efficacité de la simulation est le débriefing (Decker et al., 2013; National League for Nursing (NLN), 2015). Puisque le débriefing est une phase essentielle dans la clarification et la consolidation des apprentissages réalisés en simulation, il est important d'évaluer sa qualité (NLN, 2015). De façon synthétique, nous entendons par « qualité du débriefing » le respect et la mise en application des normes de l'*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) Standards Committee (2021)*. Celles-ci sont conçues pour partager les meilleures normes de pratique et des lignes directrices fondées sur des résultats probants entourant la simulation clinique. Ces normes touchent entre autres aux compétences de l'animateur ou l'animatrice qui guide les échanges, à la structure du débriefing et au respect des intentions d'apprentissages visés.

À cet effet, certains écrits corroborent les normes de pratiques de l'INACSL Standards Committee, Persico, et al. (2021). En ce sens, l'approche de l'animateur ou de l'animatrice pour faciliter le processus réflexif des étudiants et étudiantes et les interactions entre eux est un élément crucial pour l'apprentissage (Cheng et al., 2017; Fey et al., 2014; Sawyer et al., 2016). Plusieurs études se sont intéressées à son rôle de même qu'à la formation et aux compétences requises pour animer un débriefing (Cheng et al., 2015; Decker et al., 2013; Topping et al., 2015). Lorsque le débriefing n'est pas adéquatement animé, cela peut mener à des sentiments négatifs et une faible réflexion de la part des étudiants et des étudiantes (Palaganas et al., 2016). Pour accroître la qualité de l'animation du débriefing, il importe d'examiner le type de questions pour favoriser la réflexion, optimisant ainsi le processus d'apprentissage (Husebø et al., 2013). Il est aussi nécessaire de créer un environnement qui favorise une sécurité psychologique permettant aux étudiants et étudiantes de se sentir à l'aise de partager leur ressenti réel et leurs difficultés dans un contexte constructif (Hall et Tori, 2017; INACSL Standards Committee, Decker, et al., 2021).

De ce fait, animer un débriefing constitue un exercice assez complexe impliquant des aspects psychologiques et pédagogiques fréquemment sous-estimés. Les centres de simulation doivent prioriser le développement des compétences des animateurs et animatrices (Van Mallegem, 2019). À ce propos, des formations existent visant l'acquisition des connaissances et le développement des compétences en matière de débriefing. Les personnes responsables de l'animation sont également encouragées à réaliser une évaluation formative de leurs

compétences (Cheng et al., 2015; Hall et Tori, 2017). Sur ce point, précisons quelques statistiques les plus récentes recensées. Une enquête de Fey (2014) ciblant les programmes de formation infirmière aux États-Unis a mis en lumière certaines statistiques remettant en question la qualité du débriefing et de son animation : seulement 31 % des instances académiques utilisent un modèle pour mener le débriefing ; moins de la moitié des animateurs ou animatrices avaient reçu une formation et uniquement 19 % d'entre eux ont évalué leurs compétences de débriefing. Dans cette même veine, l'étude de Wazonis (2015) a révélé que les animateurs et animatrices ayant déclaré avoir réalisé une formation n'ont en réalité participé à aucune formation et n'ont pas procédé à une évaluation continue de leurs compétences.

Notons que l'évaluation de l'animation du débriefing peut se faire sous forme d'autoévaluation ou d'évaluation par des collègues expérimentés à l'aide d'outils tels que le *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare* (DASH) et l'*Objective Structured Assessment of Debriefing* (OSAD; Arora et al., 2012; Brett-Fleegler et al., 2012). Elle peut également se faire par rétroaction de la part des étudiants et étudiantes. Leurs commentaires enrichissent la compétence de débriefing et constituent un exercice constructif et formateur (Cheng et al., 2017; Hall et Tori, 2017). Ainsi, dans l'optique de perfectionner l'utilisation de la simulation, il s'avère légitime de se questionner sur la qualité des débriefings en simulation et surtout sur la perception qu'en ont les étudiants et les étudiantes.

Au-delà des résultats bénéfiques au regard de l'animation du débriefing, le courant pédagogique actuel place l'étudiant et l'étudiante au centre de ses apprentissages. Par conséquent, ses perceptions de la qualité des activités pédagogiques méritent d'être considérées. Cela s'insère avec l'intention de différentes écoles et facultés de sciences infirmières d'inclure plus d'activités de simulation centrées sur les étudiants et les étudiantes (Cockerham, 2015). Ainsi, la perception de la clientèle étudiante devient importante pour améliorer la conduite du débriefing en contexte de simulation, de même que d'autres activités pédagogiques.

Alors que l'importance de la perception des étudiants et étudiantes paraît évidente, il convient de se demander comment ils et elles peuvent partager concrètement leur perception de la qualité du débriefing. Quels sont les outils qui existent pour leur permettre d'évaluer cette phase

spécifique de la simulation ? Quelles sont les qualités psychométriques de ces derniers ? Existe-t-il des outils fiables et valides en français ? À cet effet, les deux outils d'évaluation du débriefing selon la perception étudiante les plus utilisés sont le *Debriefing Experience Scale* (DES; Reed, 2012) et la version étudiante du *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare-Student Version* (DASH-SV; Dreifuerst, 2012). Toutefois, le DES (Reed, 2012) n'est pas disponible en français alors que le DASH-SV existe en français, mais le contexte et la méthode de traduction et d'adaptation ne sont pas divulgués. Néanmoins, certaines propriétés psychométriques sont meilleures pour le DES (Reed, 2012). La revue intégrative de Alhaj Ali et Musallam (2018) précise que des outils d'évaluation fiables et valides sont d'une importance cruciale pour évaluer la qualité du débriefing en se concentrant sur des éléments clés spécifiques. Ces auteurs suggèrent qu'il devrait y avoir plus d'études visant l'amélioration de la validité et de la fiabilité des outils d'évaluation du débriefing en sciences infirmières.

Il importe aussi de considérer la diversité de la population étudiante et les spécificités de la formation et de la prestation de soins, qui varient à travers le monde. De ce fait, il est essentiel de s'assurer que les outils d'évaluation soient adaptés au contexte et à la population auprès de qui on souhaite les utiliser. Ainsi, ces différences créent un besoin de traduire, d'adapter au contexte local et de valider les outils de recherche en santé (Hilton et Skrutkowski, 2002; Sousa et Rojjanasrirat, 2011; Sperber, 2004). Pour ce faire, il importe que les chercheurs et chercheuses réalisent des devis méthodologiques rigoureux en ce sens. Ce sera le cas dans le cadre de la présente étude qui se penche sur un outil évaluant la qualité du débriefing selon la perception d'étudiants et étudiantes québécois en sciences infirmières.

Ce projet répond à un besoin crucial d'information sur la qualité des débriefings, telle que perçue par les étudiants et les étudiantes en sciences infirmières, dans les instances francophones de formation au Québec. L'utilisation de cet outil traduit, adapté et validé vise à améliorer le débriefing, soit une partie importante à la simulation clinique. En somme, ces efforts s'inscrivent dans une démarche visant à s'assurer que les étudiants et les étudiantes bénéficient d'un contexte d'apprentissage optimal pour l'acquisition de connaissances et le développement de compétences nécessaires pour offrir des soins infirmiers sécuritaires et de qualité. Ce projet pourrait avoir des retombées positives pour les sciences infirmières. Comme retombée

proximale, ce projet rendra disponible le premier outil présentant une validité de contenu en français et adapté au contexte de formation québécois. Il permettra éventuellement l'obtention des données sur la qualité du débriefing en simulation clinique selon la population étudiante et pourra faciliter l'amélioration continue de la formation. En outre, cet outil pourrait être utile tant en milieu académique que clinique pour une population étudiante infirmière.

But

Ce projet de recherche vise à traduire en français, adapter au contexte de formation québécois et valider le contenu du DES (Reed, 2012) évaluant l'expérience du débriefing en simulation clinique selon la perception d'étudiants et d'étudiantes en sciences infirmières.

Chapitre 2 – Recension des écrits

Ce deuxième chapitre comprend cinq sections liées au sujet de recherche qui tracent l'état actuel des connaissances sur la simulation clinique et plus particulièrement le débriefing. La première section aborde la simulation clinique avec les phases qui la constituent. La deuxième section cible spécifiquement la phase de débriefing tout en intégrant l'importance du rôle de l'animateur et l'animatrice. La troisième section rapporte une analyse critique des écrits au regard de la qualité du débriefing selon la perception des étudiants et des étudiantes. Dans la quatrième section, il est question de mesure et de propriétés psychométriques d'outils d'évaluation mettant en lumière la méthodologie pour vérifier la fidélité et différents types de validité. Enfin, la cinquième section inclut une analyse comparative des outils qui évaluent la qualité du débriefing selon les étudiants et les étudiantes afin de justifier l'outil sélectionné pour le devis de traduction, d'adaptation et de validation de contenu.

La simulation clinique

Parmi les définitions de la simulation, on retrouve celle-ci : « une technique — et non une technologie — pour remplacer ou amplifier des expériences réelles par des expériences guidées qui évoquent ou répliquent substantiellement des aspects du monde réel d'une manière totalement interactive » [traduction libre] (Gaba, 2004, p. 4). Dans cette même veine, une définition récente de Lioce et al. (2020) dans le *Health Simulation Dictionary* désigne la simulation comme une technique permettant de recréer une situation clinique à des fins d'apprentissage en permettant aux participants et participantes de vivre une expérience représentative du monde réel.

Il existe différentes modalités de simulations cliniques. Il peut s'agir de simulation procédurale, de simulation virtuelle, de simulation immersive, de simulation avec un patient standardisé ainsi que de simulation hybride (Boet et al., 2013; Chiniara et al., 2013). La simulation clinique peut impliquer différents niveaux de fidélité : basse, moyenne et haute (Boet et al., 2013; Nehring et Lashley, 2010). Par fidélité, nous faisons référence au degré auquel la simulation reproduit des composantes physiques, psychologiques et environnementales réelles (Lioce et al., 2020). La

modalité de la simulation clinique retenue et le niveau de fidélité sont tous deux déterminés selon les intentions pédagogiques ciblées.

La simulation est communément constituée de trois phases : le briefing, le scénario clinique ainsi que le débriefing (Boet et al., 2013; INACSL Standards Committee, Watts, et al., 2021). La phase du briefing implique de présenter les ressources disponibles aux participants et participantes, d'identifier leurs attentes ainsi que de préciser les consignes et règles à respecter en vue de les préparer pour le scénario. C'est une étape préparatoire constituant une excellente opportunité pour instaurer un climat favorable à l'apprentissage pour une expérience de simulation de qualité (Dileone et al., 2020; INACSL Standards Committee, Watts, et al., 2021). La deuxième phase, c'est-à-dire le scénario clinique, permet aux participants et participantes de réaliser des interventions attendues selon leur rôle en suivant le cours d'événements déterminés par les formateurs et formatrices (Boet et al., 2013; INACSL Standards Committee, Watts, et al., 2021). Enfin, la troisième et dernière phase de la simulation clinique correspond au débriefing. Cette phase sera abordée plus en profondeur dans la section qui suit.

Le débriefing

Le débriefing prend place à la suite du scénario clinique. Afin de mieux saisir ce concept, il importe d'en tracer un portrait évolutif et de s'attarder à ses définitions au fil des années. Alors que le concept de débriefing a émergé en contexte militaire, on lui accordera dans les années 1980 une fonction psychologique en l'utilisant à la suite d'événements traumatisants (Fanning et Gaba, 2007; Raphael et Wilson, 2000). L'analyse conceptuelle du débriefing d'Al Sabei et Lasater (2016) indique que les débriefings de type militaire et psychologique ont grandement influencé le développement du débriefing dans l'apprentissage par simulation en sciences infirmières.

Différentes définitions de ce concept se construisent au travers des années. Wickers (2010) mentionne qu'il s'agit d'une période dans laquelle le participant ou la participante à une simulation est actif ou active dans son apprentissage pour acquérir une compréhension plus approfondie en portant une réflexion sur ses connaissances et ses compétences. Forneris et al. (2015) considèrent le débriefing comme une réflexion guidée lors de laquelle un animateur ou une animatrice invite les participants et participantes à échanger sur leurs performances en

simulation. Tout récemment, le *Healthcare Simulation Dictionary* (Lioce et al., 2020) définit le débriefing comme une occasion pour les participants et participantes de réfléchir sur différents aspects de l'expérience de simulation vécue tout en explorant leurs émotions et en s'offrant une rétroaction entre eux.

Toujours sous ce même angle terminologique, il est pertinent de distinguer les termes « débriefing » et « rétroaction (*feedback*) ». En effet, malgré le fait qu'ils sont souvent utilisés de manière interchangeable, Sawyer et al. (2016) considèrent que ces derniers devraient être distingués en raison de leur signification singulière. Le débriefing implique une conversation bidirectionnelle entre les animateurs ou animatrices et les étudiants et étudiantes, alors que la rétroaction est plutôt considérée comme une conversation à sens unique où les animateurs et animatrices partagent leurs commentaires aux étudiants et étudiantes (Kim et Yoo, 2020; Meakim et al., 2013; Voyer et Hatala, 2015). Le Comité des normes de l'INACSL (2021) précise toutefois un élément intéressant à cet égard : bien que le débriefing et la rétroaction soient différents, les deux pourraient être intégrés après le scénario clinique pour enrichir l'apprentissage.

Le débriefing est essentiel pour optimiser les apprentissages en contexte de simulation clinique et devrait être obligatoire (Arora et al., 2012; Oriot et al., 2018; Ryoo et Ha, 2015; Sawyer et al., 2016). Bien que sa pertinence soit soutenue par plusieurs écrits, il faut considérer ses caractéristiques spécifiques et significatives afin de saisir son importance dans un apprentissage basé sur la simulation clinique. En 2011, un groupe d'experts a proposé cinq éléments clés à considérer dans le processus du débriefing qui prennent forme sous cinq interrogations : qui, quoi et comment, quand, où et pourquoi (Raemer et al., 2011). Alors que ces questionnements sont pertinents, le concept de débriefing est désormais plus englobant et les écrits actuels nous projettent vers d'autres angles pour préciser les attributs essentiels du débriefing. C'est d'ailleurs sous cette lignée que nous allons approfondir cette section.

Rôle des personnes impliquées

En contexte de simulation, nous retrouvons, entre autres, des participants et participantes et des animateurs et animatrices. Le participant ou la participante est une personne qui s'engage dans une activité de simulation afin de démontrer ou d'acquérir de nouvelles connaissances et de

développer des compétences ou attitudes en lien avec sa discipline. Les participants et participantes ne sont pas des récepteurs passifs d'informations étant donné que le débriefing exige de faire preuve d'une capacité et d'une volonté de réflexion critique et d'analyse de sa propre performance. Ce processus implique d'explorer non seulement ce qui s'est passé, mais aussi pourquoi cela s'est déroulé de la sorte afin d'en tirer des leçons pour qu'ils et elles puissent s'améliorer (INACSL Standards Committee, Decker, et al., 2021). En raison de la population ciblée dans ce mémoire et pour conserver une terminologie uniforme, nous employons plus spécifiquement les termes « étudiants et étudiantes » en reconnaissant que les participants et participantes peuvent être des étudiants et des étudiantes, tout comme des professionnels ou professionnelles en milieu de soins qui se positionnent dans un rôle d'apprenant ou d'apprenante.

Sous un autre angle, il y a également l'animateur ou l'animatrice. Son rôle principal consiste à guider les étudiants et étudiantes dans leurs échanges. Cette personne devrait être compétente et experte dans la discipline en question (Boet et al., 2013). À cet égard, l'animateur ou l'animatrice doit avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour mener des séances de débriefing appropriées, structurées et qui favorisent une sécurité psychologique. Cette dernière est un aspect primordial à considérer et l'animateur ou l'animatrice détient un rôle à jouer à ce niveau. Lioce et al. (2020) définit la sécurité psychologique comme un sentiment permettant aux étudiants et étudiantes d'être à l'aise de s'exprimer et de partager leurs idées, sans craindre des conséquences négatives en termes de représailles ou d'embarras. En ce sens, les étudiants et étudiantes pourront facilement partager leur ressenti ainsi que leurs difficultés dans un contexte constructif et discuter ouvertement des moyens pour s'améliorer (Hall et Tori, 2017). La sécurité psychologique est essentielle à la réalisation d'un débriefing dans un environnement d'apprentissage sécuritaire (Lopreiato et Sawyer, 2015; Oriot et al., 2018; Rudolph et al., 2014; Sawyer et al., 2016).

L'animation du débriefing par des formateurs compétents ou des formatrices compétentes et qui sont experts ou expertes en la matière est importante pour optimiser les opportunités d'apprentissages découlant de la simulation (Raemer et al., 2011). Le Comité des normes de l'INACSL (2021) a d'ailleurs formulé des normes de meilleures pratiques à cet égard. Outre

l'exigence reliée aux compétences et connaissances de l'animateur et l'animatrice, on retient également l'importance de l'approche d'animation qui devrait être adaptée au niveau d'apprentissage des étudiants et étudiantes, de leurs compétences et leur expérience. Toutefois, dans l'éventualité qu'un débriefing ne soit pas animé adéquatement, cela peut mener à une baisse d'autoréflexion de la part des étudiants et étudiantes (Palaganas et al., 2016). Pour optimiser la qualité de l'animation du débriefing, il importe que les animateurs et animatrices examinent le type de questions à poser pour favoriser la réflexion, optimisant ainsi le processus d'apprentissage (Husebø et al., 2013). Il faut notamment éviter les questions fermées de type « oui ou non » et poser des questions ouvertes qui font émerger la discussion et facilitent la réflexion et l'auto-évaluation de la part des étudiants et étudiantes (Eppich et Cheng, 2015; Sawyer et al., 2016). Après les questions posées, le silence de la part de l'animateur ou l'animatrice est souvent essentiel pour permettre aux étudiants et étudiantes de réfléchir et de formuler leurs pensées (Oriot et al., 2018; Sawyer et al., 2016).

Réflexion chez les étudiants et étudiantes

L'analyse de concept de Nagle et Foli (2020) a indiqué qu'à ce jour, le concept de réflexion centrée sur l'étudiant et l'étudiante en débriefing n'est pas clairement défini puisque le rôle de la réflexion lors de cette phase de simulation reste flou. Ces auteurs soutiennent qu'en favorisant la réflexion centrée sur les étudiants et étudiantes, les animateurs et animatrices peuvent améliorer le jugement clinique, favoriser une nouvelle compréhension et promouvoir un changement de comportement. Le débriefing est plus riche et constructif lorsque leur réflexion est prise en compte. De plus, l'étudiant ou l'étudiante a besoin de temps pendant le débriefing pour donner un sens aux nouvelles informations discutées. Ce temps additionnel soutient la réflexion centrée sur lui ou elle. Justement, bien que le débriefing soit un élément central pour les apprentissages réalisés en simulation clinique, une interrogation demeure peu explorée : comment les étudiants et étudiantes apprennent-ils en débriefing? L'étude qualitative de Frandsen et Lehn-Christiansen (2020) nous éclaire à cet égard en fournissant de nouvelles perspectives. D'abord, on y fait mention de l'importance de l'interaction entre les animateurs et animatrices et les étudiants et étudiantes, qui peut soit initier et soutenir l'apprentissage, soit l'inhiber en raison d'une animation trop imposante ou structurée. De plus, la phase de débriefing peut être un espace

d'apprentissage surchargé dû aux nombreux points de discussion et de réflexion pouvant être abordés. Cette surcharge cause alors une concurrence entre le respect des intentions d'apprentissages formelles ciblées et les besoins d'apprentissages informels identifiés par les étudiants et étudiantes ou les animateurs et animatrices.

Dans un autre ordre d'idées, selon Fanning et Gaba (2014), l'environnement physique dans lequel se déroule le débriefing mérite une attention particulière, notamment parce qu'il peut influencer les discussions et la réflexion des étudiants et étudiantes. Habituellement, le débriefing se réalise dans une salle à proximité de celle où a eu lieu l'expérience simulée. Une longue distance qui sépare les deux salles peut être une forme de distraction et inhiber la cohésion du groupe. La salle de débriefing devrait être configurée de sorte à favoriser des interactions de groupe. Idéalement, l'animateur ou l'animatrice et les étudiants et étudiantes devraient s'asseoir autour d'une table (ou en cercle, sans table) afin que tout le monde soit sur un pied d'égalité lors de la discussion. Certes, le confort des étudiants et étudiantes est important. Toutefois, il ne semble pas y avoir d'écrit scientifique ayant ciblé spécifiquement l'influence de cet aspect visant leur confort sur leur ressenti ou l'efficacité du débriefing.

Modèles et méthodes de débriefing

L'INACSL Standards Committee, Decker, et al. (2021) précise que le débriefing devrait prendre appui sur un modèle théorique structuré. En ce sens, nous retrouvons généralement trois phases consécutives pour guider le déroulement du débriefing. La première est la phase de réaction lors de laquelle les étudiants et étudiantes partagent leurs émotions et leur ressenti par la simulation. La deuxième phase, qui est cruciale pour l'apprentissage, est celle de l'analyse où l'animateur ou l'animatrice s'assure que les étudiants et étudiantes s'engagent dans un processus de réflexion constructif. Enfin, la troisième phase permet de récapituler l'ensemble des points importants soulevés dans la phase précédente d'analyse. Des objectifs d'apprentissages pourront également être formulés au regard des points à améliorer qui ont été identifiés (Boet et al., 2013). À cet égard, il est pertinent de mentionner que plusieurs cadres théoriques existent pour structurer le débriefing selon un modèle de trois phases : *Debriefing with Good Judgment* (Rudolph et al., 2006); *3D Model of Debriefing* (Zigmont et al., 2011); *Gather, Analyze, Summarize* (GAS) (Cheng

et al., 2012); *Diamond Debrief* (Jaye et al., 2015). Il existe d'autres modèles de débriefing qui implique plus que trois phases pour le structurer. Ces phases supplémentaires ciblent des thèmes clés et ajoutent un soutien additionnel à la conversation. Par exemple, nous retrouvons les modèles de PEARLS (Eppich et Cheng, 2015) ; TeamGAINS (Kolbe et al., 2013) et *Healthcare Simulation After Action Review* (Sawyer et Deering, 2013). La revue des écrits de Kim et Yoo (2020) soutient également l'idée que le débriefing structuré permet aux étudiants et étudiantes de réfléchir à leur performance dans un environnement dénotant une sécurité psychologique, mais qu'il n'y a pas une façon unique de réaliser le meilleur débriefing. Toutefois, un débriefing trop étroitement structuré peut inhiber le processus d'apprentissages chez les étudiants et étudiantes et mener à une démotivation (Frandsen et Lehn-Christiansen, 2020).

Notons qu'il existe différentes méthodes de débriefing telles que le débriefing réalisé par un animateur ou animatrice, par les pairs et avec ou sans présence de vidéos (Lee et al., 2020). Actuellement, les méthodes de débriefing en formation infirmière diffèrent considérablement d'une institution à l'autre et les résultats probants sont insuffisants pour indiquer clairement la méthode la plus efficace. Ainsi, il existe peu d'informations sur les résultats d'apprentissage selon le scénario de simulation ou la méthode de débriefing utilisée en formation infirmière. À cet effet, la revue systématique avec méta-analyse de Lee et al. (2020) indique que les méthodes de débriefing efficaces peuvent varier en fonction des cibles d'apprentissage, de l'étudiant ou l'étudiante et du contexte. Cette revue souligne également que les débriefings structurés peuvent optimiser les apprentissages, le développement des compétences, la performance, la pensée critique, le raisonnement et le jugement clinique, la satisfaction avec la simulation et la perception de la qualité du débriefing.

Qualité du débriefing

Par la qualité du débriefing, nous faisons référence au respect et à la mise en application des normes des meilleures pratiques de l'INACSL Standards Committee, Decker, et al. (2021). Ce sont quatre critères nécessaires pour respecter la norme visée pour le débriefing : 1) le processus de débriefing est intégré dans la simulation clinique et planifié de manière adéquate pour guider les étudiants et étudiantes à atteindre les résultats d'apprentissages visés; 2) l'animation doit être

réalisée par une personne compétente dans ce processus ; 3) le débriefing doit être mené dans un environnement visant entre autres la confidentialité, la confiance, la sécurité psychologique et la réflexion ; 4) le débriefing prend appui sur un cadre théorique structuré et/ou des concepts basés sur des résultats probants. La revue intégrative de Alhaj Ali et Musallam (2018) souligne qu'il est important d'évaluer la qualité du débriefing pour utiliser efficacement la simulation clinique en formation infirmière. Wallace et Moughrabi (2016) indiquent que le débriefing doit être considéré sérieusement et adéquatement dans le domaine de la formation et de la recherche.

Résumons alors, aux termes des sections précédentes, que plusieurs facteurs influencent le débriefing : le niveau de formation, de compétences et d'expérience de l'animateur ou l'animatrice; les intentions pédagogiques; le nombre d'étudiants et d'étudiantes; le caractère distinctif de la profession ou de la discipline et le temps disponible. Par conséquent, la période de débriefing est unique et singulière, ce qui requiert de la part de l'animateur ou l'animatrice de bien adapter le contenu et la méthode de débriefing aux besoins des étudiants et étudiantes.

Perception des étudiants et étudiantes du débriefing

Cette troisième section aborde la perception des étudiants et étudiantes au regard du débriefing en contexte de simulation clinique. D'abord, précisons que ce projet prend appui sur les cinq thèmes issus de l'étude phénoménologique de Fey et al. (2014) réalisée aux États-Unis. Elle visait à circonscrire la perception de 28 étudiants et étudiantes en sciences infirmières sur les caractéristiques du débriefing qui favorisent l'apprentissage. Les cinq thèmes sont : 1) environnement sécuritaire ; 2) explorer les pensées du groupe ; 3) rétroaction de différentes perspectives ; 4) « tous ensemble » et 5) l'animation du groupe. En résumé, l'environnement sécuritaire fait référence à la sécurité physique du milieu de simulation, mais aussi à la sécurité psychologique permettant le partage, entre autres, de leurs émotions, inquiétudes et erreurs potentielles. L'exploration des pensées du groupe leur permet de s'autoévaluer, d'identifier leurs forces et faiblesses, et les connaissances qui leur manquent. Le troisième point implique la rétroaction immédiate de la part de l'animateur ou l'animatrice, mais aussi des autres collègues dans une optique de critique constructive. Le « tous ensemble » permet de normaliser

l'expérience, les sentiments, les pensées et la performance avec le soutien des étudiants et étudiantes qui se trouvent dans un même contexte d'apprentissage. Finalement, l'animation du groupe fait référence, entre autres, aux techniques et stratégies utilisées par l'animateur ou l'animatrice pour promouvoir un environnement positif de participation et d'apprentissage. Fey et al. (2014) précisent également qu'instaurer un climat de sécurité psychologique a été perçu comme essentiel à l'apprentissage. Les étudiants et étudiantes ont partagé le fait que puisque les simulations n'étaient pas notées, ils et elles ressentaient une plus grande sécurité psychologique. De ce fait, les simulations formatives sont recommandées. De plus, il importe de retenir que le fait de normaliser tout type d'émotions et d'erreurs a permis aux étudiants et étudiantes de s'ouvrir davantage en débriefing.

Dans l'étude de Kelly et al. (2014), 150 étudiants et étudiantes de premier cycle en sciences infirmières ont évalué 11 composantes de la simulation (de la conception à l'exécution) par rapport au jugement clinique. Ils et elles percevaient le débriefing comme la composante la plus importante pour acquérir un jugement clinique en contexte de simulation. Cette donnée accentue davantage l'importance de solliciter l'opinion des étudiants et étudiantes lors des débriefings.

Par ailleurs, selon l'étude de Coutinho et al. (2016) un débriefing structuré a été perçu par les étudiants et étudiantes comme une méthode interactive leur permettant de renforcer leurs connaissances, de porter une réflexion de manière individuelle et collective sur leur expérience de simulation et de structurer leurs idées. Cette étude qualitative avec devis exploratoire et descriptif a été réalisée auprès d'un échantillon de 22 étudiants et étudiantes de premier cycle en sciences infirmières qui ont partagé le fait qu'avec le débriefing structuré, ils se sont sentis plus à l'aise de poser leurs questions et d'établir une relation avec les collègues, facilitant ainsi la communication.

Ainsi, selon les écrits actuels, il semble qu'il y ait peu d'études qui s'intéressent spécifiquement aux perceptions étudiantes au regard du débriefing. Cela solidifie et justifie davantage la pertinence de ce projet de recherche qui s'intéresse à la perception étudiante, répondant ainsi à un besoin empirique. Nous retenons néanmoins que les résultats de l'étude de Fey et al. (2014)

mentionnant les cinq thèmes importants selon les étudiants et étudiantes pour favoriser leur apprentissage en débriefing seront aidants au regard des éléments conceptuels à considérer pour sélectionner l'outil d'évaluation de débriefing qui sera à traduire, adapter et à valider son contenu.

Outils qui évaluent la qualité du débriefing selon les étudiants et étudiantes

Cette cinquième section présente une analyse comparative des différents outils existants qui évaluent le débriefing selon la perception étudiante. Pour ce faire, nous avons établi une stratégie de recherche ciblée à ce segment majeur de la recension des écrits. Dans un premier temps, nous avons effectué une recherche sur les bases de données *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) et Google Scholar. Une stratégie de recherche détaillée a été réalisée avec la contribution d'une bibliothécaire (Annexe A). À titre d'exemple, nous avons utilisé les mots-clés tels que « *Nursing students* », « *Tool* », « *Simulation* » et « *Debriefing experience* ». Il s'agissait de tous types d'études empiriques, limitées à des écrits en anglais ou en français, de 2010 à 2021. Au total, 1232 articles ont été obtenus. Après l'élimination chronologique suivant les étapes de lecture du titre, des résumés et le retrait des doublons, 37 références ont été retenues. Pour enrichir la recension des écrits certaines références présentées à la fin des articles ont été consultées en plus de la lecture de quelques-unes suggérées en marge par les revues scientifiques présentant les articles.

Dans l'ensemble, trois outils permettant d'apprécier la perception des étudiants et des étudiantes en contexte de débriefing de simulation clinique ont été répertoriés : *Debriefing Experience Scale* experts (DES; Reed, 2012), *Simulation Debriefing assessment for simulation in healthcare* (DASH) – *Student Version* (Dreifuerst, 2012; Simon et al., 2010) et *Satisfaction with Simulation Experience Scale* (SSES) (Levett-Jones et al., 2011). Ceci montre qu'il existe peu d'outils qui sont destinés aux étudiants et étudiantes comparativement à ceux disponibles pour les animateurs et animatrices ou les formateurs et formatrices. Chacun des outils est décrit dans le Tableau 1, pour saisir les principaux éléments qui les distinguent. À la lumière de l'analyse de ce tableau, cette section représente une synthèse comparative des outils sur le plan contextuel permettant de décrire et

de connaître leur contexte d'utilisation, sur le plan conceptuel au regard des principales composantes du débriefing examinées, ainsi que sur le plan des propriétés psychométriques reflétant leur fidélité et validité.

Tableau 1. – Outils qui évaluent le débriefing selon la perception des étudiants et étudiantes

Nom Auteurs (année) Pays	Éléments contextuels	Éléments conceptuels	Propriétés psychométriques	
	But et participants	Items et notation	Fidélité	Validité
<p><i>Debriefing Experience Scale</i> (DES)</p> <p>Reed (2012)</p> <p>États-Unis</p>	<p>Évaluer l'expérience de débriefing des étudiant(e)s en sciences infirmières en contexte de simulation clinique</p> <p>130 étudiant(e)s infirmiers, simulation en obstétrique (n=75) et en soins intensifs (n=55)</p>	<p>20 items séparés 4 sous-échelles (pour mesurer l'expérience de débriefing ou l'importance de l'expérience pour les étudiant(e)s :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Analyse des pensées et sentiments : 4 items 2) Apprentissage et l'établissement des liens cliniques : 8 items 3) Compétences de l'animateur : 5 items 4) Encadrement adéquat de l'animateur : 3 items <p>Version expérience : de 1 – pas du tout d'accord à 5 – tout à fait d'accord</p> <p>Version importance : de 1 – pas important à 5 – très important</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Version expérience : α global = 0,93; α sous-échelles = 0,80 à 0,89 • Version importance : α global = 0,91; α des sous-échelles = 0,61 à 0,85 	<p>Validité de contenu : revue des écrits et panel de 3 expert(e)s en simulations</p> <p>Validité de construit. Analyse factorielle exploratoire révèle 4 facteurs. 9 items retirés.</p>
<p>DES en norvégien</p> <p>Tosterud et al. (2015)</p> <p>Norvège</p>	<p>Traduire et valider le DES dans un programme de sciences infirmières en Norvège</p> <p>138 étudiant(e)s de 1^{er} cycle en sciences infirmières, 2^e année en simulation (scénario non spécifié)</p>	<p>Retrait de 2 items :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse des pensées et sentiments : l'animateur m'a offert suffisamment de temps pour verbaliser mes sentiments avant de commenter • Compétences de l'animateur : les sentiments déstabilisants résultant de la simulation ont été résolus par le débriefing 	<p>Échelle de 20 items :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Version expérience : α global = 0,86; α des sous-échelles = 0,44 à 0,84 • Version importance : α global = 0,64; α des sous-échelles = 0,27 à 0,84 	<p>Validité de contenu : 3 experts en simulation et en formation infirmière, commentaires des étudiant(e)s</p>

			Échelle de 18 items : <ul style="list-style-type: none"> Version expérience : α global = 0,91; α des sous-échelles = 0,64 à 0,87 	
<p><i>Simulation Debriefing assessment for simulation in healthcare (DASH) – Student Version</i></p> <p>Simon et al. (2010)</p> <p>Dreifuerst (2012)</p> <p>États-Unis</p>	<p>Tester la relation entre le <i>Debriefing for Meaningful Learning (DML)</i> et les stratégies de débriefing habituelles sur le développement des compétences de raisonnement clinique chez les étudiant(e)s en soins infirmiers, ainsi que sur la perception de la qualité de l'expérience de débriefing par les étudiant(e)s</p> <p>238 étudiant(e)s en sciences infirmières de l'Université du Midwest, dans un cours sur la santé des adultes qui intègre des expériences de simulation</p>	<p>23 items séparés en 6 sections :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Établir un climat favorable à l'apprentissage (environnement pédagogique engageant); 2) Maintenir un climat favorable à l'apprentissage; 3) Conduire le débriefing de manière structurée; 4) Susciter l'engagement dans l'échange (initier des discussions intéressantes); 5) Identifier et explorer les déficits de performance; 6) Amélioration ou maintien du niveau de performance <p>Échelle de 1 – extrêmement inefficace / préjudiciable à 7 – extrêmement efficace / exceptionnel</p>	$\alpha = 0,82$	Validité de contenu : Revue des écrits et panel d'expert
<p><i>Satisfaction with Simulation Experience Scale (SSES)</i></p> <p>Levett-Jones et al. (2011)</p> <p>Australie</p>	<p>Présenter le développement et les tests psychométriques du SSES</p> <p>353 étudiant(e)s de 2^e année et 203 étudiant(e)s de 3^e année, baccalauréat en sciences infirmières</p>	<p>Échelle composée de 18 items divisés en 3 sous-échelles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Débriefing et réflexion : 9 items 2) Raisonnement clinique : 5 items 3) Apprentissages cliniques : 4 items <p>Échelle de 1 – fortement en désaccord à 5 – fortement en accord.</p>	α global = 0,7 α des sous-échelles = 0,85 à 0,94	Validité de contenu : concepts-clés tirés d'une revue des écrits et panel d'expert(e)s

D'abord, le *Debriefing Experience Scale* (DES) a pour but d'évaluer l'expérience de débriefing des étudiants et étudiantes en sciences infirmières en contexte de simulation clinique (Reed, 2012). Le DES est composé de 20 items catégorisés en quatre sous-échelles. L'échelle a été conçue pour mesurer l'expérience de l'étudiant ou étudiante et aussi l'importance de cette expérience de débriefing. Il s'agit de la même échelle, mais avec une cotation qui diffère dépendamment si on évalue l'expérience ou l'importance. Il y a également le *Debriefing assessment for simulation in healthcare* (DASH) qui est un outil d'évaluation des stratégies et techniques employées lors du débriefing à partir de l'observation des comportements de l'animateur et l'animatrice (Brett-Fleegler et al., 2012; Simon et al., 2010). Il est disponible en trois versions : l'une destinée à des observateurs et observatrices, une autre est ciblée aux étudiants et étudiantes et l'autre est conçue pour l'autoévaluation des animateurs et animatrices. Dans le cadre de ce mémoire, seule la version étudiante est retenue puisqu'il s'agit de la population ciblée. Le *DASH-Student Version* regroupe 23 items, divisés en six sections. Cette version a été conçue pour obtenir des commentaires de la part des étudiants et étudiantes à propos de leur expérience de débriefing pour améliorer la qualité de la formation et de l'apprentissage (Rudolph et al., 2016). Il se trouve aussi l'outil *Satisfaction with Simulation Experience Scale* (SSES) qui regroupe 18 items sectionnés en trois sous-échelles permettant d'évaluer la satisfaction des étudiants et étudiantes au regard de leur expérience de simulation clinique (Levett-Jones et al., 2011). Tous les outils ont sollicité l'implication d'une cohorte étudiante en sciences infirmières et ne sont pas associés à une méthode de débriefing particulière. Ils ont été réalisés aux États-Unis, à l'exception du SSES réalisé en Australie, ce qui diffère du contexte de formation québécois.

Sur le plan conceptuel, rappelons que nous avons ciblé les cinq thèmes de l'étude de Fey et al. (2014) pour circonscrire la perception des étudiants et étudiantes sur le débriefing : 1) environnement sécuritaire ; 2) explorer les pensées du groupe ; 3) rétroaction de différentes perspectives ; 4) « tous ensemble » et 5) l'animation du groupe. Le DES ainsi que le DASH par leurs items respectifs touchent aux cinq thèmes. Le SSES touche seulement trois thèmes de Fey et al. (2014). Notons toutefois que le DASH comprend une échelle de notation comportementale, par conséquent, il se base sur les comportements nécessaires pour réaliser un débriefing de bonne qualité (Simon et al., 2010). Bien qu'il existe une version étudiante, il a initialement été conçu

spécifiquement pour être utilisé par des évaluateurs formés dans l'évaluation des comportements et des actions d'un animateur ou animatrice de débriefing qui facilite l'apprentissage. Pour le SSES, malgré qu'il soit intéressant par rapport à l'aspect de satisfaction obtenue par les étudiants et étudiantes, il n'est pas réellement spécifique au débriefing, puisque seulement la moitié des items touche cette phase et le reste englobe tous les aspects de la simulation et il est peu cité dans les écrits en recherche infirmière.

Dans un autre ordre d'idées, d'autres aspects du débriefing sont intéressants à évaluer par les étudiants et étudiantes (Oriot et al., 2018; Wazonis, 2014) : la durée ; le temps par rapport au scénario clinique de simulation ; l'environnement physique (localisation, agencement des places, taille du groupe et ratio professeur-étudiant) et atmosphère (intimité, confidentialité ; confiance ; attitudes). Le DES intègre deux de ces éléments (la durée et l'environnement physique), le DASH en regroupe trois (le temps par rapport au scénario clinique de simulation ; l'environnement physique et l'atmosphère) et le SSES ne regroupe directement aucun de ces derniers.

À présent, les outils seront comparés selon leurs propriétés psychométriques. Pour solidifier l'argumentaire, certaines définitions et concepts théoriques se grefferont au travers de la comparaison psychométrique. Pour le DES (Reed, 2012), la validité de contenu a été évaluée. Cette dernière est la mesure évaluant jusqu'à quel point le contenu d'un outil reflète le concept à mesurer (Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2018). Il est recommandé de considérer ce type de validité pendant l'élaboration d'un nouvel outil puisqu'elle permet de s'assurer d'inclure tous les éléments essentiels pour un construit en particulier et d'éliminer ceux qui ne sont pas pertinents (Taherdoost, 2016). À cet égard, selon le *COnsensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments* (COSMIN), la validité du contenu est la propriété de mesure la plus importante (Terwee et al., 2018).

Pour établir la validité de contenu, il y a l'approche du « jugement » qui consiste à réaliser une recension complète des écrits sur le sujet à l'étude et d'intégrer une évaluation par un panel d'experts et d'expertes (Taherdoost, 2016; Terwee et al., 2018).

Dans ce même ordre d'idées, pour le DES dans l'étude de Reed (2012), sa validité de contenu a d'abord été assurée par une revue des écrits scientifiques pour définir le construit à l'étude, c'est-

à-dire l'expérience de débriefing. Les items proposés ont été examinés par trois experts en simulation de renommée nationale pour le contenu et la formulation. Pour une plus grande validité de contenu, une section de commentaires a été ajoutée pour les étudiants et étudiantes sur la clarté de l'outil, la formulation des items et le format de réponses.

En outre, dans le DES (Reed, 2012), deux analyses factorielles ont été réalisées : l'une à la suite d'une étude pilote de 100 étudiants et étudiantes et une autre après la modification de l'échelle dans le cadre d'une seconde étude pilote de 130 étudiants et étudiantes. Les analyses factorielles réalisées constituent un aspect de la propriété de mesure de la validité de construit, qui elle, représente le degré avec lequel l'outil reflète les dimensions théoriques du construit à l'étude (Mokkink et al., 2010). Notons que dans l'étude de Reed (2012), les trois experts en simulation ont été sollicités lors de ces étapes, donnant lieu à des nouveaux changements quant à la clarté des items. En résulte une échelle pour l'expérience du débriefing avec un coefficient alpha de Cronbach (α) global = 0,93 et un α dans les sous-échelles = 0,80 à 0,89. Sur le plan théorique, par la considération du coefficient alpha de Cronbach, la cohérence interne de l'outil a pu être évaluée, c'est-à-dire, le niveau d'interdépendance entre les items qui constituent l'outil. Cette approche a permis de donner une indication quant à la fidélité du DES (Reed, 2012), soit une mesure qui permet d'évaluer l'outil par rapport au degré auquel il est consistant et qu'il y a absence d'erreurs (Mokkink et al., 2010).

Dans cette même lignée, En 2015, le DES a fait l'objet d'une nouvelle étude par des chercheurs norvégiens et suédois (Tosterud et al., 2015). Il a été traduit selon une approche très minutieuse et a été testé à nouveau. Les auteurs ont mentionné que l'échelle présente un bon potentiel pour évaluer le débriefing, mais pourrait être réduite sur quelques items. À cet effet, ils ont obtenu des α plus faibles (α global = 0,86 et α des sous-échelles = 0,44 à 0,84). Ils ont retiré deux items de l'échelle initiale, donnant ainsi lieu à une nouvelle version de l'échelle avec 18 items. Cette modification a permis d'obtenir un α plus élevé pour l'échelle dans son ensemble (α global = 0,91 et α des sous-échelles = 0,64 à 0,87).

Quant à l'outil DASH, il prend appui sur les résultats probants sur le débriefing, les théories reliées à l'apprentissage et au changement dans un contexte d'expérience ainsi que sur les

recommandations d'un groupe d'experts. Il présente un α global à 0,89, soit légèrement inférieur au DES, et un coefficient de corrélation intraclasse (ICC) global à 0,74 avec des sous-échelles ayant un ICC = 0,57 à 0,68 (Brett-Fleegler et al., 2012). Cependant, il importe de préciser que ces propriétés psychométriques du DASH ne réfèrent pas à la version étudiante. Dreifuerst (2012) mentionne que la fidélité de la version étudiante du DASH a été démontrée lors de l'étude originale et que la validité de contenu et de construit du DASH étudiant ont été évaluées par les concepteurs de l'outil. Cependant, aucune donnée ou propriété psychométrique n'est fournie ou partagée à cet effet. Nous retrouvons seulement que le DASH étudiant a un α global = 0,82 dans l'étude de Dreifuerst (2012), témoignant d'une cohérence interne plus faible que le DES. Ainsi, il ne semble pas y avoir plus de données psychométriques sur la version étudiante du DASH, alors qu'il importe de réaliser d'autres tests psychométriques lorsque la population change.

Le SSES présente un α global = 0,7, ce qui est moins élevé que le DES et le DASH. Le SSES démontre toutefois une plus grande cohérence interne au niveau des sous-échelles avec des α de 0,85 à 0,94. La validité de contenu du SSES a été considérée par l'implication d'un panel de neuf experts en simulation ou en développement d'instruments pour évaluer la clarté, la concision, la pertinence, l'ambiguïté et les répétitions inutiles. La validité de contenu de cet outil a été considérée en s'assurant que l'échelle reflétait les principaux concepts tirés des écrits scientifiques et tenait compte des commentaires du groupe d'experts et d'expertes.

À la lumière de ces comparaisons, nous retiendrons l'outil DES de Reed (2012). Dans un premier temps, il présente une validité de contenu et montre la plus forte cohérence interne globale parmi tous les outils recensés. Dans un deuxième temps, la version originale de l'outil a été spécifiquement conçue pour mesurer la perception des étudiants et étudiantes en sciences infirmières. Conceptuellement, il rejoint les cinq thèmes identifiés par Fey et al. (2014) et inclut d'autres aspects intéressants tels que la durée du débriefing et l'environnement physique. Dans un troisième temps, la revue intégrative d'Alhaj Ali et Musallam (2018) soutient que le DES fait partie des deux outils les plus utilisés en recherche infirmière en simulation pour évaluer le débriefing. Bien que le DES (Reed, 2012) se rapporte d'abord aux étudiants et aux étudiantes en sciences infirmières, il peut être utilisé dans d'autres disciplines, mais l'auteur recommande d'autres tests psychométriques auprès de ces populations.

En résumé, ce chapitre a fait état des connaissances entourant le débriefing. Nous avons, dans un premier temps, contextualisé ce concept en nous familiarisant avec la définition de la simulation clinique et l'avons par la suite explicitée tout en soulevant ses composantes les plus importantes. Il a également été question de la perception des étudiants et étudiantes au regard du débriefing ainsi que des notions relatives aux propriétés psychométriques essentielles d'un outil. Enfin, nous avons pu réaliser une analyse comparative des outils existants évaluant la qualité du débriefing selon la perception des étudiants et des étudiantes. Nous retenons ainsi l'outil DES de Reed (2012) pour le traduire, l'adapter et valider son contenu.

Chapitre 3 – Méthode

Dans l'intérêt de répondre au but ciblé, soit celui de traduire, adapter et valider le contenu de l'outil DES (Reed, 2012), cette étude a suivi la méthode de traduction, d'adaptation et de validation de Sousa et Rojjanasrirat (2011). Ce troisième chapitre abordera ainsi les principales considérations méthodologiques. En ce sens, il sera question de la justification et la description du devis retenu, des participants et participantes, du recrutement des participants et participantes et du milieu, des outils de collecte de données, du déroulement suivi pour traduire, adapter et valider le contenu du DES (Reed, 2012), de l'analyse des données ainsi que des considérations éthiques.

Description du devis retenu

Avec les nombreuses différences qui existent dans le monde au niveau populationnel, culturel, de la formation des professionnels et professionnelles de la santé et de la prestation des soins, il importe que des outils de recherche sur les soins de santé soient traduits, adaptés à la population visée et que leur contenu soit validé (Hilton et Skrutkowski, 2002; Sousa et Rojjanasrirat, 2011; Sperber, 2004). Réaliser la traduction, l'adaptation et la validation de questionnaires, d'échelles, d'outils ou d'instruments requiert une planification minutieuse pour obtenir des mesures fiables et valides. Une mauvaise traduction peut mener à une collecte de données de faible qualité (Kalfoss, 2019). Pour ce faire, il est nécessaire que les chercheurs et chercheuses mettent en œuvre des devis méthodologiques rigoureux. Il existe diverses approches méthodologiques pour effectuer la traduction, l'adaptation et la validation d'instruments de recherche. Toutefois, elles varient entre elles et seulement quelques-unes décrivent le processus complet de traduction, d'adaptation et de validation (Sousa et Rojjanasrirat, 2011; Sperber, 2004; Wild et al., 2005).

Dans la présente étude, nous avons suivi la méthode de Sousa et Rojjanasrirat (2011) qui constitue une synthèse des approches méthodologiques hautement recommandées pour traduire, adapter et valider les outils de recherche sur les soins de santé. Elle est rédigée dans une formule claire, conviviale, complète et qui suit une ligne directrice. Par conséquent, elle s'avère plus aisée à comprendre et à utiliser. De plus, cette approche se démarque par le fait qu'elle vise

une traduction qui a pour objectif de donner un sens concret et pas seulement une traduction littérale.

La méthode proposée regroupe sept étapes. Dans le cadre de cette étude, les cinq premières étapes ont été suivies et séparées en deux volets : le premier volet est celui de la traduction et l'adaptation de l'outil et le deuxième volet implique la validation de son contenu. Pour bien saisir les particularités de cette méthode, les étapes chronologiques seront présentées et détaillées selon les deux volets mis en évidence. Néanmoins, certaines définitions sont nécessaires pour bien saisir les particularités des étapes qui suivront. Par équivalence conceptuelle, il est question du degré auquel le concept des items de l'outil existe dans les deux cultures et langues de traduction. Quant à l'équivalence sémantique, celle-ci implique la structure des phrases, des expressions familières ou idiomatiques qui garantissent que la signification du texte ou les idées derrière les items de l'outil sont présentes dans la langue de traduction ciblée. En ce qui a trait à l'équivalence de contenu, elle signifie la pertinence du texte ou des items par rapport à la culture et la langue de traduction. Elle fait référence à la validité de contenu (Sousa et Rojjanasrirat, 2011).

Premier volet : traduction et adaptation

En ce qui a trait à ce premier volet, il implique la traduction et l'adaptation de l'outil et prend appui sur les quatre premières étapes de Sousa et Rojjanasrirat (2011). Notons qu'avant d'entamer ce processus de recherche, l'autorisation de la part de l'auteure originale de l'outil, Dre Shelly J. Reed, a été obtenue en guise de respect aux droits d'auteurs (Annexe B).

Selon Sousa et Rojjanasrirat (2011), la première étape impliquait de traduire l'outil de l'anglais au français par des traducteurs et traductrices avec des critères spécifiques. En ce sens, les deux traducteurs et traductrices devaient être bilingues, principalement francophones et indépendants. Ils devaient également avoir un parcours distinct, c'est-à-dire que le premier traducteur devait connaître la terminologie spécifique du domaine de la santé et du contenu de l'outil à traduire et le deuxième être davantage familier avec les tournures des phrases, les expressions et les spécificités de la langue de traduction, les nuances linguistiques et culturelles. À cet effet, une première firme de traduction a été contactée pour utiliser le service de deux

traducteurs principalement francophones dont le parcours professionnel est distinct. Le premier traducteur était expert dans le domaine de la santé et en formation et la deuxième traductrice était davantage familière avec les tournures des phrases, les expressions et les spécificités, les nuances linguistiques et culturelles de la langue française. La double traduction a été réalisée de manière indépendante sans qu'il y ait consultation entre les deux traducteurs. Ainsi, pour cette étape, nous avons obtenu deux versions de traductions françaises.

La deuxième étape réfère à une comparaison, par l'équipe de recherche (l'étudiante-chercheuse et son directeur), des deux versions françaises entre elles et avec la version originale, pour relever les ambiguïtés et les différences dans les mots, les phrases ainsi que leurs sens. Pour cela, les deux membres de l'équipe de recherche ont effectué une analyse entre ces deux versions de traductions de manière individuelle. L'équipe a par la suite eu des échanges lors desquels toute divergence ou ambiguïté entre les versions de traductions a été discutée et résolue par consensus. Après discussions et consensus au sein de l'équipe de recherche, une version préliminaire française de l'outil a été générée.

La troisième étape a donc impliqué de faire retraduire cette version préliminaire française vers l'anglais par deux autres traducteurs et traductrices avec quelques critères spécifiés (Sousa et Rojjanasrirat, 2011). À cet égard, les traducteurs et traductrices devaient être bilingues indépendants, principalement anglophones, dont l'un ou l'une est familier avec le domaine de la santé et le contenu de l'outil à traduire et l'autre avec les particularités linguistiques de l'anglais. Ils et elles ne devront pas avoir pris connaissance de la version originale de l'outil qui est en cours de traduction. En ce sens, une seconde firme de traduction différente a été contactée pour une rétrotraduction. De ce fait, le traducteur et la traductrice sollicités étaient bilingues, principalement anglophones et indépendants. L'un était familier avec domaine de la santé, plus particulièrement en lien avec la médecine, et l'autre avec les particularités linguistiques de l'anglais. La traduction a été réalisée de manière indépendante. Cette étape a donné lieu à deux versions de l'outil rétrotraduites en anglais.

Pour la quatrième étape, les deux versions rétrotraduites en anglais ont été comparées entre elles et chacune avec la version anglaise originale de l'outil par l'équipe de recherche. Cette comparaison a été utile pour établir les équivalences conceptuelles, sémantiques et de contenu de la version traduite et adaptée et de la version originale. Ainsi, il a été question de relever les différences entre les rétrotraductions et d'obtenir un consensus au sein de l'équipe de recherche pour avoir une version préfinale en français de l'outil.

Dans l'ensemble, pour ce premier volet, quatre traducteurs ont été impliqués : deux traducteurs bilingues francophones et deux majoritairement anglophones ont été sollicités dans ce projet par deux firmes spécialisées en traduction. Deux traducteurs d'une firme ont été impliqués lors de la première étape de traduction vers le français et deux autres traducteurs d'une autre firme ont effectué la rétrotraduction vers l'anglais. L'implication de deux firmes a été choisie afin de conserver une traduction indépendante. Le mode de communication privilégié a été par courriel institutionnel de l'Université de Montréal et les échanges avec les traducteurs et les membres de l'équipe de recherche ont été réalisés par voie électronique.

Deuxième volet : validation de contenu

Ce deuxième volet prend appui sur la cinquième étape de la méthode de Sousa et Rojjanasrirat (2011). La cinquième étape implique de tester la version préfinale auprès de la population ciblée et de l'évaluer par des experts et expertes. En effet, cette étape a permis de déterminer l'équivalence conceptuelle et de contenu et inclut un panel d'experts et expertes en simulation clinique pour évaluer les consignes de l'outil, ses items ainsi que le format de réponses selon une échelle de clarté et de pertinence.

De 10 à 40 étudiants et étudiantes ont été visés, selon la recommandation de Sousa et Rojjanasrirat (2011), pour évaluer l'outil traduit, par rapport à la clarté de ses consignes, ses items et le format de réponses. La section qui suit traite plus en profondeur de toutes ces particularités pour mieux saisir ce deuxième volet de validité de contenu du devis de recherche. Les outils de collecte de données distribués aux experts et expertes et étudiants et étudiantes seront abordés plus loin.

Participants et participantes

Les critères d'inclusion pour les experts et expertes étaient : 1) être un formateur ou formatrice ou un chercheur ou chercheuse ayant de l'intérêt pour la simulation clinique; 2) avoir au moins cinq ans d'expérience en simulation clinique avec des étudiants et étudiantes en sciences infirmières (la durée de cinq ans est identifiée comme un niveau d'expertise en simulation selon Brett-Fleegler et al. (2012))—; 3) être en mesure de comprendre et d'écrire le français étant donné que c'est la langue vers laquelle l'outil sera traduit. Un panel de six à dix experts et expertes était visé selon la recommandation de Sousa et Rojjanasrirat (2011).

Les critères d'inclusion pour les étudiants et étudiantes étaient : 1) être étudiant ou étudiante de dernière année au programme de baccalauréat en sciences infirmières (formation initiale ou intégrée DEC-BAC, en cinquième ou sixième session); 2) comprendre et écrire le français; et 3) avoir participé à des simulations suivies de débriefing pendant sa formation au baccalauréat. Basé sur les recommandations de Sousa et Rojjanasrirat (2011), un échantillon de convenance de 10 à 40 étudiants et étudiantes était ciblé.

Recrutement des participants et participantes et milieu de l'étude

Avant d'entrer en contact avec les participants et participantes, l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) a été obtenue (Annexe C). Pour le recrutement des experts et expertes, la méthode d'échantillonnage privilégiée a été par réseau (ou plus communément appelée boule de neige). L'étudiante-chercheuse a contacté 25 personnes par courriel institutionnel pouvant correspondre aux critères d'inclusion pour solliciter leur participation. Les experts et expertes intéressés au projet ont été invités à cliquer sur le lien menant directement au sondage en ligne s'ils et elles souhaitaient participer à l'étude (Annexe D). Pour s'assurer d'atteindre le nombre d'experts et expertes visé, deux centres de simulations universitaires ont également été contactés pour diffuser le message auprès de leur personnel. Deux rondes d'échange avec le panel d'experts et d'expertes en simulation clinique ont eu lieu afin d'obtenir les valeurs visées des indices de clarté et de validité et qu'il n'y ait plus de modifications importantes de la part de ces experts et expertes.

Pour le recrutement de l'échantillon étudiant, un seul établissement universitaire a été sélectionné. L'équipe de recherche a rencontré la vice-doyenne aux études de premier cycle de cette université afin de présenter le projet de recherche et déterminer les cours les plus propices pour solliciter les étudiants et étudiantes. Un examen de la convenance locale a été réalisé et approuvé par la vice-doyenne aux études de premier cycle et la vice-doyenne à la recherche, à l'innovation et à l'entrepreneuriat (Annexe E). Par la collaboration des responsables de la gestion des études, des professeures et des chargées de cours des cours ciblés, des plages horaires de cours ont été proposées pour recruter les étudiants et étudiantes. Le recrutement des étudiants et étudiantes a été réalisé auprès de trois cohortes : une dans un cours de cinquième session universitaire, une deuxième dans un cours de sixième et dernière session du baccalauréat au campus A et une troisième dans le même cours, mais au campus B. Les étudiants et étudiantes ont reçu une présentation du projet dans leur cours par l'étudiante-chercheuse, un message d'invitation de participation ainsi que deux rappels sur la plateforme universitaire locale des cours ciblés pour le recrutement (Annexe F). La présentation orale du projet de recherche a été réalisée en personne pour tous les étudiants et étudiantes à l'exception de la cohorte au campus B. Cette dernière a reçu une présentation du projet de recherche par vidéo enregistrée à la demande de la professeure responsable du cours et à l'impossibilité de rencontrer les étudiants et étudiantes en présentiel. Par souci d'équité, cette vidéo enregistrée a été rendue disponible aux étudiants et étudiantes sur la plateforme universitaire de cours des trois cohortes. Cette stratégie de recrutement alternative ajoutée a fait l'objet d'une demande de modification auprès du comité éthique et a été approuvée (Annexe G). Enfin, avant le début de l'analyse des données, quatre cartes-cadeaux de 50\$ tirés au sort ont été offertes à quatre personnes étudiantes participantes ayant signé un formulaire attestant leur accord pour la réception de cette compensation (Annexe H).

Outils de collecte de données

En ce qui a trait aux outils de collecte de données, quatre ont été utilisés au total, inspirés par l'étude de Lavoie et al. (2020) ayant réalisé un devis de recherche similaire à celui-ci.

Il y a eu deux questionnaires sociodémographiques : un pour les experts et expertes en simulation clinique et une version étudiante. Pour les experts et expertes, le questionnaire sur les données sociodémographiques regroupait des points tels que le titre professionnel, la discipline, la spécialité, le nombre d'années d'expérience avec la simulation, le niveau de connaissances sur la simulation et le débriefing (Annexe I).

Pour les étudiants et étudiantes, le questionnaire sociodémographique regroupait des points tels que l'âge, le genre, le statut d'étude (temps plein ou partiel), le nombre de simulations auxquelles ils et elles ont participé (Annexe J).

Le troisième questionnaire était à remplir par les experts et expertes. Il regroupait à la fois une échelle de clarté et une échelle de pertinence pour évaluer l'outil DES (Reed, 2012). L'échelle de clarté est dichotomique ayant deux options : clair ou pas clair; pour évaluer les consignes de l'outil, ses énoncés ainsi que le format de réponses (Sousa et Rojjanasrirat, 2011). Si l'énoncé ou tout élément de l'outil n'est pas clair, les experts et expertes étaient invités à fournir des suggestions sur la manière de rendre le langage plus clair. Ils et elles ont également évalué les items de l'outil DES (Reed, 2012) par une échelle de pertinence qui interpelle l'équivalence de contenu : 1 = pas pertinent; 2 = peu pertinent; 3 = pertinent; 4 = très pertinent (Annexe K). Le quatrième questionnaire était ciblé aux étudiants et étudiantes pour évaluer la clarté des énoncés de l'outil (Annexe L). Les étudiants et étudiantes ayant évalué les éléments de l'outil comme non clairs ont été invités à proposer des suggestions quant à la manière de les reformuler pour les rendre plus clairs.

Ces quatre questionnaires ont été réalisés en version numérique sur la plateforme *LimeSurvey* (GNU GPL, Allemagne, version 4.3.15). Au total, deux liens du sondage *LimeSurvey* ont été conçus : un exclusivement pour l'échantillon d'experts et expertes et un autre pour l'échantillon étudiant.

Déroulement de l'étude

L'ensemble de l'étude s'est déroulé de manière électronique, à l'exception de la présentation orale effectuée par l'étudiante-chercheuse dans les cours universitaires de recrutement pour les étudiants et étudiantes. Les experts et d'expertes en simulation clinique ont été sollicités en

premier et avaient quatre semaines pour compléter le sondage en ligne *LimeSurvey*. Les étudiants et étudiantes en sciences infirmières recrutés avaient également un délai de quatre semaines pour participer à l'étude. Les données ont été collectées et analysées chronologiquement selon le groupe de participants et participantes.

Analyse des données

Pour les données sociodémographiques, elles ont été analysées par des statistiques descriptives, telles que des valeurs de moyennes, d'écart-types et de fréquences. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Excel (Microsoft, États-Unis, version 2202).

En ce qui a trait à l'échelle de clarté, nous avons visé un accord minimal interjuges de 80% tel que recommandé les auteurs de l'approche méthodologique suivie de Sousa et Rojjanasrirat (2011). Cet accord indiquait que chaque énoncé était clair selon les personnes expertes en simulation clinique et selon l'échantillon étudiant. En ce qui concerne l'échelle de pertinence, un IVC (indice de validité de contenu) calculé par des pourcentages d'accord des experts et des expertes pour chaque énoncé de l'outil et un IVC-S (moyenne de tous les IVC) ont été considérés. L'indice de validité de contenu visé était de 0,78 pour un panel de 10 experts et expertes et l'IVC-S est de 0,90 (Polit et al., 2007). Les commentaires suggérés ont été analysés de manière qualitative et quantitative en considérant le contenu et la récurrence de la même idée suggérée.

Considérations éthiques

Conformément au principe de respect de l'autonomie et de la dignité humaine (Hagger-Johnson, 2014), toute personne impliquée dans cette étude a rempli un formulaire de consentement libre et éclairé pour y participer. Une présentation de l'étude a été partagée de façon transparente et complète aux participants et participantes afin qu'ils et elles prennent une décision volontaire et éclairée pour participer au projet de recherche, dénuée de toute forme de coercition. À cet égard, les personnes sollicitées ont lu et répondu à un formulaire d'information et de consentement regroupant des explications quant aux objectifs de la recherche; la nature de la participation à la recherche; les risques et inconvénients; les avantages et bénéfices; confidentialité des renseignements recueillis, les types de compensations offertes, la participation volontaire et le droit de retrait; l'utilisation secondaire des données; la responsabilité; la diffusion des résultats;

les coordonnées des personnes ressources; une section réservée à la déclaration du participant ou de la participante avec sa signature et une section incluant l'engagement de l'étudiante-chercheuse. Deux formulaires d'informations et de consentement ont été conçus : un pour le groupe d'experts et d'expertes en simulation clinique (Annexe M) et un autre pour les étudiants et étudiantes en sciences infirmières (Annexe N).

Par respect de la vie privée et des renseignements personnels (Hagger-Johnson, 2014), l'équipe de recherche s'est engagée à préserver la confidentialité des données. Par ailleurs, pour respecter le principe de justice des personnes impliquées, seulement les critères d'inclusion scientifiquement établis ont été considérés sans laisser place à aucune forme de discrimination de quelque nature que ce soit. Enfin, cette étude a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal (CERSES; 2021-1322).

Chapitre 4 – Résultats et discussion

Ce chapitre présente les résultats obtenus et la discussion dans le cadre de cette étude ayant pour but de traduire en français, adapter au contexte de formation québécois et valider le contenu de l'outil DES (Reed, 2012) ciblé aux étudiants et étudiantes en sciences infirmières. Dans un premier temps, les résultats seront catégorisés en deux principales sections. La première fera état des résultats reliés au volet de traduction et d'adaptation de l'outil et la deuxième mettra en lumière le volet de validation de contenu auprès de l'échantillon d'experts et expertes et auprès de l'échantillon étudiant. Les résultats présentés seront aussitôt discutés selon chacun de ces deux volets tout en faisant un rappel à certaines considérations conceptuelles mentionnées lors du chapitre de la problématique. Dans un deuxième temps, des considérations méthodologiques seront abordées en soulignant les forces et les limites de l'étude. Dans un troisième temps, les retombées potentielles seront discutées pour enfin laisser place à des recommandations qui seront formulées dans les quatre domaines des sciences infirmières : la recherche, la formation, la pratique et la gestion.

Volet de traduction et d'adaptation

Tel qu'expliqué dans le chapitre précédent, la première étape consistait à traduire l'outil DES (Reed, 2012) par deux traducteurs vers le français. Les traducteurs étaient francophones, avec un parcours distinct et provenaient de deux firmes indépendantes. À cette première étape, nous avons obtenu deux versions françaises de l'outil. Subséquemment, lors de la deuxième étape de la méthode, une comparaison a été réalisée entre ces deux versions de traductions pour relever les ambiguïtés et les différences dans les mots, les phrases ainsi que leurs sens. À cet égard, une analyse entre ces divergences a été effectuée.

Ainsi, les principales différences s'observaient au niveau des mots choisis, la longueur des phrases et leur sens. Globalement, le second traducteur a proposé des formulations parfois plus longues et quelquefois légèrement plus compliquées que celle du premier traducteur spécialisé dans le domaine de la santé. Notons que les principales différences terminologiques observées entre ces deux traductions ont été au niveau des mots tels que « débriefing » et « débriefage »; « relations » et « liens »; « animateur » et « facilitateur ». Le mot « *processing* » dans l'énoncé n°3 de l'outil a

donné lieu à deux traductions différentes : « procéder » et « faire le bilan ». Afin de résoudre ces divergences, chaque membre de l'équipe de recherche, constituée de l'étudiante-chercheuse et de son directeur de recherche, a effectué une version de traduction individuelle de l'outil inspirée de ces deux traductions françaises. En combinant les versions individuelles et après discussion et consensus au sein de l'équipe de recherche, nous avons ciblé des critères pour guider nos choix et en faire une adaptation culturelle : conserver le sens de la version originale; le contexte de la traduction française (population ciblée étudiante; contexte géographique du Québec et concept de simulation clinique incluant le débriefing); respect de la langue et de la syntaxe; et enfin, viser une formulation simple, concise et claire. Nous avons traduit « *debriefing* » par « débriefing » et avons choisi l'expression traduite de « animateur » pour le terme en anglais de « *facilitator* ». Dans l'ensemble, nous avons considéré la rédaction inclusive et avons déployé un effort de synthèse et de concision pour faciliter la compréhension et l'utilisation de l'outil par les étudiants et étudiantes.

De plus, certains mots ont été difficiles à traduire pour trouver leur équivalence exacte en français, comme dans le cas du mot « *processing* ». En effet, dans l'énoncé n°2, l'expression « *processing the simulation experience* » a engendré des hypothèses de traductions entre les expressions suivantes : « faire le bilan de »; « comprendre » et « faire le point ». Cette dernière a été retenue pour la première version française et n'a été modifiée qu'après les rondes de consultation auprès des experts et expertes en simulation clinique pour retenir l'expression « faire le bilan de ».

Par ailleurs, pour l'énoncé n°12, l'expression « *Unsettled feelings* » a été traduite initialement par les deux premiers traducteurs par : « dissipé mes incertitudes ou mes inconforts » et « sentiments perturbateurs ». Les termes « dissipé » et « perturbateurs » pouvaient ne pas être clairs pour les étudiants et étudiantes. Par conséquent, l'expression « sentiments négatifs » a été retenue et a été maintenue après la rétrotraduction et la consultation auprès des personnes expertes en simulation clinique ainsi que l'échantillon étudiant recruté. Ce choix de formulation visait une équivalence sémantique et idiomatique de telle sorte à ce que la traduction soit culturellement adaptée au contexte québécois. À la suite du consensus d'équipe, une version préliminaire française de l'outil a été générée (Annexe O).

Ainsi, pour la troisième étape, cette version française rédigée par l'équipe de recherche a été rétrotraduite en anglais par deux autres traducteurs indépendants d'une autre firme. Par la suite, conformément à la quatrième étape de la méthode, une comparaison a été réalisée par l'équipe de recherche entre les deux rétrotraductions et chacune avec la version originale anglaise de l'outil traduit. De manière globale, les différences entre elles n'étaient pas très marquantes. La version du traducteur spécialisé dans le milieu médical a été plus courte avec quelques formulations des énoncés différentes, mais le sens original demeure similaire.

En somme, très peu de modifications ont eu lieu après la rétrotraduction, attestant d'une traduction initiale fidèle à la version originale (Annexe P). Dans l'en-tête de l'outil, l'expression « avec l'énoncé » a été retirée justifiée par le critère ciblant une formulation simplifiée et concise, d'autant plus qu'avec ce changement la compréhension n'était pas réduite. Seulement deux énoncés ont été modifiés. Dans l'énoncé n°13 de l'outil, il y a eu une modification du mot « exprimer » par « verbaliser » pour rejoindre le sens original. Pour l'énoncé n°15, l'expression « m'a donné l'occasion de réfléchir » a été remplacée par « m'a permis de réfléchir ». Dans l'ensemble, la terminologie utilisée dans l'outil a été uniformisée. Par ailleurs, une attention a été portée quant à la cohérence au niveau de la formulation et la structure des consignes dans l'en-tête ainsi qu'à la cohérence entre les énoncés de l'outil et la catégorie dans laquelle ils se trouvaient pour conserver une lecture conceptuelle.

Cela dit, la traduction des consignes de l'outil DES (Reed, 2012) et de la dernière section facultative (qui englobait quelques questions pour en savoir plus sur les étudiants et étudiantes) s'est réalisée de manière rapide et aisée. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le champ lexical dans ces deux sections était simple, court et n'incluait pas des concepts spécifiques à traduire.

Par ailleurs, le processus de traduction ne s'est pas réduit à une simple équivalence linguistique. En effet, le DES-FR a été adapté au contexte québécois et cette adaptation a été considérée à différents niveaux. Selon l'ordre chronologique des étapes de la méthode, rappelons que nous avons fait appel à deux firmes de traduction québécoises et non internationales. Un des traducteurs est un membre de l'Ordre des traducteurs, terminologues et interprètes agréés du Québec (OTTIAQ). Parmi les quatre traducteurs et traductrices, deux personnes étaient

davantage familières avec les tournures des phrases, les expressions et les spécificités de la langue de traduction, les nuances linguistiques et culturelles. Les formulations des énoncés traduits retenues ont donc considéré les équivalences sémantiques et idiomatiques de la langue française du Québec afin que le DES-FR puisse avoir une adaptation transculturelle au contexte québécois. Notons que nous allons désormais utiliser l’acronyme DES-FR pour faire référence à la version du DES (Reed, 2012) traduite en français. Le Tableau 2 qui suit représente les 20 énoncés de l’outil DES-FR qui a été traduit en français à la suite des quatre premières étapes de la méthode.

Tableau 2. – Les 20 énoncés du DES-FR après les quatre étapes de traductions

Catégorie	Formulation des énoncés du DES-FR
Apprendre et faire des liens	1. Le débriefing m’a aidé à faire des liens dans mes apprentissages.
	2. Le débriefing m’a été utile pour faire le point sur l'expérience de simulation.
	3. Le débriefing m'a permis d'apprendre.
	4. Le débriefing m’a aidé à trouver un sens à la simulation.
	5. Le débriefing m’a permis d’obtenir des réponses à mes questions issues de la simulation.
	6. Je suis devenu(e) plus conscient(e) de moi-même pendant le débriefing.
	7. Le débriefing m’a aidé à clarifier des problèmes.
	8. Le débriefing m’a aidé à faire des liens entre la théorie et des situations réelles.
Analyser les pensées et les sentiments	9. Le débriefing m’a aidé à analyser mes pensées.
	10. L’animateur(trice) a renforcé certains comportements de l’équipe de soins.
	11. L’environnement physique du débriefing était confortable.
	12. Des sentiments négatifs issus de la simulation ont été résolus par le débriefing.
Habilité de l’animateur(trice) à diriger le débriefing	13. L’animateur(trice) m’a laissé(e) assez de temps pour verbaliser mes sentiments avant qu’il ou elle commente.
	14. L’animateur(trice) du débriefing a parlé juste assez durant le débriefing.
	15. Le débriefing m’a permis de réfléchir à mes actions en simulation.
	16. J'ai eu assez de temps pour débriefer en profondeur.
	17. L’animateur(trice) de débriefing était expert(e) du contenu de la simulation.
Accompagnement de l’animateur(trice)	18. L’animateur(trice) a donné assez d’explications pendant le débriefing.
	19. L’animateur(trice) a offert une évaluation constructive de la simulation lors du débriefing.
	20. L’animateur(trice) a offert un encadrement adéquat lors du débriefing.

Volet de validation de contenu

Alors que la section précédente a fait mention des résultats portant sur le processus entourant les quatre étapes de traduction, cette section abordera plus spécifiquement les résultats obtenus pour le volet de la validation de contenu. Ce volet prend appui sur la cinquième étape de la méthode (Sousa et Rojjanasrirat, 2011) qui consistait à évaluer le DES-FR par un panel d'experts et expertes en simulation clinique ainsi que par la population ciblée étant les étudiants et étudiantes en sciences infirmières. De ce fait, l'échantillon d'experts et d'expertes a été invité à évaluer la clarté des consignes de l'outil et le format de réponses, ainsi que la clarté et la pertinence de ses énoncés. L'échantillon d'étudiants et étudiantes a évalué la clarté des consignes de l'outil DES-FR, son format de réponses ainsi que ses énoncés. La section qui suit présentera alors les résultats obtenus par l'échantillon d'experts et d'expertes en simulation clinique et plus loin par l'échantillon d'étudiants et étudiantes en sciences infirmières.

Échantillon d'experts et expertes en simulation clinique

Au total, 25 personnes ont été contactées individuellement et le personnel de deux centres de simulations universitaires. Treize experts et expertes en simulation clinique ont accepté de participer à l'étude pour évaluer la clarté et la pertinence des composantes du DES-FR. Trois personnes ont été retirées puisqu'elles ne respectaient pas les critères d'inclusion. Ainsi, un échantillon de 10 experts et expertes a été constitué pour la première ronde, respectant l'intervalle visé au préalable de six à dix personnes expertes. Puisque certains énoncés étaient en dessous des valeurs de clarté et de pertinence visées (abordées plus loin), ces 10 experts et expertes ont été relancés pour une seconde ronde de participation. Huit personnes ont répondu à l'appel. Précisons qu'une des personnes participantes a envoyé ses données d'évaluation après la date limite fixée pour la seconde ronde. Ces données n'ont donc pas pu être incluses dans nos résultats. Ainsi, deux rondes d'échange avec le panel d'experts et d'expertes en simulation clinique ont eu lieu afin d'obtenir les valeurs visées des indices de clarté et de validité et qu'il n'y ait plus de modifications importantes de la part de ces experts et expertes. La Figure 1 illustre, sous forme d'organigramme, la composition de l'échantillon d'experts et d'expertes selon le déroulement de l'étude.

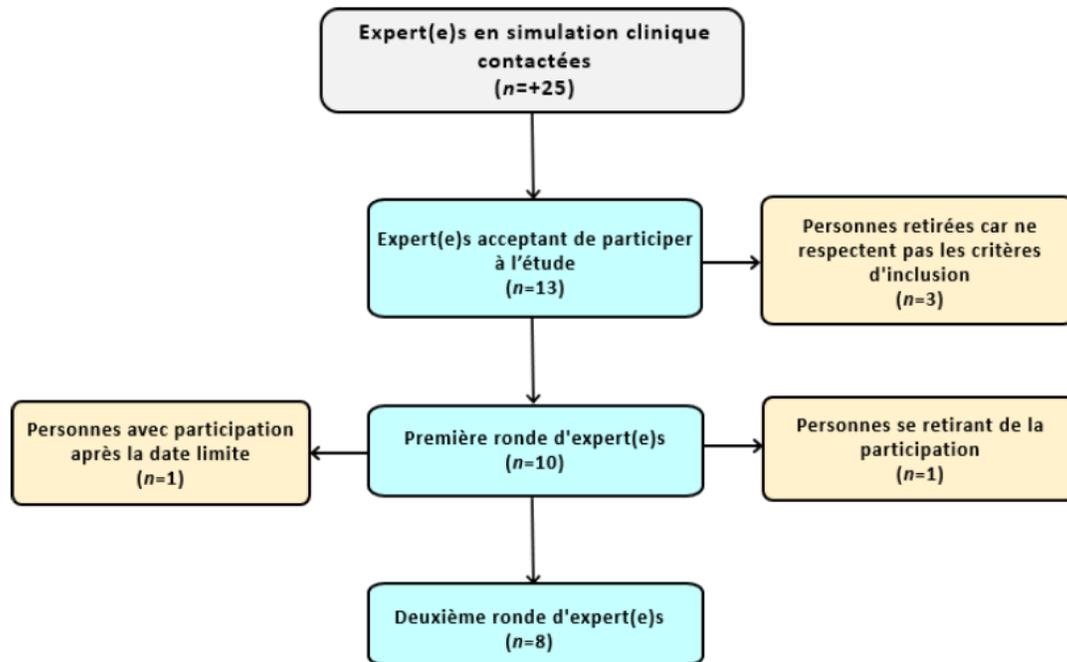


Figure 1. – Organigramme de la participation des experts et expertes en simulation clinique

Ainsi, un échantillon de 10 experts et expertes a été constitué pour la première ronde. Ces derniers et dernières avaient en moyenne 8,4 ($\pm 2,6$) années d'expérience en simulation clinique avec des étudiants et étudiantes en sciences infirmières. Par ailleurs, ils et elles détenaient en moyenne un niveau de connaissance ainsi qu'un niveau d'expertise sur le débriefing autour de 7/10. À cet égard, le Tableau 3 présente leurs caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 3. – Caractéristiques sociodémographiques des 10 experts et expertes en simulation clinique

Caractéristiques	Moyennes (écarts-types) ou fréquences
Âge (années)	41,2 (10,8)
Plus haut niveau d'études complété (n)	
Baccalauréat	1
Maîtrise	3
Doctorat de premier cycle	1
Doctorat de troisième cycle	4
Postdoctorat	1
Activité principale (n)	
Soins aux patients	1
Enseignement	3
Recherche	3
Enseignement et recherche	1
Enseignement et simulation	1
Enseignement, recherche, simulation et gestion	1
Expérience d'enseignement (années)	12,2 (6,6)
Expérience avec la simulation (années)	8,4 (2,6)
Perception des connaissances sur la simulation (/10)	7,8 (1,8)
Perception des connaissances sur le débriefing (/10)	7,4 (1,9)
Perception d'expérience avec la simulation (/10)	7,0 (2,0)
Perception d'expérience avec le débriefing (/10)	7,1 (2,2)

En ce qui a trait aux valeurs de pertinence, 17 énoncés ont obtenu un indice de validité de contenu (IVC) dépassant le seuil de 0,78; trois énoncés ont eu un IVC en bas du seuil visé de 0,78 et 12 énoncés avec un IVC de 1,00. L'outil, dans son ensemble, a obtenu un IVC-S (moyenne de tous les indices de validité) suffisant de 0,90, ce qui dépasse la valeur ciblée (Polit et al., 2007). En ce qui a trait aux valeurs de clarté, sur les 20 énoncés constituant l'outil, 13 ont été jugés clairs avec un

indice de clarté (IC) supérieur ou égal à 0,80. L'IC-S, soit l'indice de clarté global représentant la moyenne des IC, pour les 20 énoncés était de 0,73.

Bien que la valeur de l'IVC-S de 0,90 était suffisante, nous avons choisi de mener une deuxième ronde auprès des experts et expertes pour réévaluer les 10 éléments (9 énoncés et 1 élément dans l'en-tête) qui n'avaient pas atteint les scores attendus de clarté et de pertinence. Les énoncés ayant été modifiés après la première ronde ont été évalués à nouveau autant pour leur pertinence que pour leur clarté. Huit experts et expertes ont accepté de participer dans la deuxième ronde de participation pour évaluer l'outil.

Ainsi, 16 énoncés sur 20 ont atteint le seuil souhaité d'IC $\geq 0,80$. L'IC-S, soit l'indice de clarté global, était de 0,85. En ce qui a trait aux valeurs de validité de contenu, seulement deux énoncés ont obtenu un score d'IVC moins élevé que celui visé de 0,78 (0,75 et 0,63). Dans l'ensemble, l'IVC-S est de 0,93 témoignant d'une validité de contenu élevée de l'outil DES-FR. Les valeurs d'IVC et d'IC sont présentées au Tableau 4 selon les rondes de sollicitation des experts et expertes en simulation clinique.

Tableau 4. – Indices de validité de contenu (IVC) et de clarté (IC) des énoncés de l’outil DES-FR selon les rondes des experts et expertes en simulation clinique

Énoncés de l’outil DES-FR	Première ronde (n=10)		Deuxième ronde (n=8)	
	IVC	IC	IVC	IC
Énoncé 1	0,90	0,90	-	-
Énoncé 2	1,00	0,50	0,88	0,75
Énoncé 3	0,80	0,80	-	-
Énoncé 4	0,60	0,56	1,00	1,00
Énoncé 5	1,00	0,80	-	-
Énoncé 6	0,30	0,00	1,00	0,88
Énoncé 7	1,00	0,50	0,88	0,75
Énoncé 8	1,00	1,00	-	-
Énoncé 9	1,00	0,80	-	-
Énoncé 10	1,00	0,50	0,63	0,75
Énoncé 11	0,70	0,80	0,75	1,00
Énoncé 12	1,00	0,70	1,00	0,50
Énoncé 13	1,00	0,90	-	-
Énoncé 14	0,90	0,80	-	-
Énoncé 15	1,00	1,00	-	-
Énoncé 16	0,90	0,80	-	-
Énoncé 17	1,00	0,89	-	-
Énoncé 18	1,00	0,80	-	-
Énoncé 19	1,00	0,70	1,00	1,00
Énoncé 20	0,90	0,90	-	-
Total	0,90 (IVC-S)	0,73 (IC-S)	0,93 (IVC-S)	0,85 (IC-S)

NOTE. Les énoncés n’ayant pas atteint les seuils attendus sont identifiés en gras.

Sur le plan textuel, 13 formulations des énoncés du DES-FR ont été modifiées selon les commentaires des experts et expertes en simulation clinique, dont la majorité était mineure. Les énoncés n'ayant pas atteint les scores visés d'IVC et d'IC ont retenu une attention particulière. Ce faisant, des modifications ont eu lieu, dont les principales sont : « pour faire le point » a été remplacé par « consolider » (énoncé n°2); l'expression « trouver un sens » a été modifiée par « comprendre la situation rencontrée » (énoncé n°4) et la formulation « plus conscient (e) de moi-même » (l'énoncé n°6) a été précisée par « prendre conscience de mes pensées et de mes actions ». Dans cette même veine, à la suite de la deuxième ronde, de nouveaux commentaires partagés par les experts et expertes ont été analysés pour donner lieu à des pistes d'amélioration au niveau de la formulation des quelques énoncés. Par exemple, dans l'énoncé n°7, « clarifier certaines difficultés » a été précisé par « clarifier certaines difficultés rencontrées en simulation » et pour l'énoncé n°12, « des sentiments issus de la simulation ont été atténués par le débriefing » a été spécifié par « des sentiments négatifs issus de la simulation ont été atténués par le débriefing ». Le Tableau 5 représente les énoncés modifiés à la suite des deux rondes.

Les éléments de l'en-tête de l'outil qui impliquaient le titre, les consignes et le format de réponses ont également été évalués par rapport à leur clarté. Leur pertinence n'a pas été évaluée. Dans la première ronde, ils ont obtenu des indices de clarté (IC) respectant le seuil visé, allant de 0,80 à 1,00, à l'exception d'un élément ayant eu un IC de 0,70 qui correspondait à la consigne « Évaluez chaque énoncé selon son importance pour votre expérience de débriefing ». Celle-ci a été modifiée par « Selon votre expérience du débriefing, évaluez l'importance de chaque énoncé » et réévaluée à la seconde ronde donnant un score d'IC de 1,00. L'IC-S, soit la moyenne de tous les IC des éléments de l'en-tête, est de 0,91.

La section suivante traitera des données de l'échantillon étudiant ayant évalué la version du DES-FR modifiée par cette dernière ronde de validation auprès d'experts et d'expertes en simulation clinique.

Tableau 5. – Les 20 énoncés du DES-FR après les rondes d'évaluation des experts et expertes en simulation clinique

Catégorie	Formulation initiale	Formulation modifiée – après la 1 ^{ère} ronde	Formulation modifiée – après la 2 ^e ronde
Apprendre et faire des liens	1. Le débriefing m'a aidé à faire des liens dans mes apprentissages.	1. Le débriefing m'a aidé à faire des liens.	-
	2. Le débriefing m'a été utile pour faire le point sur l'expérience de simulation.	2. Le débriefing a été utile pour consolider mon expérience de simulation.	2. Le débriefing a été utile pour faire le bilan de mon expérience de simulation.
	3. Le débriefing m'a permis d'apprendre.	-	-
	4. Le débriefing m'a aidé à trouver un sens à la simulation.	4. Le débriefing m'a aidé à comprendre la situation rencontrée en simulation.	-
	5. Le débriefing m'a permis d'obtenir des réponses à mes questions issues de la simulation.	5. J'ai obtenu des réponses à mes questions sur la simulation.	-
	6. Je suis devenu(e) plus conscient(e) de moi-même pendant le débriefing.	6. Le débriefing m'a permis de prendre conscience de mes pensées et de mes actions.	6. Le débriefing m'a permis de prendre conscience de mes sentiments , de mes pensées et de mes actions.
	7. Le débriefing m'a aidé à clarifier des problèmes.	7. Le débriefing m'a aidé à clarifier certaines difficultés.	7. Le débriefing m'a aidé à clarifier des difficultés rencontrées en simulation.
	8. Le débriefing m'a aidé à faire des liens entre la théorie et des situations réelles.	-	-
	9. Le débriefing m'a aidé à analyser mes pensées.	-	-
	10. L'animateur(trice) a renforcé certains comportements de l'équipe de soins.	10. L'animateur(trice) a renforcé certaines actions de l'équipe de soins.	10. L'animateur(trice) a renforcé certaines actions des participant(e)s.

Analyser les pensées et les sentiments	11. L'environnement physique du débriefing était confortable.	11. L'environnement physique du débriefing était confortable. <i>(N.B. : ici, on fait référence spécifiquement à l'aspect physique de l'environnement, et non à l'aspect psychologique)</i>	-
	12. Des sentiments négatifs issus de la simulation ont été résolus par le débriefing.	12. Des sentiments issus de la simulation ont été atténués par le débriefing.	12. Des sentiments négatifs issus de la simulation ont été atténués par le débriefing.
Habilité de l'animateur(trice) à diriger le débriefing	13. L'animateur(trice) m'a laissé(e) assez de temps pour verbaliser mes sentiments avant qu'il ou elle commente.	13. L'animateur(trice) m'a laissé(e) le temps pour verbaliser mes sentiments avant de commenter.	-
	14. L'animateur(trice) du débriefing a parlé juste assez durant le débriefing.	14. L'animateur(trice) n'a pas trop parlé durant le débriefing.	-
	15. Le débriefing m'a permis de réfléchir à mes actions en simulation.	-	-
	16. J'ai eu assez de temps pour débriefer en profondeur.	-	-
	17. L'animateur(trice) de débriefing était expert(e) du contenu de la simulation.	17. L'animateur(trice) était expert(e) du contenu de la simulation.	-
Accompagnement de l'animateur(trice)	18. L'animateur(trice) a donné assez d'explications pendant le débriefing.	-	-
	19. L'animateur(trice) a offert une évaluation constructive de la simulation lors du débriefing.	19. Les interventions de l'animateur étaient constructives.	-
	20. L'animateur(trice) a offert un encadrement adéquat lors du débriefing.	20. L'animateur(trice) a offert un accompagnement adéquat lors du débriefing.	-

Échantillon d'étudiants et étudiantes en sciences infirmières

Dans le cadre de cette étude, un échantillon étudiant de dernière année du programme de baccalauréat des sciences infirmières a été recruté pour évaluer la clarté de l'outil. Au total, 29 étudiants et étudiantes ont accepté d'y participer, répondant au nombre visé de 10-40 personnes étudiantes. Parmi ces derniers et dernières, 21 (72%) étaient inscrits dans le programme de formation initiale en sciences infirmières. Le Tableau 6 présente leurs caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 6. – Caractéristiques sociodémographiques des 29 étudiants et étudiantes en sciences infirmières

Caractéristiques	Moyennes et (écarts types) ou fréquences et (pourcentage)
Âge (années)	24,1 (4,1)
Genre	
Féminin	25 (86%)
Masculin	4 (14%)
Autre	-
Programme	
Formation initiale	21 (72%)
Formation intégrée DEC-BAC	8 (28%)
Campus	
A	19 (66%)
B	10 (34%)
Statut d'étude :	
Temps plein	29 (100%)
Temps partiel	-
Moyenne académique (/4.3)	3,5 (0,28)

Les étudiants et étudiantes étaient invités à évaluer l’outil DES-FR par rapport à sa clarté. Les valeurs d’IC pour les 20 énoncés du DES-FR étaient de 0,90 à 1,00, indiquant que 90 à 100% des étudiants et étudiantes ont jugé que le DES-FR était clair. L’IC-S, soit la moyenne de tous les IC, était de 0,96. Le Tableau 7 représente les valeurs des IC en fonction de chacun des énoncés de l’outil DES-Fr.

Tableau 7. – Évaluation de la clarté de l’outil DES-FR par les 29 étudiants et étudiantes en sciences infirmières

n= 29 étudiant(e)s	
Énoncés de l’outil DES-FR	IC
1. Le débriefing m’a aidé à faire des liens.	0,90
2. Le débriefing a été utile pour faire le bilan de mon expérience de simulation.	1,00
3. Le débriefing m'a permis d'apprendre.	0,93
4. Le débriefing m’a aidé à comprendre la situation rencontrée en simulation.	1,00
5. J'ai obtenu des réponses à mes questions sur la simulation.	0,97
6. Le débriefing m’a permis de prendre conscience de mes sentiments, de mes pensées et de mes actions.	1,00
7. Le débriefing m’a aidé à clarifier des difficultés rencontrées en simulation.	1,00
8. Le débriefing m’a aidé à faire des liens entre la théorie et des situations réelles.	1,00
9. Le débriefing m’a aidé à analyser mes pensées.	0,90
10. L’animateur(trice) a renforcé certaines actions des participant(e)s.	0,90
11. L’environnement physique du débriefing était confortable.	0,93
12. Des sentiments négatifs issus de la simulation ont été atténués par le débriefing.	0,97
13. L’animateur(trice) m’a laissé(e) le temps pour verbaliser mes sentiments avant de commenter.	0,93
14. L’animateur(trice) n’a pas trop parlé durant le débriefing.	0,90
15. Le débriefing m’a permis de réfléchir à mes actions en simulation.	1,00

16. J'ai eu assez de temps pour débriefer en profondeur.	0,97
17. L'animateur(trice) était expert(e) du contenu de la simulation.	0,97
18. L'animateur(trice) a donné assez d'explications pendant le débriefing.	1,00
19. Les interventions de l'animateur étaient constructives.	1,00
20. L'animateur(trice) a offert un accompagnement adéquat lors du débriefing.	1,00
Total	0,96 (IC-5)

Quelques suggestions ont été formulées de la part des étudiants et étudiantes visant à clarifier davantage certains énoncés du DES-FR. À titre d'exemple, l'énoncé n°14, l'expression « n'a pas trop parlé » a été reformulée par « il y avait un équilibre entre les moments où... ». Enfin, mentionnons que quelques commentaires généraux partagés par les étudiants et étudiantes ont fait état de la pertinence de ce projet pour améliorer leur expérience de débriefing et que l'utilisation de cet outil pourrait mieux aider les animateurs et animatrices à les accompagner. Les 20 énoncés du DES-FR formulés et modifiés à la suite des données étudiantes sont présentés dans le Tableau 8 où les modifications sont indiquées en gras.

Tableau 8. – Les 20 énoncés du DES-FR après l'évaluation des étudiants et étudiantes

Catégorie	Formulation initiale	Formulation modifiée
Apprendre et faire des liens	1. Le débriefing m'a aidé à faire des liens.	1. Le débriefing m'a aidé à faire des liens entre mes connaissances .
	2. Le débriefing a été utile pour faire le bilan de mon expérience de simulation.	-
	3. Le débriefing m'a permis d'apprendre.	-
	4. Le débriefing m'a aidé à comprendre la situation rencontrée en simulation.	-
	5. J'ai obtenu des réponses à mes questions sur la simulation.	-
	6. Le débriefing m'a permis de prendre conscience de mes sentiments, de mes pensées et de mes actions.	-
	7. Le débriefing m'a aidé à clarifier des difficultés rencontrées en simulation.	-

	8. Le débriefing m'a aidé à faire des liens entre la théorie et des situations réelles.	-
Analyser les pensées et les sentiments	9. Le débriefing m'a aidé à analyser mes pensées.	9. Le débriefing m'a aidé à analyser mes idées et mes pensées.
	10. L'animateur(trice) a renforcé certaines actions des participant(e)s.	-
	11. L'environnement physique du débriefing était confortable.	-
	12. Des sentiments négatifs issus de la simulation ont été atténués par le débriefing.	
Habilité de l'animateur(trice) à diriger le débriefing	13. L'animateur(trice) m'a laissé(e) le temps pour verbaliser mes sentiments avant de commenter.	
	14. L'animateur(trice) n'a pas trop parlé durant le débriefing.	14. Lors du débriefing, il y avait un équilibre entre les moments où l'animateur(trice) a parlé et les moments où j'ai pu parler.
	15. Le débriefing m'a permis de réfléchir à mes actions en simulation.	
	16. J'ai eu assez de temps pour débriefer en profondeur.	
	17. L'animateur(trice) était expert(e) du contenu de la simulation.	17. L'animateur(trice) maîtrisait bien le contenu de la simulation.
Accompagnement de l'animateur(trice)	18. L'animateur(trice) a donné assez d'explications pendant le débriefing.	-
	19. Les interventions de l'animateur étaient constructives.	-
	20. L'animateur(trice) a offert un accompagnement adéquat lors du débriefing.	-

Pour ce qui est des éléments de l'en-tête de l'outil (le titre, les consignes et le format de réponses), ils ont obtenu des IC variant de 0,89 à 1,00 respectant largement le seuil visé de 0,80 (Sousa et Rojjanasrirat, 2011). De manière globale, l'IC-S pour l'en-tête était de 0,96. La version intégrale de l'outil traduit, le DES-FR incluant les énoncés et les éléments de l'en-tête, est présentée à l'annexe Q.

Certains résultats de la validation de contenu méritent d'être discutés de surcroît. En ce sens, quelques énoncés ont été modifiés, principalement lors de la phase de sollicitation du panel d'experts et d'expertes en simulation clinique. Effectivement, au total, six énoncés n'ont pas pu obtenir seuils visés de l'IVC et d'IC selon cet échantillon de personnes expertes. D'abord, pour l'aspect de la pertinence de l'outil, deux énoncés soit l'énoncé n°10 et 11, ont obtenu un IVC respectivement de 0,63 et 0,75, indiquant un degré de pertinence moins élevé dans l'outil selon les experts et expertes en simulation clinique. L'énoncé n°10 « l'animateur(trice) a renforcé certaines actions de l'équipe de soins » a subi une modification pour remplacer « de l'équipe de soins » par « des participant(e)s », car il se peut que la simulation ne soit pas en équipe de soins. Pour ce qui est de l'énoncé n°11, « l'environnement physique du débriefing était confortable », celui-ci avait un IVC de 0,75 à la première ronde, soit très proche de la valeur ciblée de 0,78 (Polit et al., 2007). Nous avons inclus une précision lors de la deuxième ronde d'évaluation indiquant que cet énoncé concernait spécifiquement l'aspect physique de l'environnement où se déroule le débriefing puisqu'il semblait créer une certaine ambiguïté chez quelques experts et expertes. Cela dit, il a été conservé puisqu'aucun commentaire n'avait été formulé par les étudiants et étudiantes et que la recension des écrits avait abordé l'importance de l'environnement physique qui peut influencer les discussions et la réflexion chez la population étudiante.

Sur le plan des valeurs de clarté obtenues, quatre énoncés manquaient de clarté selon les personnes expertes en simulation clinique après les deux rondes. L'énoncé n°2, 7 et 10 avaient tous un IC=0,75 et ont eu des changements mineurs pour préciser davantage leur formulation. À cet égard, selon la perspective étudiante, à l'exception de l'énoncé n°10 qui avait un IC=0,90, les deux autres énoncés, soit l'énoncé n°2 et 7, ont obtenu un score d'IC=1,00 soulignant leur grand degré de clarté.

Par ailleurs, l'énoncé n°12, « des sentiments issus de la simulation ont été atténués par le débriefing » avait un IC=0,50, après l'évaluation de la deuxième ronde des experts et expertes en simulation clinique. Ceci est surprenant, puisque l'énoncé n°12 a obtenu un IC de 0,97 auprès de la population cible, soit les étudiants et étudiantes en sciences infirmières. Cela pourrait s'expliquer par le fait que cet énoncé évalué par les experts et expertes était formulé par « Des sentiments issus de la simulation ont été atténués par le débriefing », soulevant la question si on

souhaite atténuer tous les sentiments. En effet, le mot « atténués » ne correspondait pas avec l'idée des sentiments, surtout s'ils sont positifs. Par conséquent, la tendance des commentaires reçus indiquait de préciser que ce sont des sentiments « négatifs » atténués. Ainsi, la formulation évaluée par les étudiants et étudiantes était plutôt avec l'expression des « sentiments négatifs » ce qui rendait l'énoncé plus clair.

Par ailleurs, les formulations des énoncés du DES-FR ont subi une adaptation culturelle au travers des suggestions retenues provenant des personnes expertes et étudiantes sollicitées dans l'étude. En effet, soulignons que les membres de l'équipe de recherche et le panel d'experts et d'expertes en simulation clinique étaient associés à au moins une université québécoise. Dans cette même veine, l'outil traduit a été adapté selon la population étudiante inscrite à une université francophone du Québec. Cette proximité avec une institution de formation québécoise de l'échantillon d'experts et expertes ainsi que de l'échantillon étudiant ayant évalué l'outil traduit a favorisé une adaptation culturelle québécoise du DES-FR.

Dans un autre ordre d'idées, outre les valeurs quantitatives, des suggestions qualitatives par l'échantillon étudiant étaient intéressantes. À cela une des personnes participantes étudiantes a partagé un commentaire général mentionnant un ressenti de jugement lors de quelques débriefings auxquels elle a participé. Ici, le concept de la sécurité psychologique est interpellé. À titre de rappel, la sécurité psychologique, selon Lioce et al. (2020) permet aux étudiants et étudiantes d'être à l'aise dans l'expression et le partage de leurs réflexions sans la crainte de conséquences négatives. Dans l'outil DES-FR, des énoncés touchent à la sécurité psychologique, notamment les deux dernières catégories d'énoncés intitulées « Analyser les pensées et les sentiments » et « Habileté de l'animateur(trice) à diriger le débriefing ». En ce sens, la sécurité psychologique est essentielle à la réalisation d'un débriefing dans un environnement d'apprentissage sécuritaire (Lopreiato et Sawyer, 2015; Oriot et al., 2018; Rudolph et al., 2014; Sawyer et al., 2016). Ainsi, ce commentaire met l'accent sur l'importance du rôle de l'animateur et l'animatrice. D'ailleurs, une catégorie spécifique intégrée dans l'outil DES-FR est dédiée à l'accompagnement de l'animateur ou l'animatrice dans la période de débriefing.

Ces deux aspects, soit la sécurité psychologique et l'animation, interpellent le cadre de référence antérieurement abordé dans la recension des écrits. En effet, des considérations conceptuelles sont pertinentes à réaliser. En ce sens, les cinq thèmes issus de l'étude de Fey et al. (2014) ont pu décrire la perception des étudiants et étudiantes en sciences infirmières en contexte de débriefing : 1) environnement sécuritaire ; 2) explorer les pensées du groupe ; 3) rétroaction de différentes perspectives ; 4) « tous ensemble » et 5) l'animation du groupe. De manière très succincte, le premier thème de l'environnement sécuritaire interpelle, entre autres, la sécurité psychologique. Le troisième thème inclut notamment l'animateur ou l'animatrice qui intervient dans une optique de critique constructive. Le dernier thème rappelle l'animation qui se doit de favoriser un environnement positif de participation et d'apprentissage. Ces thèmes renforcent l'idée d'intégrer le DES-FR dans les séances de débriefing pour obtenir la perception des étudiants et étudiantes sur ces points qu'ils considèrent fondamentaux.

Traduction et validation du DES (Reed, 2012) dans les autres langues

Le DES (Reed, 2012) a été traduit dans quelques autres langues et une comparaison avec les études est intéressante à établir. D'abord, la version originale américaine du DES a considéré la validité de contenu avec l'aide de trois infirmières expertes en simulation clinique de renommée nationale qui ont évalué l'outil par rapport à son contenu et ont proposé des modifications à l'outil, sans donner lieu à des indices de validité de contenu (Reed, 2012). Similairement, la version norvégienne a établi une validité de contenu de l'outil en sollicitant l'implication de trois experts en simulation et en formation infirmière, sans avoir obtenu des indices de validité de contenu (Tosterud et al., 2015). Notre démarche se distingue par l'implication d'un plus grand panel d'experts et d'expertes en simulation clinique en plus d'avoir établi des indices de validité de contenu de notre outil DES-FR.

À la suite de la validation de contenu norvégienne, seulement des modifications sémantiques et conceptuelles ont été apportées sans que celles-ci soient divulguées dans l'article. Toutefois, après les autres tests psychométriques conçus, les chercheurs et chercheuses ont retiré deux énoncés puisque les auteurs mentionnent que cet outil pourrait mieux évaluer le débriefing en réduisant ses sous-échelles (Tosterud et al., 2015) : « *the facilitator allowed me enough time to*

verbalize my feelings before commenting » et « *unsettled feelings from the simulation were resolved by debriefing* ». Dans le DES-FR, ces deux énoncés correspondent à l'énoncé n°12 et n°13 ayant été traduits respectivement par : « Des sentiments négatifs issus de la simulation ont été atténués par le débriefing » et « L'animateur(trice) m'a laissé(e) le temps pour verbaliser mes sentiments avant de commenter ». Pour le DES-FR, l'énoncé n°12 a eu un IVC de 1,00 aux deux rondes et l'énoncé n°13 un IVC de 1,00, sans être évalué à la deuxième ronde.

Dans cette même veine, l'équipe portugaise ayant fait sa propre traduction a obtenu quatre énoncés avec un IVC en bas de 0,80 (dos Santos Almeida et al., 2016). Ces énoncés avec un faible IVC n'incluaient pas les énoncés n°12 et n°13. Toutefois, l'IVC-S ne semble pas avoir été calculé. De plus, à titre comparatif, une version récente du DES (Reed, 2012) a été réalisée en chinois traditionnel avec une valeur d'IVC-S de 0,94 (Xie et al., 2022). Cette dernière dépasse légèrement notre valeur d'IVC-S obtenue de 0,93, indiquant que la version québécoise et chinoise du DES (Reed, 2012) ont une bonne validité de contenu. Enfin, très récemment, des chercheurs et chercheuses espagnols ont effectué leur propre version de l'outil DES, mais n'ont pas considéré la validité de contenu dans leur étude (Farrés-Tarafa et al., 2022). Le DES-FR semble avoir des données quantitatives qui appuient la pertinence et la clarté de son outil. Cependant, contrairement à notre étude, ces études traduisant et adaptant leur propre version du DES (Reed, 2012) ont réalisé une mise à l'essai de leur version auprès de la population cible.

Somme toute, l'outil a été traduit par quatre traducteurs différents ainsi que l'équipe de recherche pour donner lieu à une version française de l'outil intitulée DES-FR. Sur le plan quantitatif, la valeur d'IVC-S de 0,93 du DES-FR étant satisfaisante puisqu'elle dépasse le seuil visé de 0,90 (Polit et al., 2007). Elle suggère une bonne validité de contenu de l'outil du point de vue des experts et expertes en simulation ($n=10$). Autrement dit, les énoncés du DES-FR reflètent le contenu complet du construit à l'étude, soit l'expérience du débriefing selon les étudiants et étudiantes en sciences infirmières. À cet égard, des étudiants et étudiantes en sciences infirmières ($n=29$) ont également évalué le DES-FR par rapport sa clarté et les valeurs d'IC des énoncés ont été de 0,90 à 1,00 avec un IC-S de 0,96. Tout au long des étapes de la méthode, des énoncés ont été modifiés en concordance aux commentaires, suggestions et valeurs d'IVC et d'IC.

Considérations méthodologiques

Pour répondre au but ciblé, l'étude a pris appui sur les recommandations de Sousa et Rojjanasrirat (2011) qui découlent d'une synthèse des principales approches méthodologiques pour la traduction, l'adaptation et la validation d'outils pour la recherche en santé. Alors que les résultats ont été présentés et discutés, cette section abordera plus spécifiquement les aspects méthodologiques inhérents au processus de traduction, d'adaptation et de validation de contenu du DES-FR tout en discutant des forces et des limites de l'étude.

D'entrée de jeu, sur le plan de la traduction, une force est à souligner est le respect des critères ciblés pour les traducteurs qui ont été acheminés clairement aux firmes de traduction. De plus, le concept d'indépendance a été bien conservé, et ce, à différents moments du processus : l'indépendance entre les deux traducteurs qui ont traduit l'outil de l'anglais au français, l'indépendance entre les membres de l'équipe de recherche quant à la réalisation de leur version de traduction individuelle et l'indépendance entre les deux traducteurs ayant effectué la rétrotraduction de l'outil. Par conséquent, les traducteurs ne s'influencent pas dans le choix des mots et les différences entre leur parcours rendent les versions de traductions plus riches et complémentaires. En outre, mentionnons que nous avons sollicité les deux firmes de traduction différentes pour éviter que la rétrotraduction soit réalisée par les mêmes traducteurs initiaux ou qu'il y ait une influence auprès du même personnel.

Bien que cela soit considéré comme une étape non essentielle, mais fortement suggérée, l'une des forces méthodologiques de notre étude est l'inclusion d'un panel d'experts et d'expertes spécialisés en simulation clinique pour évaluer l'outil DES-FR. Cette approche s'apparente à la méthode Delphi (Okoli et Pawlowski, 2004) ayant des forces intéressantes. En effet, cette technique de communication structurée qui se base sur l'avis d'un panel d'experts et d'expertes se distingue des autres techniques de communication de groupe. Dans un premier temps, elle a sollicité l'implication d'experts et d'expertes dans un domaine précis, qui dans notre étude, était relié à la simulation clinique. Dans un deuxième temps, elle offre la possibilité de travailler à distance, de manière électronique, sans qu'ils et elles aient besoin de se rencontrer en personne (Ekionea et al., 2011; Okoli et Pawlowski, 2004). Dans un troisième temps, les répondants et

répondantes sollicités ont pu réfléchir au problème au travers des rondes de cette méthode, ce qui augmente la validité des données (Fink-Hafner et al., 2019). En outre, il a été possible de recruter le nombre maximal ciblé de personnes expertes en simulation clinique, conformément à la méthode de Sousa et Rojjanasrirat (2011) qui constitue une synthèse des approches méthodologiques hautement recommandées pour traduire, adapter et valider les outils de recherche sur les soins de santé.

Par ailleurs, en suivant la méthode de Sousa et Rojjanasrirat (2011), rappelons que nous avons sollicité la participation des étudiants et étudiantes pour évaluer la clarté de l'outil traduit et adapté, qui était une étape fondamentale. Le nombre de personnes étudiantes ciblées a été atteint et la participation de ces dernières a été complète.

Toutefois, cette étude a également été sujette à des limites. D'abord, pour des raisons de pertinence, de faisabilité et de temps, seulement la validation de contenu a été effectuée pour mesurer la validité de l'outil traduit et adapté. Les autres propriétés psychométriques n'ont donc pas été considérées. Cela dit, selon le COSMIN, la validité du contenu est la propriété de mesure la plus importante mais s'avère également la plus ardue à évaluer (Terwee et al., 2018).

Par ailleurs, solliciter l'avis des experts et expertes pour la validité de contenu est souvent une approche intuitive plutôt que rationnelle (Ekionea et al., 2011). Il n'y a pas de guides ou des consensus sur les standards de pratique sur comment interpréter et analyser les résultats et comment sélectionner les experts et expertes. Malgré l'obtention d'un niveau de participation suffisant auprès de ces derniers et dernières, il importe de mentionner que la méthode Delphi est vulnérable au retrait de participation, ce qui explique le retrait de deux personnes à la deuxième ronde. En outre, bien que des étudiants et étudiantes aient pu évaluer la clarté de l'outil, il n'en demeure pas moins qu'il manque une mise à l'essai du DES-FR auprès de la population cible. À cela, il serait pertinent que la mise à l'essai soit réalisée avec un échantillon plus grand.

Dans un autre ordre d'idées, les résultats d'IC variant de 0,90 à 1,00 ainsi que la valeur d'IC-S de 0,96 indiquent que l'outil DES-FR, dans son ensemble, est perçu comme clair selon les étudiants et étudiantes. En effet, tous les énoncés ont dépassé le seuil visé d'IC selon les personnes étudiantes recrutées. À cela, une réflexion au regard de la performance académique générale de

l'échantillon étudiant dans le programme de formation est intéressante à établir. Les 29 étudiants et étudiantes sondés ont, en moyenne, une moyenne académique de 3,5 ($\pm 0,28$) sur l'échelle de notation universitaire de 4,3. Selon le bureau du registraire de l'université ciblée pour le recrutement de cette population étudiante, une valeur numérique de 3,5 au cheminement de premier cycle est considérée entre « très bon » à « excellent ». Par conséquent, il est légitime de penser que cet échantillon étudiant en particulier se distingue sur le plan académique. Il est possible que certaines données d'IC aient été évaluées à la hausse remettant en question la clarté de l'outil dans un cas de représentativité d'une cohorte étudiante complète. De plus, il importe de préciser que les étudiants et étudiantes recrutés provenaient du même milieu universitaire. De ce fait, cette homogénéité est à considérer et constitue une limite.

Finalement, rappelons que la méthode suivie est celle de Sousa et Rojjanasrirat (2011) qui constitue une synthèse des approches méthodologiques hautement recommandées pour traduire, adapter et valider les outils de recherche sur les soins de santé. Bien que la démarche employée soit rigoureuse, elle demeure contextualisée. Autrement dit, les résultats obtenus sont influencés par certaines décisions telles que les traducteurs et traductrices impliqués dans le processus de traduction et les suggestions textuelles retenues des énoncés du DES-FR provenant du panel d'experts et d'expertes et de l'échantillon étudiant.

Retombées potentielles

Afin d'améliorer l'utilisation de la simulation clinique, il importe de se questionner sur la qualité des débriefings et surtout sur la perception qu'en ont les étudiants et étudiantes. À cet effet, le DES (Reed, 2012) évalue l'expérience du débriefing selon les étudiants et étudiantes, mais n'était pas disponible en français et par conséquent une traduction française québécoise fut nécessaire pour qu'il soit adapté au contexte et à la population auprès de qui on souhaite l'utiliser. Ainsi, la réalisation de ce projet de recherche a pu donner lieu, à notre connaissance, au premier outil en français destiné aux étudiants et étudiantes en contexte de débriefing post simulation clinique. Nous avons donc répondu à notre but ciblé au départ, soit celui de traduire, adapter et valider le contenu d'un outil évaluant la qualité du débriefing en simulation des étudiants et étudiantes en

sciences infirmières. Il s'agit d'une contribution significative dans la francophonie où la disponibilité des outils traduits en français et validés est rarissime.

Cette étude pourrait avoir des retombées intéressantes pour la pratique et les sciences infirmières. Dans un premier temps, la concrétisation de ce projet de recherche a pu mettre à disposition comme retombée immédiate un premier outil en français et adapté au contexte québécois qui évalue le débriefing selon la perspective étudiante. Le DES-FR a également fait l'objet d'une validation de contenu qui ajoute une valeur psychométrique à l'outil traduit. Ce dernier pourra donc être utilisé par les instances francophones de formation pour répondre à un besoin d'information sur la qualité des débriefings, telle que perçue par les étudiants et étudiantes en sciences infirmières.

Cette initiative est en adéquation avec le paradigme d'apprentissage positionnant l'étudiant et l'étudiante au centre de ses apprentissages (Tardif et Presseau, 1998). Ainsi, l'outil DES-FR permettra éventuellement l'obtention des données sur la qualité du débriefing en simulation en plus de favoriser un environnement d'apprentissage centré sur les étudiants et étudiantes. En ce sens, la population étudiante pourra partager sa perception après la simulation clinique sur son expérience d'apprentissage en débriefing, sur la considération de leurs pensées et leurs sentiments, sur l'habileté de l'animateur et l'animatrice à diriger le débriefing ainsi que son accompagnement tout au long de cette période de débriefing. La collecte de ses données grâce à cet outil constituera un élément essentiel à l'amélioration continue de la formation. Toutefois, il y a un équilibre à conserver entre les commentaires étudiants et intentions pédagogiques des formateurs et formatrices qui sera abordé plus loin dans la discussion.

En outre, la traduction et l'adaptation de l'outil en français et au contexte québécois s'inscrivent dans une forme d'inclusion linguistique en offrant la disponibilité d'un outil d'évaluation à la communauté francophone. Enfin, soulignons que ce projet pourrait être utile en contexte clinique, dans les programmes de stage ou de formation du personnel infirmier intégrant des séances de simulations suivies de débriefings.

Recommandations en sciences infirmières

Cette étude s'inscrit dans un cadre universitaire et par conséquent, les quatre domaines des sciences infirmières seront abordés. De ce fait, il sera question dans cette section des recommandations ciblées pour la recherche infirmière, la formation, la pratique et la gestion. Les recommandations seront formulées dans un premier temps de manière plus proximale à cette étude et subséquemment de façon distale au sujet de recherche.

La recherche en sciences infirmières

Tel qu'abordé dans les limites méthodologiques, il est recommandé que cet outil fasse l'objet d'une étude ultérieure pour mettre à l'essai le DES-FR dans un contexte de simulation clinique. En effet, selon la dernière étape des recommandations de Sousa et Rojjanasrirat (2011), il serait fort pertinent de tester l'outil auprès des étudiants et étudiantes en sciences infirmières en contexte de débriefing d'une simulation clinique avec un plus grand échantillon. À cela, pour les approches psychométriques, il pourrait être intéressant d'évaluer la cohérence interne et la stabilité test-retest pour établir la fidélité de l'outil. De plus, il serait utile de tester la validité de construit, plus précisément la validité structurelle en explorant la structure factorielle du DES-FR.

Sur une visée plus distale, il importe de mentionner qu'avec les différences qui existent dans le monde au niveau populationnel, culturel, de la formation des professionnels et professionnelles de la santé et de la prestation des soins, les outils de recherche sur les soins de santé doivent être traduits, adaptés à la population visée et validés (Hilton et Skrutkowski, 2002; Sousa et Rojjanasrirat, 2011; Sperber, 2004). Réaliser la traduction, l'adaptation et la validation de questionnaires, d'échelles, d'outils ou d'instruments requiert une planification minutieuse pour obtenir des mesures fiables et valides. D'ailleurs, une mauvaise traduction peut mener à une collecte de données de faible qualité (Kalfoss, 2019). Ainsi, il est nécessaire que les chercheurs suivent une approche méthodologique rigoureuse pour traduire, adapter et valider les outils en santé. Le domaine de la simulation clinique ne fait pas exception. À cet égard, plus d'études visant l'amélioration de la validité et la fiabilité des outils d'évaluation du débriefing en sciences infirmières devraient être réalisées (Alhaj Ali et Musallam, 2018). Par le fait même, dans une perspective de rigueur et de transparence, les auteurs et auteures d'études méthodologiques

sont invités à divulguer les spécificités reliées au processus de traduction et d'adaptation pour les outils, instruments, échelles ou questionnaires traduits et adaptés, notamment le processus d'analyse des versions de traductions.

Dans cette optique, nous recommandons la réalisation de plus d'études de développement méthodologique ou des projets de recherche portant sur les devis méthodologiques pour les sciences infirmières. La discipline des sciences infirmières détient son propre champ d'expertise, des assises disciplinaires ainsi que ses concepts centraux uniques, influençant le domaine de la recherche et dictant des angles d'études distinctifs (Pepin et al., 2017). De ce fait, il est fort pertinent d'adapter les outils de recherche et de développer, au besoin, des outils ciblés aux besoins infirmiers.

Par ailleurs, nous avons mentionné dans la recension des écrits un écart entre le nombre de devis de recherches ciblant les formateurs et formatrices comparativement aux étudiants et étudiantes en matière d'outils existants en contexte de débriefing. Dans cette même lignée, il a été mentionné que peu d'études s'intéressent à la perception étudiante du débriefing. De ce fait, il serait pertinent de diminuer cet écart en incluant davantage de participants étudiants et de participantes étudiantes dans les devis de recherche futurs ciblant le débriefing pour les aspects novateurs à venir.

La formation en sciences infirmières

Suivant la validation psychométrique, nous recommandons l'utilisation du DES-FR en contexte de débriefing lors des simulations cliniques pour permettre de donner une voix aux étudiants et étudiantes quant à leur perception de la qualité du débriefing. Le DES-FR permettra d'obtenir des données provenant de la population étudiante et facilitera la mise en application de normes de pratiques de l'INACSL Standards Committee, Decker, et al. (2021). En effet, parmi les points recommandés, il est question de réaliser un débriefing adaptable en permettant des modifications dans l'approche et l'accompagnement auprès des étudiants et étudiantes. L'utilisation de cet outil se justifie également par le courant actuel positionnant l'étudiant au centre de son apprentissage. Ha (2018) soutient d'ailleurs l'idée d'une co-construction des méthodes pédagogiques des étudiants et étudiantes avec les formateurs et formatrices. Cela

étant dit, selon une vision réaliste et concrète, un certain équilibre doit exister entre la considération des suggestions étudiantes et celles planifiées par les personnes formatrices.

Il est recommandé de bien expliquer la pertinence et l'utilité d'un tel outil pour les étudiants et étudiantes. En effet, faire une bonne promotion de cet outil constituera un facteur de réussite dans son utilisation, afin qu'il ne soit pas considéré comme une tâche, un devoir ou une évaluation sommative. En se basant sur le principe de signifiante de Lasnier (2014) dans l'approche par compétence, il importe alors d'expliquer à la population étudiante pourquoi il est pertinent de prendre le temps de compléter l'outil DES-FR pour avoir leur engagement. En identifiant la pertinence de leur implication après le débriefing, les étudiants et étudiantes pourront être plus motivés, ce qui stimulera leur participation.

Pour donner appui à l'idée qui précède, il est intéressant de se pencher sur le nouveau modèle de Kirkpatrick et Kirkpatrick (2016). Ce modèle nous conscientise quant à l'importance de considérer la « réaction » des apprenants dans un contexte de formation. En effet, cela permet de déterminer dans quelle mesure ils vont s'investir dans leurs apprentissages. Mentionnons que ce modèle implique quatre niveaux : 1) réaction; 2) connaissances; 3) comportements et 4) résultats. Donc, avant de valider s'il y a de nouvelles connaissances qui sont acquises ou de nouveaux comportements qui sont adaptés ou si des résultats sont obtenus, il importe de s'attarder à la réaction des étudiants et étudiantes. Ceci n'inclut pas uniquement la question de la satisfaction des personnes étudiantes, mais également la pertinence du contenu et leur engagement. Par conséquent, cela mise sur l'importance de tenir compte de l'expérience des étudiants et étudiantes dans ce contexte de débriefing avant d'identifier leurs connaissances, leurs acquis et leurs comportements qui ont été modifiés par la simulation clinique. Pour cela, l'outil traduit, adapté et validé nous permettra de connaître le niveau d'appréciation de l'expérience de débriefing des étudiants et étudiantes.

Le débriefing constitue une partie cruciale des simulations cliniques et devrait suivre les normes de pratiques de l'INACSL Standards Committee, Decker, et al. (2021). En prenant appui sur les écrits empiriques et le cadre conceptuel abordé et les résultats obtenus, les concepts reliés à la sécurité psychologique et la qualité de l'animation sont fondamentaux. À cet égard, plusieurs

énoncés du DES-FR concernent l'encadrement de l'animateur ou l'animatrice. Les données obtenues par les étudiants et étudiantes à cet effet pourront, au besoin, indiquer les points à améliorer dans l'animation.

La pratique infirmière

Cette étude cible la formation infirmière et influencera également la pratique clinique des futurs infirmiers et infirmières. La simulation clinique contribue à l'acquisition des connaissances chez les étudiants et étudiantes et au développement de leurs compétences cliniques, tout en améliorant leurs habiletés et comportements (Coppens et al., 2018; Eyikara et Baykara, 2017; La Cerra et al., 2019; Orique et Phillips, 2018; Wickers, 2010).

En prenant appui sur les résultats de notre étude, il serait pertinent d'intégrer l'outil DES-FR à la suite des simulations réalisées en milieu clinique pour les stagiaires. De surcroît, le DES-FR pourrait également être utile pour les formations ayant des simulations cliniques destinées au personnel infirmier, mais en tenant compte des recommandations de l'auteur original du DES, Reed (2012), une réévaluation de la fidélité de l'outil devrait être réalisée si la population est différente des étudiants et étudiantes en sciences infirmières. Le DES-FR sera un bon indicateur de la qualité des débriefings selon la perception des étudiants et étudiantes. Par conséquent, son utilisation contribuera à l'amélioration de la formation, en permettant d'ajuster différents éléments selon les réels besoins d'apprentissages de ces futurs professionnels et professionnelles de la santé. En ce sens, mener des séances de débriefing de qualité permettra de corriger ou de rectifier les actions des étudiants et étudiantes sur leur savoir-faire, leur savoir agir et le savoir-être avant d'intégrer le milieu clinique.

Conformément à ce qui précède, dans une profession qui vise la qualité et la sécurité des soins, les futurs infirmiers et infirmières participant à des simulations cliniques pourront donner leur perception par rapport à cette période d'échanges cruciale et bénéficier d'un contexte d'apprentissage optimal. S'assurer de former une relève de demain compétente est impératif pour répondre aux nécessités de santé de la population actuelle vieillissante aux besoins complexes.

La gestion en sciences infirmières

Pour concrétiser les recommandations formulées pour la formation et la pratique clinique, des stratégies de gestion sont nécessaires. D'entrée de jeu, dans le milieu de l'enseignement, les gestionnaires académiques en collaboration avec les formateurs et formatrices sont invités à planifier et promouvoir des formations de débriefing pour les futurs animateurs et animatrices (So et al., 2019). Libérer ces derniers et dernières pour suivre des formations ou mettre à disposition des formations asynchrones sont des stratégies gagnantes.

L'étude de Ha (2018) a pu mettre en avant que si l'opportunité leur est donnée, les étudiants et étudiantes sont en mesure d'ajouter une contribution significative à la formation infirmière. C'est ce que permet de faire le DES-FR pour pouvoir améliorer les débriefings en contexte de simulation clinique. Il importe alors pour le personnel pédagogique de mobiliser les ressources humaines et matérielles nécessaires pour faciliter la complétion de l'outil DES-FR.

Conjointement à cela, il faudra organiser des moments pour la lecture et la considération des commentaires reçus par les étudiants et étudiantes grâce à l'outil DES-FR. Des ajustements relatifs aux séances de débriefings seront certainement essentiels à la suite des suggestions étudiantes. Une organisation au sein du personnel pédagogique sera utile pour créer des moments de rencontres et de discussion afin de cibler les améliorations à considérer pour les prochains débriefings.

Pour favoriser une meilleure implantation en contexte clinique, des stratégies organisationnelles sont également utiles. Il est recommandé de sensibiliser les gestionnaires pour introduire l'outil DES-FR à la fin des simulations cliniques offertes dans les programmes de formation cliniques. Une discussion avec des parties prenantes notamment au sein de la direction des soins infirmiers des instances cliniques est nécessaire pour expliquer la pertinence d'une telle intervention. Dans l'ensemble, les quatre domaines jouent un rôle significatif dans le perfectionnement de la simulation clinique, plus précisément dans la bonne conduite des périodes de débriefings.

Conclusion

Le débriefing devrait suivre chaque simulation pour que les étudiants et étudiantes échangent sur leurs sentiments et réfléchissent à leur expérience en présence d'un animateur ou d'une animatrice. Afin d'assurer une expérience de débriefing favorisant l'apprentissage, il est essentiel de considérer des facteurs tels que la sécurité psychologique et la qualité de l'animation. Ces facteurs ne sont généralement pas évalués par les étudiants en raison de l'absence d'outils valides et fiables en français. En effet, bien que la simulation clinique soit une méthode d'enseignement répandue dans les établissements universitaires, collégiaux et cliniques et que celle-ci fasse l'objet d'investissements financiers importants, on dispose de peu d'information sur la qualité des débriefings, telle que perçue par les étudiants et étudiantes. Pourtant, il s'agit de l'aspect le plus crucial pour assurer l'efficacité de la simulation. Il est donc essentiel qu'ils et elles aient accès à un outil en français, adapté au contexte de formation québécois et validé pour obtenir des données fiables sur la qualité du débriefing, tel qu'ils et elles la perçoivent, lors des simulations cliniques.

Nous avons donc traduit, adapté et validé le contenu de l'outil DES (Reed, 2012) pour donner lieu à une version française et adaptée au contexte québécois, soit le DES-FR. Des données relatives à la pertinence et la clarté des énoncés de l'outil obtenus de la part d'un échantillon d'experts et d'expertes en simulation clinique ainsi que d'étudiants et étudiantes en sciences infirmières ont pu indiquer que l'outil a une bonne validité de contenu et qu'il est clair pour la population cible étudiante.

Il est recommandé d'intégrer l'outil DES-FR dans les instances de formation francophones en sciences infirmières au Québec. Toutefois, une mise à l'essai de cet outil devra faire l'objet d'une étude ultérieure tout en évaluant d'autres propriétés psychométriques. Par le fait même, selon une perspective multidisciplinaire, il serait fort intéressant de réaliser une version du DES-FR pour les étudiants et étudiantes du domaine de la santé.

Références bibliographiques

- Aebbersold, M., Mariani, B. et Cherara, L. (2018). Do Experts and Novices Agree? A Qualitative Review of the 2016 INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Reviewer Feedback. *Clinical Simulation in Nursing*, 25, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.09.007>
- Al Sabei, S. D. et Lasater, K. (2016). Simulation debriefing for clinical judgment development: A concept analysis. *Nurse Education Today*, 45, 42-47. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.008>
- Alhaj Ali, A. et Musallam, E. (2018). Debriefing Quality Evaluation in Nursing Simulation-Based Education: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 16, 15-24. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.09.009>
- Arora, S., Ahmed, M., Paige, J., Nestel, D., Runnacles, J., Hull, L., Darzi, A. et Sevdalis, N. (2012, Dec). Objective structured assessment of debriefing: bringing science to the art of debriefing in surgery. *Annals of Surgery*, 256(6), 982-988. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182610c91>
- Beament, T. et Venville, G. (2016). *By Heart: A study of undergraduate nursing students' confidence to perform cardiopulmonary resuscitation when simulation is used as a teaching tool*. <https://www.southampton.ac.uk/~assets/doc/health-sciences/WPHS/TB%20By%20heart%20.pdf>
- Boet, S., Granry, J.-C. et Savoldelli, G. (2013). *La simulation en santé. De la théorie à la pratique*. Springer.
- Brett-Fleegler, M., Rudolph, J., Eppich, W., Monuteaux, M., Fleegler, E., Cheng, A. et Simon, R. (2012). Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare: Development and Psychometric Properties. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 7(5), 288-294. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3182620228>
- Cheng, A., Grant, V., Dieckmann, P., Arora, S., Robinson, T. et Eppich, W. (2015). Faculty Development for Simulation Programs: Five Issues for the Future of Debriefing Training. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 10(4), 217-222. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000090>
- Cheng, A., Grant, V., Huffman, J., Burgess, G., Szyld, D., Robinson, T. et Eppich, W. (2017). Coaching the Debriefers: Peer Coaching to Improve Debriefing Quality in Simulation Programs. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 12(5), 319-325. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000232>

- Cheng, A., Rodgers, D. L., van der Jagt, E., Eppich, W. et O'Donnell, J. (2012). Evolution of the Pediatric Advanced Life Support course: Enhanced learning with a new debriefing tool and Web-based module for Pediatric Advanced Life Support instructors. *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(5), 589-595. <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3182417709>
- Chiniara, G., Cole, G., Brisbin, K., Huffman, D., Cragg, B., Lamacchia, M. et Norman, D. (2013). Simulation in healthcare: A taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Medical Teacher*, 35(8), e1380-e1395. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.733451>
- Cockerham, M. E. (2015). Effect of Faculty Training on Improving the Consistency of Student Assessment and Debriefing in Clinical Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(1), 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2014.10.011>
- Coppens, I., Verhaeghe, S., Van Hecke, A. et Beeckman, D. (2018). The effectiveness of crisis resource management and team debriefing in resuscitation education of nursing students: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 77-85. <https://doi.org/10.1111/jocn.13846>
- Coutinho, V. R. D., Martins, J. C. A. et Pereira, F. (2016). Structured debriefing in nursing simulation: students' perceptions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(9), 127-134. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n9p127>
- Decker, S., Fey, M., Sideras, S., Caballero, S., Rockstraw, L., Boese, T., Franklin, A. E., Gloe, D., Lioce, L., Sando, C. R., Meakim, C. et Borum, J. C. (2013). Standards of Best Practice: Simulation Standard VI: The Debriefing Process. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6, Supplement), S26-S29. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.008>
- Dileone, C., Chyun, D., Diaz, D. A. et Maruca, A. T. (2020). An Examination of Simulation Prebriefing in Nursing Education: An Integrative Review. *Nursing Education Perspectives*, 41(6), 345-348. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000689>
- dos Santos Almeida, R. G., Mazzo, A., Amado Martins, J. C., Dias Coutinho, V. R., Jorge, B. M. et Costa Mendes, I. A. (2016). Validation to Portuguese of the Debriefing Experience Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 658-664. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690413i>
- Dreifuerst, K. T. (2012). Using Debriefing for Meaningful Learning to Foster Development of Clinical Reasoning in Simulation. *Journal of Nursing Education*, 51(6), 326-333. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120409-02>

- Ekionea, J. B., Bernard, P. et Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives*, 29(3), 168-192. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29\(3\)/RQ_29\(3\)_Bouto-et-al.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero29(3)/RQ_29(3)_Bouto-et-al.pdf)
- Eppich, W. et Cheng, A. (2015). Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): Development and Rationale for a Blended Approach to Health Care Simulation Debriefing. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 10(2), 106-115. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000072>
- Eyikara, E. et Baykara, Z. G. (2017). The Importance of Simulation in Nursing Education. *World Journal on Educational Technology: Current Issues*, 9(1), 2-7. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1141174>
- Fanning, R. M. et Gaba, D. M. (2007). The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 2(2). <https://doi.org/10.1097/SH.0b013e3180315539>
- Fanning, R. M. et Gaba, D. M. (2014). Debriefing. Dans D. M. Gaba, K. J. Fish, S. K. Howard et A. Burden (dir.), *Crisis management in anesthesiology* (2^e éd., p. 65-87). Elsevier Saunders.
- Farrés-Tarafa, M., Julian, D. B., Lorenzo-Seva, U., Hurtado-Pardos, B., Raurell-Torredà, M., Casas, I., Carballedo-Pulido, J. et Roldán-Merino, J. (2022). Cultural adaptation, translation and validation of the Spanish version Debriefing Experience Scale. *PLOS ONE*, 17(5), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267956>
- Fey, M. K. (2014). *Debriefing Practices in Nursing Education Programs in the United States* (publication n° 3621880) [thèse de doctorat, University of Maryland]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/docview/1545890423?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true#>
- Fey, M. K., Scrandis, D., Daniels, A. et Haut, C. (2014). Learning Through Debriefing: Students' Perspectives. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(5), e249-e256. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.12.009>
- Fink-Hafner, D., Dagen, T., Doušak, M., Novak, M. et Hafner-Fink, M. (2019). Delphi Method: strengths and weaknesses. *Metodoloski zvezki*, 16(2), 1-9. https://bib.irb.hr/datoteka/1034629.Fink-Hafner_at_al_-_Delphi_Method_Strengths_and_Weaknesses.pdf

- Forneris, S. G., Neal, D. O., Tiffany, J., Kuehn, M. B., Meyer, H. M., Blazovich, L. M., Holland, A. E. et Smerillo, M. (2015). Enhancing Clinical Reasoning Through Simulation Debriefing: A Multisite Study. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 304-310. <https://doi.org/10.5480/15-1672>
- Forouzi, M. A., Heidarzadeh, A., Kazemi, M., Jahani, Y. et Afeshari, M. (2016). Comparison of the combined based with the mannequin based simulation models in self efficacy, performance and satisfaction of nursing students on cardiopulmonary resuscitation. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 6(1), 69-73. <https://doi.org/10.5958/2349-2996.2016.00014.8>
- Frandsen, A. et Lehn-Christiansen, S. (2020). Into the black-box of learning in simulation debriefing: A qualitative research study. *Nurse Education Today*, 88, 104373. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104373>
- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality and Safety*, 13(suppl 1), i2-i10. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.009878>
- Ha, L. (2018). *Coconstruction avec des étudiantes et des formatrices d'une intervention pédagogique pour l'apprentissage du leadership clinique infirmier tôt dans la formation initiale* [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21813/Ha_Laurence_2018_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Hagger-Johnson, G. (2014). *Introduction to research methods and data analysis in the health sciences* (1^e éd.). Routledge.
- Hall, K. et Tori, K. (2017). Best Practice Recommendations for Debriefing in Simulation-Based Education for Australian Undergraduate Nursing Students: An Integrative Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(1), 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.10.006>
- Hilton, A. et Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: development and testing processes. *Cancer Nursing*, 25(1), 1-7. <https://doi.org/10.1097/00002820-200202000-00001>
- Hippe, D. S., Umoren, R. A., McGee, A., Bucher, S. L. et Bresnahan, B. W. (2020). A targeted systematic review of cost analyses for implementation of simulation-based education in healthcare. *SAGE Open Medicine*, 8. <https://doi.org/10.1177/2050312120913451>
- Husebø, S. E., Dieckmann, P., Rystedt, H., Søreide, E. et Friberg, F. (2013). The Relationship Between Facilitators' Questions and the Level of Reflection in Postsimulation Debriefing. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 8(3), 135-142. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e31827cbb5c>

- INACSL Standards Committee, Decker, S., Alinier, G., Crawford, S. B., Gordon, R. M., Jenkins, D. et Wilson, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ The Debriefing Process. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011>
- INACSL Standards Committee, Persico, L., Belle, A., DiGregorio, H., Wilson-Keates, B. et Shelton, C. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.010>
- INACSL Standards Committee, Watts, P. I., McDermott, D. S., Alinier, G., Charnetski, M., Ludlow, J., Horsley, E., Meakim, C. et Nawathe, P. A. (2021). Healthcare Simulation Standards of Best Practice™ Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>
- Jaye, P., Thomas, L. et Reedy, G. (2015). 'The Diamond': a structure for simulation debrief. *The Clinical Teacher*, 12(3), 171-175. <https://doi.org/10.1111/tct.12300>
- Kalfoss, M. (2019). Translation and Adaption of Questionnaires: A Nursing Challenge. *SAGE Open Nursing*, 5. <https://doi.org/10.1177/2377960818816810>
- Kelly, M. A., Hager, P. et Gallagher, R. (2014). What Matters Most? Students' Rankings of Simulation Components That Contribute to Clinical Judgment. *Journal of Nursing Education*, 53(2), 97-101. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140122-08>
- Kim, Y.-J. et Yoo, J.-H. (2020). The utilization of debriefing for simulation in healthcare: A literature review. *Nurse Education in Practice*, 43, 102698. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102698>
- Kirkpatrick, J. D. et Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation* (1^e éd.). Association for Talent Development.
- Kolbe, M., Weiss, M., Grote, G., Knauth, A., Dambach, M., Spahn, D. R. et Grande, B. (2013). TeamGAINS: a tool for structured debriefings for simulation-based team trainings. *BMJ Quality & Safety*, 22(7), 541-553. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000917>
- La Cerra, C., Dante, A., Caponnetto, V., Franconi, I., Gaxhja, E., Petrucci, C., Alfes, C. M. et Lancia, L. (2019). Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(2), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025306>
- Lasnier, F. (2014). *Les compétences, de l'apprentissage à l'évaluation*. Guérin.

- Lavoie, P. et Clarke, S. P. (2017). Simulation in nursing education. *Nursing Management*, 48(2), 16-17. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000511924.21011.1b>
- Lavoie, P., Deschênes, M.-F., Brien, L.-A., Radermaker, M. et Boyer, L. (2020). Évaluation objective structurée de l'animation du débriefing (ÉOSAD): traduction, adaptation et validation d'une rubrique. *Pédagogie Médicale*, 20(2), 91-100. <https://doi.org/10.1051/pmed/2020006>
- Lee, J., Lee, H., Kim, S., Choi, M., Ko, I. S., Bae, J. et Kim, S. H. (2020). Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 87, 104345. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104345>
- Levett-Jones, T., McCoy, M., Lapkin, S., Noble, D., Hoffman, K., Dempsey, J., Arthur, C. et Roche, J. (2011). The development and psychometric testing of the Satisfaction with Simulation Experience Scale. *Nurse Education Today*, 31(7), 705-710. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.01.004>
- Lioce, L., Lopreiato, J., Downing, D., Chang, T. P., Robertson, J. M., Anderson, M., Diaz, D. A., Spain, A. E. et Terminology and Concepts Working Group. (2020). Dans L. Lioce et J. Lopreiato (dir.), *Healthcare simulation dictionary* (2^e éd.). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://doi.org/10.23970/simulationv2>.
- Lopreiato, J. O. et Sawyer, T. (2015). Simulation-based medical education in pediatrics. *Academic Pediatrics*, 15(2), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.10.010>
- Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A. E., Gloe, D., Lioce, L., Sando, C. R. et Borum, J. C. (2013). Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6, Supplement), S3-S11. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M. et de Vet, H. C. W. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), 737-745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Moon, H. et Hyun, H. S. (2019). Nursing students' knowledge, attitude, self-efficacy in blended learning of cardiopulmonary resuscitation: a randomized controlled trial. *BMC medical education*, 19(1), 414. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1848-8>
- Nagle, A. et Foli, K. J. (2020). Student-Centered Reflection in Debriefing: A Concept Analysis. *Clinical Simulation in Nursing*, 39, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.10.007>

- National League for Nursing. (2015). *Debriefing across the curriculum: A living document from the National League for Nursing*. <https://www.nln.org/docs/default-source/uploadedfiles/professional-development-programs/nln-vision-debriefing-across-the-curriculum.pdf>
- Nehring, W. M. et Lashley, F. R. (2010). *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Jones & Bartlett Publishers.
- Okoli, C. et Pawlowski, S. D. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15-29. <https://doi.org/10.1016/j.im.2003.11.002>
- Oriot, D., Alinier, G. et Alinier, G. (2018). *Pocket book for simulation debriefing in healthcare*. Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-319-59882-6.pdf>
- Orique, S. B. et Phillips, L. J. (2018, Apr). The Effectiveness of Simulation on Recognizing and Managing Clinical Deterioration: Meta-Analyses. *Western Journal of Nursing Research*, 40(4), 582-609. <https://doi.org/10.1177/0193945917697224>
- Palaganas, J. C., Fey, M. et Simon, R. (2016). Structured Debriefing in Simulation-Based Education. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 78-85. <http://www.healthsciences.usask.ca/CLRC/clrc-docs/structured-debriefing.pdf>
- Pepin, J., Ducharme, F. et K rouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e  d.). Cheneli re  ducation.
- Polit, D. F., Beck, C. T. et Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Raemer, D., Anderson, M., Cheng, A., Fanning, R., Nadkarni, V. et Savoldelli, G. (2011). Research Regarding Debriefing as Part of the Learning Process. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 6(7), S52-S57. https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2011/08001/Research_Regarding_Debriefing_as_Part_of_the.9.aspx
- Raphael, B. et Wilson, J. (2000). *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*. Cambridge University Press.
- Reed, S. J. (2012). Debriefing Experience Scale: Development of a Tool to Evaluate the Student Learning Experience in Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(6), e211-217. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.11.002>

- Rivière, E., Aubin, E., Tremblay, S.-L., Lortie, G. et Chiniara, G. (2019). A new tool for assessing short debriefings after immersive simulation: validity of the SHORT scale. *BMC medical education*, 19, 82. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1503-4>
- Rudolph, J. W., Palaganas, J., Fey, M. K., Morse, C. J., Onello, R., Dreifuerst, K. T. et Simon, R. (2016). A DASH to the Top: Educator Debriefing Standards as a Path to Practice Readiness for Nursing Students. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(9), 412-417. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.05.003>
- Rudolph, J. W., Raemer, D. B. et Simon, R. (2014). Establishing a Safe Container for Learning in Simulation: The Role of the Presimulation Briefing. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 9(6), 339-349. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000047>
- Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L. et Raemer, D. B. (2006). There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 1(1), 49-55. https://journals.lww.com/simulationinhealthcare/Fulltext/2006/00110/There_s_No_Such_Thing_as_Nonjudgmental.6.aspx
- Ryoo, E. N. et Ha, E.-H. (2015). The Importance of Debriefing in Simulation-Based Learning: Comparison Between Debriefing and No Debriefing. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 34(12), 538-545. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000194>
- Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V. et Cheng, A. (2016). More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 11(3), 209-217. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000148>
- Sawyer, T. L. et Deering, S. (2013). Adaptation of the US Army's After-Action Review for simulation debriefing in healthcare. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 8(6), 388-397. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e31829ac85c>
- Simon, R., Raemer, D. B. et Rudolph, J. W. (2010). *Debriefing Assessment for Simulation in Healthcare (DASH)© – Student Version, Long Form*. Center for Medical Simulation. <https://harvardmedsim.org/wp-content/uploads/2017/01/DASH.SV.Long.2010.Final.pdf>
- Simoneau, I. L., Ledoux, I. et Paquette, C. (2012). *Efficacité pédagogique de la simulation clinique haute fidélité dans le cadre de la formation collégiale en soins infirmiers*. Cégep de Sherbrooke. <https://cdc.gc.ca/parea/788254-simoneau-simulation-clinique-soins-infirmiers-sherbrooke-PAREA-2012.pdf>

- So, H. Y., Chen, P. P., Wong, G. K. C. et Chan, T. T. N. (2019). Simulation in Medical Education. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 49(1), 52-57. <https://doi.org/10.4997/jrcpe.2019.112>
- Sousa, V. D. et Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268-274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126, S124-S128. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2003.10.016>
- Taherdoost, H. (2016). Validity and reliability of the research instrument; how to test the validation of a questionnaire/survey in a research. *International Journal of Academic Research in Management*, 5(3), 28-36. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3205040>
- Tardif, J. et Presseau, A. (1998). *Intégrer les nouvelles technologies de l'information. Quel cadre pédagogique?* Ed. sociales françaises.
- Terwee, C. B., Prinsen, C. A. C., Chiarotto, A., Westerman, M. J., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., de Vet, H. C. W. et Mokkink, L. B. (2018). COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Quality of Life Research*, 27, 1159-1170. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1829-0>
- Topping, A., Bøje, R. B., Rekola, L., Hartvigsen, T., Prescott, S., Bland, A., Hope, A., Haho, P. et Hannula, L. (2015). Towards identifying nurse educator competencies required for simulation-based learning: A systemised rapid review and synthesis. *Nurse Education Today*, 35(11), 1108-1113. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.06.003>
- Tosterud, R., Petzäll, K., Wangensteen, S. et Hall-Lord, M. L. (2015). Cross-Cultural Validation and Psychometric Testing of the Questionnaire: Debriefing Experience Scale. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2014.09.011>
- Van Malleghem, C. (2019). *Évaluation de la qualité de débriefing en simulation de santé. Revue de la littérature des outils d'aide à l'évaluation de la conduite de débriefing.* <http://www.medesim.fr/wp-content/doc/memoire/diu2019-cvanmalleghem-meemoire.pdf>
- Voyer, S. et Hatala, R. (2015). Debriefing and Feedback: Two Sides of the Same Coin? *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 10(2), 67-68. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000075>

- Wallace, D. et Moughrabi, S. (2016). The efficacy of simulation debriefing in developing critical thinking in accelerated baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5), 13-18. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n5p13>
- Wazonis, A. R. (2014). Methods and Evaluations for Simulation Debriefing in Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 459-465. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140722-13>
- Wazonis, A. R. (2015). Simulation Debriefing Practices in Traditional Baccalaureate Nursing Programs: National Survey Results. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(2), 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2014.10.002>
- Wickers, M. P. (2010). Establishing the Climate for a Successful Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, 6(3), e83-e86. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2009.06.003>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. et Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- Xie, Y. D., Li, X. Y., Liu, Q., Huang, R., Li, T., Fang, Y. X., Luo, D., Wan, Y., Yang, B. X. et Reed, S. J. (2022). Cross-cultural validation and psychometric testing of the Debriefing Experience Scale (DES): a cross-sectional study. *BMC medical education*, 22(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03332-8>
- Zigmont, J. J., Kappus, L. J. et Sudikoff, S. N. (2011). The 3D Model of Debriefing: Defusing, Discovering, and Deepening. *Seminars in Perinatology*, 35(2), 52-58. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2011.01.003>

Annexes

Annexe A – Stratégie de recherche

2. Recherche CINAHL (réalisée 26 janvier 2021)

Concept	#	Research strategy	Results
A MESH	1	(MH "Medical Staff") OR (MH "Nurse Midwives") OR (MH "Nurses+") OR (MH "Physicians+") OR (MH "Students, Medical") OR (MH "Students, Midwifery") OR (MH "Students, Nursing+") OR (MH "Students, Nursing, Practical")	390,064
A KW	2	TI ((Anesthet* or Audiolog* or Cardiolog* or Chiropract* or Clinic* or Dent* or Dietitian* or Dermatolog* or Doctor\$1 or Emergentolog* or Endocorinologist* or Ergotherap* or Gastroenterolog* or Gynecolog* or 'Health personnel' or 'Health care personnel*' or 'Healthcare personnel*' 'Health profession*' or 'Health care profession*' or 'Healthcare worker*' or 'Health care worker*' or Medic* or Midwi#e* or Neurolog* or Nurs* or Nutrition* or 'Occupation* therap*' or Optometr* or Patholog* or Paramedic* or P?ediatric* or Pharmac* or Phlebotomist* or 'Physical therap*' or Physician* or Podiatr* or Psychiatr* or Psychotherap* or Psycholog* or Radiolog* or Radiotherap* or Surge*)) OR AB ((Anesthet* or Audiolog* or Cardiolog* or Chiropract* or Clinic* or Dent* or Dietitian* or Dermatolog* or Doctor\$1 or Emergentolog* or Endocrinologist* or Ergotherap* or Gastroenterolog* or Gynecolog* or 'Health personnel' or 'Health care personnel*' or 'Healthcare personnel*' 'Health profession*' or 'Health care profession*' or 'Healthcare worker*' or 'Health care worker*' or Medic* or Midwi#e* or Neurolog* or Nurs* or Nutrition* or 'Occupation* therap*' or Optometr* or Patholog* or Paramedic* or P?ediatric* or Pharmac* or Phlebotomist* or 'Physical therap*' or Physician* or Podiatr* or Psychiatr* or Psychotherap* or Psycholog* or Radiolog* or Radiotherap* or Surge*)) OR MW ((Anesthet* or Audiolog* or Cardiolog* or Chiropract* or Clinic* or Dent* or Dietitian* or Dermatolog* or Doctor\$1 or Emergentolog* or Endocorinologist* or Ergotherap* or Gastroenterolog* or Gynecolog* or 'Health personnel' or 'Health care personnel*' or 'Healthcare personnel*' 'Health profession*' or 'Health care profession*' or 'Healthcare worker*' or 'Health care worker*' or Medic* or Midwi#e* or Neurolog* or Nurs* or Nutrition* or 'Occupation* therap*' or Optometr* or Patholog* or Paramedic* or P?ediatric* or Pharmac* or Phlebotomist* or 'Physical therap*' or Physician* or Podiatr* or	4,370,584

		<u>Psychiatr*</u> or <u>Psychotherap*</u> or <u>Psycholog*</u> or <u>Radiolog*</u> or <u>Radiotherap*</u> or <u>Surge*</u>)	
	3	1 OR 2	4,375,269
B MESH	4	(MH "Validity") OR (MH "Research Instruments") OR (MH "Instrument Construction") OR (MH "Competency Assessment") OR (MH "Attitude Measures") OR (MH "Questionnaires") OR (MH "Scales") OR (MH "Behavior Rating Scales")	729,898
B KW	5	TI ((<u>Tool*</u> OR <u>instrument*</u> OR <u>questionnaire*</u> OR <u>quiz*</u> OR <u>psychometric testing</u> OR <u>scale*</u> OR <u>survey*</u> OR <u>Research</u> OR <u>evaluat*</u>) OR AB ((<u>Tool*</u> OR <u>instrument*</u> OR <u>questionnaire*</u> OR <u>quiz*</u> OR <u>psychometric testing</u> OR <u>scale*</u> OR <u>survey*</u> OR <u>Research</u> OR <u>evaluat*</u>) OR MW ((<u>Tool*</u> OR <u>instrument*</u> OR <u>questionnaire*</u> OR <u>quiz*</u> OR <u>psychometric testing</u> OR <u>scale*</u> OR <u>survey*</u> OR <u>Research</u> OR <u>evaluat*</u>))	2,621,751
	6	4 OR 5	2,626,970
C MESH	7	(MH "Simulations") OR (MH "Patient Simulation")	17,380
C KW	8	TI <u>simulat*</u> OR AB <u>simulat*</u> OR MW <u>simulat*</u>	70,268
	9	7 OR 8	70,268
D Mesh	10	(MH "Feedback") OR (MH "Clinical Conferences")	15,749
D KW	11	TI <u>debrief*</u> OR AB <u>debrief*</u> OR MW <u>debrief*</u>	3,025
	12	10 OR 11	18,556
	13	3 AND 6 AND 9 AND 12	1,364
Limitations: Since 2010, French or English			1,212

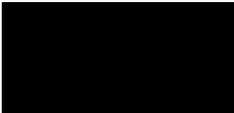
Annexe B – Autorisation de l’auteure originale du DES (Reed, 2012)

Title of the Scale: Debriefing Experience Scale
Author: Shelly J. Reed, DNP, APRN
This scale is copyrighted by the author.

I understand that you are requesting use of the Debriefing Experience Scale.
You are granted permission to use the scale if the following conditions are met,
you will:

1. Provide information about the purpose and duration of your study.
2. Describe the sample (population and sample size) in your study or evaluation.
3. Provide results of tests of reliability with this sample.
4. Provide information about whether you have or are seeking funding in the study using the scale.
5. Further, if you wish to alter or modify the scale you must seek additional consent for this purpose prior to altering the scale.
6. Inform the author of any proposed or submitted presentations or publications in which the scale is used.

I agree to the conditions stated for allowing me to use the scale:

Name (print):	IMÈNE KHETIR	PATRICK LAVOIE
Signature:		
Date:	25/10/2021	25/10/2021

I give my permission to you to use the scale under the conditions stated above.

Name (print): SHELLY J. REED, PhD, DNP, APRN, CNM, CNE
Signature: 
Date: November 11, 2021.

Annexe C - Approbation finale du Comité de l'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite responsable en recherche



05 janvier 2022

Patrick Lavoie
Professeur adjoint
Faculté des sciences infirmières

Imène Khetir
candidate à la maîtrise

OBJET :	Projet # 2021-1322 - Approbation éthique finale Traduction, adaptation et validation de contenu d'un outil évaluant la qualité du débriefing en simulation selon des étudiants et des étudiantes en sciences infirmières
---------	---

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a évalué votre projet de recherche en comité restreint. Suite à cette évaluation, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 14 décembre 2021.

Nous accusons réception des précisions et corrections demandées via le formulaire de conditions F20 ainsi que des documents en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique. Suite à la révision de ces documents, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le CERSES.

Cette approbation éthique est valide pour un an, [redacted]. Il est de votre responsabilité de compléter le formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de votre approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **déviation** au projet de recherche

- susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
 - Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Annexe D – Courriel d’invitation de participation aux experts et expertes

Objet : Adaptation et validation de l’outil DES (*Debriefing Experience Scale*)évaluant la qualité du débriefing en simulation selon les étudiant(e)s en sciences infirmières

Madame, Monsieur,

Nous menons actuellement une étude auprès d’expert(e)s québécois(e)s en simulation clinique. Pour perfectionner l’utilisation de la simulation clinique en sciences infirmières, il est important de se questionner sur la qualité des débriefings et surtout sur la perception qu’en ont les étudiant(e)s. L’outil le plus utilisé à cet effet est le *Debriefing Experience Scale* (DES; Reed, 2012) qui n’est pas disponible en français et n’est pas adapté à la population étudiante québécoise. Cette étude répond alors un besoin crucial d’information sur la qualité des débriefings, telle que perçue par les étudiant(e)s en sciences infirmières, dans les instances francophones de formation. Ce projet rendra ainsi disponible le premier outil présentant une validité de contenu en français et adapté au contexte de formation québécois. L’outil DES, tout récemment traduit en français, doit être évalué par rapport à sa validité de contenu. Nous sollicitons ainsi votre participation à cet égard.

Pour ce faire, nous souhaitons recruter des expert(e)s en simulation et en débriefing qui : 1) sont formateur(ice) ou un chercheur ou chercheuse ayant de l’intérêt pour la simulation clinique; 2) ont au moins cinq ans d’expérience en simulation clinique avec des étudiants et étudiantes en sciences infirmières; 3) sont en mesure de comprendre et d’écrire le français.

La participation consiste à remplir deux questionnaires à remplir : 1) un questionnaire sociodémographique qui prendra environ cinq minutes et 2) un questionnaire regroupant à la fois une échelle de clarté et de pertinence pour évaluer les énoncés de l’outil DES qui prendra une vingtaine de minutes. L’ensemble de l’étude sera réalisé par voie électronique.

Votre participation dans ce projet de recherche est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas participer, ceci ne vous affectera pas. Notez que toute information que vous partagerez avec nous sera traitée de manière confidentielle et que les autres participant(e)s de l’étude ne connaîtront également pas votre identité.

Si vous êtes éligible et que vous souhaitez participer à l’étude, vous pouvez cliquer sur ce lien ci-dessous : ([lien de LimeSurvey qui inclut le formulaire de consentement; le questionnaire sociodémographique et le questionnaire de clarté et de pertinence](#)).

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez vous retirer de l’étude, n’hésitez pas à communiquer avec la chercheuse-étudiante [REDACTED]. Vous avez jusqu’au XX février 2022 pour répondre aux questionnaires. Nous espérons sincèrement que vous accepterez de participer à l’étude. Votre opinion est importante pour l’avancement des connaissances au regard de la qualité des débriefings en simulation clinique.

Nous vous remercions sincèrement du temps et de l’attention que vous accorderez à cette demande.

Cordialement,

Imène Khetir, inf., ét. M. Sc., Université de Montréal (chercheuse-étudiante)

Patrick Lavoie, inf. Ph. D., Université de Montréal (directeur de recherche)

Annexe F – Messages d’invitation de participation pour les étudiants et étudiantes

Invitation initiale : 1^{er} message [REDACTED] d’information envoyé à la semaine 1

Objet : Participation au projet de recherche - Outil évaluant la qualité du débriefing en simulation selon des étudiant(e)s en sciences infirmières

Bonjour,

Nous menons actuellement une étude sur la qualité des débriefings en simulation clinique selon les étudiants et étudiantes en sciences infirmières. L’outil *Debriefing Experience Scale* (DES; Reed, 2012) est pertinent pour permettre aux étudiants et étudiantes de partager leur perception du débriefing. L’outil DES permettra d’obtenir des données sur la qualité et l’expérience du débriefing en simulation en plus de favoriser un environnement d’apprentissage qui tient compte de la voix des étudiant(e)s. Le DES (Reed, 2012) a récemment été traduit en français et adapté et nous sollicitons votre participation pour évaluer sa clarté. La participation consiste à répondre à deux questionnaires électroniques et devrait vous prendre environ 30 min au total.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas participer, ceci ne vous affectera d’aucune manière, que ce soit dans le cours ou dans votre programme d’étude. Bien que vous alliez possiblement fournir votre adresse courriel pour le tirage, les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et seront rapidement rendues anonymes.

Nous espérons sincèrement que vous accepterez de participer; votre participation est importante pour l’avancement des connaissances. Si vous avez des questions, n’hésitez pas à communiquer avec Imène Khetir [REDACTED]. Vous avez jusqu’au XX mars 2022 pour participer. En guise de compensation, quatre (4) cartes-cadeaux de 50\$ seront tirées au hasard parmi les participant(e)s.

Voici le lien URL pour participer : ([lien de LimeSurvey qui inclut le formulaire de consentement; le questionnaire sociodémographique et le questionnaire de clarté](#))

Nous vous remercions sincèrement du temps et de l’attention que vous accorderez à cette demande.

Cordialement,

Imène Khetir, inf., ét. M. Sc., Université de Montréal (chercheuse-étudiante)

Patrick Lavoie, inf. Ph. D., Université de Montréal (directeur de recherche)

Annexe G – Approbation d’une demande de modification au projet de recherche

Comité d’éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite responsable en recherche



17 mars 2022

Patrick Lavoie
Professeur adjoint
Faculté des sciences infirmières

Imène Khetir
candidate à la maîtrise

OBJET :	Projet # 2021-1322 - Approbation d'une demande de modification à un projet de recherche Traduction, adaptation et validation de contenu d'un outil évaluant la qualité du débriefing en simulation selon des étudiants et des étudiantes en sciences infirmières Modification: Stratégie de recrutement alternative ajoutée
---------	---

Bonjour,

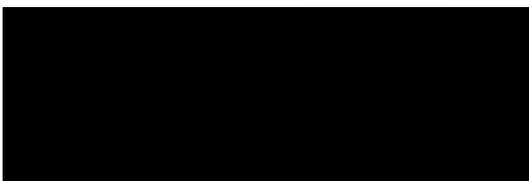
Vous avez soumis au Comité d’éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l’Université de Montréal, en date du 14 Mars 2022, une demande de modification à votre projet de recherche cité en rubrique.

Votre demande de modification a fait l’objet d’une évaluation. Suite à celle-ci, le tout étant jugé satisfaisant, j’ai le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée par le Comité.

Le CERSES de l’Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l’application de l’article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l’Université de Montréal ainsi que l’*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, [Signature]



Envoyé par :



Annexe H – Formulaire à signer pour réception de la compensation offerte

ÉTUDE : TAV-DES

Nom du participant·e :	
Description du projet :	Traduire en français, adapter au contexte de formation québécois et valider le contenu d'un outil évaluant la qualité du débriefing en simulation selon la perception d'étudiants et d'étudiantes en sciences infirmières. Nous faisons tirer 4 cartes-cadeaux de 50 \$ parmi les participants à l'étude. Vous avez été sélectionné pour recevoir un montant de 50\$.

Date	Montant versé
	50 \$

J'affirme avoir reçu les sommes ci-haut mentionnées dans le cadre de ce projet.

Signature

Annexe I – Questionnaire sociodémographique pour les experts et expertes

1. Nom et prénom
2. Adresse courriel
3. Titre d'emploi actuel
4. Âge
5. Plus haut niveau d'études complété
 - a. Diplôme d'études collégiales
 - b. Baccalauréat
 - c. Maîtrise
 - d. Doctorat de premier cycle
 - e. Doctorat de troisième cycle
 - f. Postdoctorat
 - g. Autre : _____
6. Discipline
7. Pourcentage de votre emploi du temps dédié à chacune des activités suivantes :
 - a. Soins aux patients
 - b. Enseignement
 - c. Simulation
 - d. Recherche
 - e. Gestion
8. Nombre d'années d'expérience d'enseignement
9. Nombre d'années d'expérience avec la simulation
10. Sur une échelle de 0-10, à combien évaluez-vous vos connaissances sur la simulation? (0-Aucune connaissance; 10-Énormément de connaissances)
11. Sur une échelle de 0-10, à combien évaluez-vous votre expérience avec la simulation? (0-Pas du tout d'expérience; 10-Énormément d'expérience)
12. Sur une échelle de 0-10, à combien évaluez-vous vos connaissances sur le débriefing? (0-Aucune connaissance; 10-Énormément de connaissances)
13. Sur une échelle de 0-10, à combien évaluez-vous votre expérience avec le débriefing? (0-Pas du tout d'expérience; 10-Énormément d'expérience)

Tiré et adapté de Lavoie et al. (2020) avec permission.

Annexe J – Questionnaire sociodémographique pour les étudiants et étudiantes

1. Âge
2. Genre (masculin, féminin, préfère préciser, préfère ne pas répondre)
3. Statut d'étude :
 - a. Temps plein
 - b. Temps partiel
4. Programme d'étude en sciences infirmières
 - c. Formation initiale
 - d. Formation intégrée DEC-BAC
5. Moyenne dans le programme
6. En dehors du programme actuel, avez-vous déjà suivi une formation universitaire? Si oui, préciser la discipline et le grade.
7. Nombre de simulations auxquelles vous avez participé dans le programme de baccalauréat
8. Avez-vous déjà participé à des simulations en dehors de programme de baccalauréat? Si oui, préciser le nombre.

Si vous souhaitez participer au tirage des cartes-cadeaux, prière d'indiquer votre adresse courriel :

Annexe K – Échelles de clarté et de pertinence pour les experts et expertes

Nous vous présentons les instructions et les énoncés de l’outil le *Debriefing Experience Scale* (DES) qui a pour but d’évaluer l’expérience de débriefing des étudiants et étudiantes en sciences infirmières en contexte de simulation clinique (Reed, 2012). Ces énoncés ont été traduits de l’anglais selon une méthode reconnue. À côté de chaque énoncé, vous trouverez trois cases à compléter.

- A. Dans la première case, indiquez à quel point vous considérez que **l’énoncé est pertinent** pour évaluer la qualité du débriefing selon les étudiants et les étudiantes en utilisant l’échelle suivante :
1. Pas pertinent
 2. Peu pertinent
 3. Pertinent
 4. Très pertinent
- B. Dans la seconde case, indiquez si vous estimez que **l’énoncé est formulé clairement** (oui ou non).
- C. Sous chaque énoncé, vous disposez d’un espace pour inscrire vos commentaires. Si vous jugez qu’un énoncé est peu/pas pertinent ou qu’il manque de clarté, s’il-vous-plait expliquez pourquoi. Au besoin, reformulez l’énoncé.

	Pertinence (1-4)	Clarté (oui/non)
(Premier énoncé)		
Commentaire		
(Deuxième énoncé)		
Commentaire		
...		

- D. Si vous souhaitez partager des commentaires ou suggestions, nous vous invitons à utiliser l'espace suivant:

Une fois que vous avez complété le questionnaire, cliquez sur le bouton « soumettre » au bas de la page. Vous recevrez une confirmation de soumission.

Tiré et adapté de Lavoie et al. (2020) avec permission.

Annexe L – Échelles de clarté pour les étudiants et étudiantes

Nous vous présentons les instructions et les énoncés de l'outil le *Debriefing Experience Scale* (DES) qui a pour but d'évaluer l'expérience de débriefing des étudiants et étudiantes en sciences infirmières en contexte de simulation clinique (Reed, 2012). Ces énoncés ont été traduits de l'anglais selon une méthode reconnue. À côté de chaque énoncé, vous trouverez deux cases à compléter.

- A. Dans la première case à droite complètement, indiquez si vous estimez que **l'énoncé est formulé clairement** (oui ou non).
- B. Sous chaque énoncé, vous disposez d'un espace pour inscrire vos commentaires. Si vous jugez qu'un énoncé manque de clarté, s'il vous plait, expliquez pourquoi. Au besoin, reformulez l'énoncé.

	Clarté (oui/non)
(Premier énoncé)	
Commentaire	
(Deuxième énoncé)	
Commentaire	
...	

- C. Si vous souhaitez partager des commentaires ou suggestions, nous vous invitons à utiliser l'espace suivant:

Une fois que vous avez complété le questionnaire, cliquez sur le bouton « soumettre » au bas de la page. Vous recevrez une confirmation de soumission.

Tiré et adapté de Lavoie et al. (2020) avec permission.

Annexe M – Formulaire d’information et de consentement pour les experts et expertes en simulation clinique

Traduction, adaptation et validation de contenu d’un outil évaluant la qualité du débriefing en simulation selon des étudiants et des étudiantes en sciences infirmières

Chercheuse-étudiante : Imène Khetir, étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Directeur ou directrice de recherche : Patrick Lavoie, professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal



No de projet au CERSES : 2021-1322

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche parce que vous êtes un expert ou une experte en simulation clinique. 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 PARTICIPANT(E)S

1. Objectifs de la recherche

Dans l’optique de perfectionner l’utilisation de la simulation clinique en sciences infirmières, il est important de se questionner sur la qualité des débriefings en simulation et surtout sur la perception qu’en ont les étudiant(e)s. L’outil le plus utilisé à cet effet est le *Debriefing Experience Scale* (DES; Reed, 2012). Cet outil n’est pas disponible en français et, comme tous les outils d’évaluation, il est essentiel de s’assurer qu’il soit adapté au contexte et à la population auprès de qui on souhaite l’utiliser.

Ce projet vise donc à traduire en français, adapter au contexte de formation québécois et valider le contenu de l’outil DES. Ce dernier, récemment traduit en français, doit être évalué par rapport à sa validité de contenu. Nous sollicitons votre participation à cet égard. Cette étude répond à un besoin crucial d’information sur la qualité des débriefings, telle que perçue par les étudiant(e)s en sciences infirmières, dans les instances francophones de formation. Ces efforts s’inscrivent dans une démarche visant à s’assurer que les étudiant(e)s bénéficient d’un contexte d’apprentissage optimal.

2. Participation à la recherche

Nous souhaitons recruter 6-10 expert(e)s pour cette étude. En acceptant de participer à l’étude, vous aurez accès à un lien vers la plateforme *LimeSurvey*. Votre participation consistera à évaluer l’outil DES traduit en français et à répondre à deux questionnaires électroniques.

1. D’abord, vous aurez à remplir un questionnaire sociodémographique qui prendra environ cinq minutes: titre professionnel, discipline, spécialité, expérience en enseignement et avec la simulation et niveau de connaissances sur la simulation et le débriefing.
2. Ensuite, vous aurez à déterminer la clarté et la pertinence de chaque composante de l’outil DES, ce qui prendra une vingtaine de minutes. Vous serez invité à évaluer les instructions de l’outil, ses items ainsi que le format de réponse. Vous aurez également la possibilité de formuler des suggestions ou commentaires au besoin.

Les données recueillies dans cette étude pourront servir pour de futures études connexes, plus précisément à des fins de recherche et d'enseignement. Ces projets de recherche futurs seront évalués et approuvés par un comité scientifique et d'éthique de la recherche avant leur réalisation. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, toutes les données partagées seront dépersonnalisées.

Les données dépersonnalisées seront conservées indéfiniment pour faciliter les demandes des autres chercheurs pour vérifier ou reproduire les résultats. Veuillez noter que les données anonymisées pourraient être disponibles en ligne dans un dépôt de données ouvert et accessible aux chercheurs dans le monde entier. Il s'agit d'une pratique courante dans le domaine de la recherche qui peut être exigée par des revues scientifiques et des bailleurs de fonds.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche?

Je consens à ce que les données recueillies dans le cadre du présent projet de recherche soient utilisées dans le cadre d'autres études ou sous-études, conditionnellement à leur approbation par un comité d'éthique de la recherche : Oui Non

9. Responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

10. Diffusion des résultats

Après l'étude, si vous en démontrez l'intérêt, nous pourrions vous transmettre un résumé des résultats obtenus. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de publication d'articles scientifiques et de communications dans des congrès et colloques scientifiques et universitaires. Notez qu'aucune donnée permettant de vous identifier personnellement ne sera indiquée dans ces articles et ces communications.

11. Personnes ressources

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Imène Khetir

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) :

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal [redacted] de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse [redacted] (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant ou de la participante

- 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.
- J'accepte que les données de recherche de cette étude puissent être rendues disponibles à d'autres chercheur(e)s, à condition que n'y apparaissent pas mon nom ou tout autre renseignement permettant de m'identifier : Oui Non
- Je désire recevoir un résumé des résultats de la recherche : Oui Non Courriel : _____

Signature du participant ou de la participante : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Engagement du chercheur ou de la chercheuse responsable

J'ai expliqué au/à la participant(e) 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/de la participant(e). 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/de la chercheur(e) : _____

Date : _____

Annexe N – Formulaire d’informations et de consentement pour les étudiants et étudiantes

FORMULAIRE D’INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES ÉTUDIANT(E)S

Traduction, adaptation et validation de contenu d’un outil évaluant la qualité du débriefing en simulation selon des étudiants et des étudiantes en sciences infirmières

Chercheuse-étudiante : Imène Khetir, étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Directeur ou directrice de recherche : Patrick Lavoie, professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

No de projet au CERSES : 2021-1322

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche parce que vous êtes un étudiant ou une étudiante de dernière année au programme de baccalauréat en sciences infirmières. 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.

B) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANT(E)S

12. Objectifs de la recherche

Il est important de se questionner sur la qualité des débriefings en simulation et surtout sur la perception qu’en ont les étudiant(e)s. L’outil le plus utilisé à cet effet est le *Debriefing Experience Scale* (DES; Reed, 2012). Cet outil n’est pas disponible en français et, comme tous les outils d’évaluation, il est essentiel de s’assurer qu’il soit adapté au contexte et à la population auprès de qui on souhaite l’utiliser. Ce projet vise donc à traduire en français, adapter au contexte de formation québécois et valider le contenu de l’outil DES. Nous sollicitons votre participation pour évaluer la clarté de la traduction française de l’outil.

Cette étude répond à un besoin crucial d’information sur la qualité des débriefings, telle que perçue par les étudiant(e)s en sciences infirmières, dans les programmes francophones de formation. Ces efforts s’inscrivent dans une démarche visant à s’assurer que les étudiant(e)s bénéficient d’un contexte d’apprentissage optimal.

13. Participation à la recherche

Nous souhaitons recruter 10-40 étudiant(e)s pour cette étude. En acceptant de participer à l’étude, vous aurez accès à un lien vers la plateforme de sondage *LimeSurvey*. Votre participation consistera à évaluer l’outil DES traduit en français et à répondre à deux questionnaires électroniques.

3. D’abord, vous aurez à remplir un questionnaire sociodémographique qui prendra environ cinq minutes : l’âge, le genre, le statut d’étude (temps plein/partiel), le nombre de simulations auxquelles vous avez participé.
4. Ensuite, vous aurez à déterminer la clarté de chaque composante de l’outil DES, ce qui prendra une vingtaine de minutes. Vous serez invité à évaluer la clarté des instructions de l’outil, de ses items et du format de réponse. Vous aurez également la possibilité de formuler des suggestions ou commentaires au besoin.

Vous aurez un délai de quatre (4) semaines pour répondre aux questionnaires. Ils seront accessibles de votre ordinateur avec connexion Internet et pourront être utilisés à n'importe quel moment et en tout lieu. Le tout se déroulera donc par voie électronique.

14. Risques et inconvénients

Le principal inconvénient est le temps consacré à répondre aux questionnaires (trentaine de minutes). Cette étude présente peu de risque pour vous. Il est possible que certaines questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin au questionnaire et à votre participation.

Si vous sentez le besoin d'obtenir des services de soutien psychologique ou émotif à quelque moment que ce soit durant l'étude ou après celle-ci, voici les coordonnées de services pouvant vous offrir de l'aide : *Université de Montréal - Centre de santé et de consultation psychologique*

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Programme de bien-être des étudiants de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (PASIUM)

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

15. Avantages et bénéfices

Il n'y a pas d'avantage direct particulier pour vous à participer à ce projet. Toutefois, vous aurez la possibilité de mieux comprendre les éléments importants qui entourent l'expérience et la qualité des débriefings selon les étudiant(e)s en sciences infirmières.

Vous contribuerez également à l'avancement des connaissances sur la qualité des débriefings en simulation clinique. Plus précisément, ce projet rendra disponible le premier outil en français, adapté au parcours des étudiant(e)s et validé. L'outil permettra d'obtenir des données sur la qualité et l'expérience du débriefing en simulation en plus de favoriser un environnement d'apprentissage qui tient compte de la voix des étudiant(e)s. Il pourra être utilisé tant en milieu académique que clinique.

16. Confidentialité des renseignements recueillis

L'équipe de recherche prendra les mesures nécessaires afin de préserver la confidentialité des données.

De plus, l'équipe séparera votre courriel (utilisé pour le tirage de cartes-cadeaux uniquement) des autres informations le plus rapidement possible pour rendre vos données anonymes. Les données de recherche seront conservées sur un serveur sécurisé par mot de passe pendant l'analyse et [REDACTED]

[REDACTED] Les données seront détruites 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période. Ces données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites.

17. Compensation

En guise de compensation, il y aura tirage de quatre (4) cartes-cadeaux de 50\$ chacune parmi les participant(e)s. À la fin du questionnaire sociodémographique, vous pourrez inscrire votre courriel afin de vous contacter si vous souhaitez participer au tirage.

18. Participation volontaire et Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez 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 la personne ressource de l'équipe de recherche aux coordonnées indiqués vers la fin de ce formulaire.

Si vous acceptez de participer à l'étude maintenant, mais que vous choisissez de mettre fin à votre participation par la suite, vous avez le droit de demander le retrait de vos renseignements collectés durant l'étude. Vous avez jusqu'à

la date limite *mettant fin à l'accès aux questionnaires pour vous retirer de l'étude, soit le XX mars 2022*. Veuillez noter qu'après cette date, toutes les données seront anonymisées (en d'autres mots elles ne peuvent plus être liées de manière quelconque à votre identité) et il nous sera impossible de retracer vos données pour être retirées.

19. Utilisation secondaire des données

Les données recueillies dans cette étude pourront servir pour de futures études connexes, plus précisément à des fins de recherche et d'enseignement. Ces projets de recherche futurs seront évalués et approuvés par un comité scientifique et d'éthique de la recherche avant leur réalisation. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, toutes les données partagées seront anonymisées très rapidement (c'est-à-dire, qu'il sera impossible de retracer votre identité).

Les données anonymisées seront conservées indéfiniment pour faciliter les demandes des autres chercheurs pour vérifier ou reproduire les résultats. Veuillez noter que les données anonymisées pourraient être disponibles en ligne dans un dépôt de données ouvert et accessible aux chercheurs dans le monde entier. Il s'agit d'une pratique courante dans le domaine de la recherche qui peut être exigée par des revues scientifiques et des bailleurs de fonds.

20. Responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

21. Diffusion des résultats

Après l'étude, si vous en démontrez l'intérêt, nous pourrions vous transmettre un résumé des résultats obtenus. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de publication d'articles scientifiques et de communications dans des congrès et colloques scientifiques et universitaires. Notez qu'aucune donnée permettant de vous identifier personnellement ne sera indiquée dans ces articles et ces communications.

22. Personnes ressources

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Imène Khetir

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) :

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal [redacted], de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse [redacted] (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

B) CONSENTEMENT

Déclaration du participant ou de la participante

- 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.
- Je désire recevoir un résumé des résultats de la recherche : Oui Non Courriel : _____

Signature du participant ou de la participante : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Engagement du chercheur ou de la chercheuse responsable

J'ai expliqué au/à la participant(e) 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/de la participant(e). 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/de la chercheur(e) : _____

Date : _____

Annexe O – Première version française de l’outil DES (Reed, 2012)

Les éléments généraux de l’outil DES				
Type d’éléments de l’outil	Version originale de l’outil	Traduction 1 – Santé et formation	Traduction 2 – Nuances linguistiques	Version préliminaire – Équipe de recherche
Dans l’en-tête	INSTRUCTOR COMPLETE:	À REMPLIR PAR L’INSTRUCTEUR :	À REMPLIR PAR L’INSTRUCTEUR :	À remplir par le formateur :
Dans l’en-tête	Institution using DES:	Institution utilisant le DES:	Établissement utilisateur de l’EED :	Établissement :
Dans l’en-tête	Date of use:	Date d’utilisation :	Date d’utilisation :	Date :
Titre	Debriefing Experience Scale	Échelle d’expérience de débriefing	Échelle d’expérience de débrefage	Échelle de l’expérience de débriefing :
Instructions	Debriefing Type: (Circle) Discussion without video Discussion with video Other (Specify)	Le type de débriefing : (Cercle) Discussion sans vidéo Discussion avec vidéo Autre (Spécifiez)	Type de débrefage : (entourez la bonne réponse) Discussion sans vidéo Discussion avec vidéo Autre (précisez)	Type de débriefing : (encerclez) : Discussion sans vidéo Discussion avec vidéo Autre (précisez)
Instructions	Circle the number below that best reflects your opinion about your debriefing experience.	Encerclez le nombre ci-dessous qui reflète le mieux votre opinion sur votre expérience de débriefing.	Entourez le chiffre qui reflète le mieux votre opinion sur votre expérience de débrefage.	Encerclez le nombre qui reflète le mieux votre opinion sur votre expérience de débriefing.
Échelle de réponses	1 – Strongly disagree with the statement 2 – Disagree with the statement	1 – Fortement en désaccord avec l’énoncé 2 – En désaccord avec l’énoncé	1 – Pas du tout d’accord avec l’énoncé 2 – Pas d’accord avec l’énoncé	1 – Fortement en désaccord avec l’énoncé 2 – En désaccord avec l’énoncé

	<p>3 – Undecided – you neither agree or disagree with the statement 4 – Agree with the statement 5 – Strongly Agree with the statement</p> <p>NA—Not Applicable; the statement does not pertain to the debriefing</p>	<p>3 – Indécis– vous n’êtes ni d’accord ni en désaccord avec l’énoncé 4 – D’accord avec l’énoncé 5 – Fortement d’accord avec l’énoncé</p> <p>NA – Ne s’applique pas ; l’énoncé ne se rapporte pas au débriefing effectué</p>	<p>3 – Indécis - vous n’êtes ni d’accord ni en désaccord avec l’énoncé 4 – D'accord avec l'énoncé 5 – Tout à fait d'accord avec l'énoncé</p> <p>S.O. – Sans objet; l’énoncé ne concerne pas l’activité de débrefage réalisée</p>	<p>3 – Indécis– vous n’êtes ni d’accord ni en désaccord avec l’énoncé 4 – D’accord avec l’énoncé 5 – Fortement d’accord avec l’énoncé</p> <p>NA – Ne s’applique pas; l’énoncé ne concerne pas ce débriefing</p>
Instructions	Rate each experience item based upon how important it is to you:	Évaluez chaque expérience selon son importance pour vous :	Notez chaque élément de l'expérience en fonction de l'importance qu'il revêt pour vous :	Évaluez chaque énoncé selon son importance pour votre expérience de débriefing :
Échelle de réponses	<p>1 – Not Important 2 – Somewhat Important 3 – Neutral 4 – Important 5 – Very Important</p>	<p>1 – Pas important 2 – Assez important 3 – Neutre 4 – Important 5 – Très important</p>	<p>1 – Pas important 2 – Assez important 3 – Neutre 4 – Important 5 – Très important</p>	<p>1 – Pas important 2 – Assez important 3 – Neutre 4 – Important 5 – Très important</p>

Les énoncés de l’outil DES avec leurs catégories			
Version originale de l’outil	Traduction 1 – Santé et formation	Traduction 2 – Nuances linguistiques	Version préliminaire – Équipe de recherche
Learning and Making Connections	Apprendre et établir des relations	Apprentissage et création de liens	Apprendre et faire des liens
1. Debriefing helped me to make connections in my learning	1. Le débriefing m’a aidé à établir des liens au cours de mon apprentissage.	1. Le débrefage m'a aidé à faire des liens dans mes apprentissages.	1. Le débriefing m’a aidé à faire des liens dans mes apprentissages.

2. Debriefing was helpful in processing the simulation experience	2. Le débriefing m'a été utile pour procéder à l'expérience de simulation.	2. Le débriefage m'a été utile pour faire le bilan de l'expérience de simulation.	2. Le débriefing m'a été utile pour faire le point sur l'expérience de simulation.
3. Debriefing provided me with a learning opportunity	3. Le débriefing m'a fourni une opportunité d'apprentissage .	3. Le débriefage m'a permis d'apprendre .	3. Le débriefing m'a permis d'apprendre.
4. Debriefing helped me to find meaning in the simulation	4. Le débriefing m'a aidé à trouver un sens à la simulation.	4. Le débriefage m'a aidé à trouver un sens à la simulation.	4. Le débriefing m'a aidé à trouver un sens à la simulation.
5. My questions from the simulation were answered by debriefing	5. Le débriefing a répondu à mes questions sur la simulation.	5. Grâce au débriefage , j'ai obtenu des réponses aux questions que je me suis posées lors de la simulation.	5. Le débriefing m'a permis d'obtenir des réponses à mes questions issues de la simulation.
6. I became more aware of myself during the debriefing session	6. Je suis devenu plus conscient de moi-même au cours de la séance de débriefing .	6. Le débriefage m'a aidé à prendre conscience de moi-même.	6. Je suis devenu plus conscient de moi-même pendant le débriefing.
7. Debriefing helped me to clarify problems	7. Le débriefing m'a aidé à clarifier certains problèmes.	7. Le débriefage m'a aidé à mieux cerner les problèmes.	7. Le débriefing m'a aidé à clarifier des problèmes.
8. Debriefing helped me to make connections between theory and real-life situations	8. Le débriefing m'a aidé à établir des relations entre la théorie et les situations de la vraie vie .	8. Le débriefage m'a aidé à faire des liens entre la théorie et les situations réelles .	8. Le débriefing m'a aidé à faire des liens entre la théorie et des situations réelles .
Analyzing Thoughts and Feelings	Analyser les idées et les sentiments	Analyse des raisonnements et des sentiments	Analyser les pensées et les sentiments
9. Debriefing helped me to analyze my thoughts	9. Le débriefing m'a aidé à analyser mes idées .	9. Le débriefage m'a aidé à analyser mes raisonnements .	9. Le débriefing m'a aidé à analyser mes pensées.
10. The facilitator reinforced aspects of the health care team's behavior	10. L' animateur a renforcé certains aspects du comportement de l'équipe des soins de santé.	10. Le facilitateur a renforcé certains aspects du comportement de l'équipe de soins de santé.	10. L' animateur(riche) a renforcé certains comportements de l'équipe de soins.
11. The debriefing environment was physically comfortable	11. L'environnement de la séance de débriefing était physiquement agréable .	11. Je me suis senti à l'aise dans l'environnement physique de la séance de débriefage .	11. L'environnement physique du débriefing était confortable .

12. Unsettled feelings from the simulation were resolved by debriefing	12. Le débriefing a résolu certains de mes sentiments qui avaient été perturbés par la simulation.	12. Le débriefage a permis de dissiper les sentiments de déstabilisation générés lors de l'activité de simulation.	12. Des sentiments négatifs issus de la simulation ont été résolus par le débriefing.
Facilitator Skill in Conducting the Debriefing	L'aptitude de l'animateur à faire le débriefing	Habilité du facilitateur à diriger le débriefage	Habilité de l'animateur(rice) à diriger le débriefing
13. The facilitator allowed me enough time to verbalize my feelings before commenting	13. L' animateur m'a laissé suffisamment de temps pour exprimer mes sentiments avant de commenter.	13. Le facilitateur m'a laissé le temps qu'il me fallait pour m'exprimer avant de commenter.	13. L'animateur(rice) m'a laissé assez de temps pour exprimer mes sentiments avant de commenter.
14. The debriefing session facilitator talked the right amount during debriefing	14. L' animateur de la séance de débriefing a parlé juste assez durant le débriefing .	14. Le temps de parole occupé par le facilitateur était adéquat.	14. L'animateur(rice) du débriefing a parlé juste assez durant le débriefing.
15. Debriefing provided a means for me to reflect on my actions during the simulation	15. Le débriefing m'a fourni le moyen de réfléchir à mes actions durant la simulation.	15. Le débriefage m'a donné l'occasion de réfléchir aux gestes que j'ai posés pendant la simulation.	15. Le débriefing m'a donné l'occasion de réfléchir à mes actions en simulation.
16. I had enough time to debrief thoroughly	16. J'ai eu suffisamment de temps pour faire le bilan complet .	16. J'ai eu assez de temps pour faire un bilan complet .	16. J'ai eu assez de temps pour débriefer en profondeur .
17. The debriefing session facilitator was an expert in the content area	17. L' animateur de la séance de débriefing était un expert dans le domaine.	17. Le facilitateur de la séance de débriefage était un expert dans le domaine concerné par l'activité de simulation .	17. L'animateur(rice) de débriefing était expert(e) du contenu de la simulation.
Appropriate Facilitator Guidance	Les conseils appropriés de l'animateur	Encadrement adéquat de la part du facilitateur	Accompagnement adéquat de l'animateur
18. The facilitator taught the right amount during the debriefing session	18. L' animateur a expliqué convenablement pendant la séance de débriefing.	18. La proportion de la séance de débriefage consacrée à l'enseignement par le facilitateur était adéquate.	18. L'animateur(rice) a donné assez d'explications pendant le débriefing.
19. The facilitator provided constructive evaluation of the simulation during debriefing	19. L' animateur a fourni une évaluation constructive de la simulation durant le débriefing .	19. Le facilitateur a fait une évaluation constructive de la simulation lors du débriefage .	19. L'animateur(rice) a offert une évaluation constructive

			de la simulation lors du débriefing.
20. The facilitator provided adequate guidance during the debriefing	20. L'animateur a prodigué des conseils adéquats lors du débriefing.	20. L'encadrement offert par le facilitateur lors du débriefage était adéquat.	20. L'animateur(rice) a offert un encadrement adéquat lors du débriefing.

Dernière section de l'outil DES			
Version originale de l'outil	Traduction 1 – Santé et formation	Traduction 2 – Nuances linguistiques	Version préliminaire – Équipe de recherche
Comments:	Commentaires :	Commentaires :	Commentaires :
<i>We would like to know a little more about you:</i>	<i>Nous aimerions en savoir un peu plus sur vous:</i>	<i>Nous aimerions en savoir un peu plus sur vous :</i>	<i>Nous aimerions en savoir un peu plus sur vous :</i>
Sex (Circle): Female Male _____	Sexe (Cercle) : Femme Homme	Sexe (entourez) : Femme Homme	Genre (encerclez) : Femme Homme Autre
Your Age:	Votre âge :	Âge :	Âge :
Ethnicity:	Votre origine ethnique :	Origine ethnique :	Origine ethnique :
Date of your debriefing:	La date de votre débriefing :	Date de votre débriefage :	Date de votre débriefing :
Title of your course and course #:	Le titre de votre cours et cours # :	Titre et numéro de cours :	Titre et sigle du cours :

Number of participants in your debriefing group:	Le nombre de participants dans votre groupe de débriefing :	Nombre de participants dans votre groupe de débriefage :	Nombre de participants dans votre groupe de débriefing :
Number of debriefings you have participated in previously:	Le nombre de débriefings auxquels vous avez déjà participé :	Combien de fois avez-vous participé à des séances de débriefage avant celle-ci :	Nombre de débriefings auxquels vous avez déjà participé :
What is your professional background (e.g. MD, RN, Pharmacist, OT or other)?	Quels sont vos antécédents professionnels (par exemple, médecin, infirmière, pharmacien, ergothérapeute ou autre) ?	Quel est votre profil professionnel (p. ex. médecin, infirmière, pharmacien, ergothérapeute ou autre)?	Quelle est votre profession (ex. : médecin, infirmière, pharmacien, ergothérapeute ou autre)?
If you are already a licensed health professional, how many years of direct patient care have you had? _____ Years	Si vous êtes déjà un professionnel de la santé, pendant combien d'années avez-vous prodigué des soins directs aux patients ? _____ années	Si vous êtes déjà un professionnel de la santé agréé , combien d'années avez-vous consacrées aux soins directs aux patients ? _____ an(s)	Si vous avez déjà un permis de professionnel de la santé, pendant combien d'années avez-vous prodigué des soins directs aux patients? _____ année(s)
Are you a health professions student? (Circle) Yes No If yes, in what profession?	Êtes-vous étudiant dans un domaine de la santé ? (Cercle) Oui Non Si oui, dans quelle profession ?	Faites-vous actuellement des études en vue de pratiquer une profession de la santé ? (entourez) Oui Non Si oui, quelle profession ?	Étudiez-vous dans un domaine de la santé? (encerclez) Oui Non Si oui, dans quelle profession?
THANK YOU FOR HELPING US TO UNDERSTAND THE DEBRIEFING EXPERIENCE!	MERCI DE NOUS AVOIR AIDÉS À COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DU DÉBRIEFING !	MERCI DE NOUS AIDER À COMPRENDRE L'EXPÉRIENCE DU DÉBRIEFAGE !	Merci de nous aider à comprendre l'expérience du débriefing!

Annexe P – Analyse des rétrotraductions de l’outil DES (Reed, 2012) et première version du DES-FR

Les éléments généraux de l’outil DES				
Type d’éléments de l’outil	Version originale de l’outil	Rétrotraduction 1 – Santé	Rétrotraduction 2 – Nuances linguistiques	Changement <u>après la rétrotraduction</u>
Dans l’en-tête	INSTRUCTOR COMPLETE:	To be completed by the trainer :	To be filled out by the trainer :	-
Dans l’en-tête	Institution using DES:	Institution:	Institution :	-
Dans l’en-tête	Date of use:	Date:	Date:	-
Titre	Debriefing Experience Scale	Debriefing experience scale:	Debriefing experience scale:	-
Instructions	Debriefing Type: (Circle) Discussion without video Discussion with video Other (Specify)	Type of debriefing (please circle): Discussion without video Discussion with video Other (please specify)	Type of debriefing (circle): Discussion without video Discussion with video Other (specify)	-
Instructions	Circle the number below that best reflects your opinion about your debriefing experience.	Circle the number that best reflects your opinion on your debriefing experience	Circle the number that best reflects your opinion on your debriefing experience.	-
Échelle de réponses	1 – Strongly disagree with the statement 2 – Disagree with the statement	1 – Strongly disagree 2 – Disagree 3 – Undecided – neither agree nor disagree 4 – Agree	1 – Strongly disagree with the statement 2 – Disagree with the statement	1 – Fortement en désaccord 2 – En désaccord 3 – Indécis– vous n’êtes ni d’accord ni en désaccord 4 – D’accord

	<p>3 – Undecided – you neither agree or disagree with the statement 4 – Agree with the statement 5 – Strongly Agree with the statement</p> <p>NA—Not Applicable; the statement does not pertain to the debriefing</p>	<p>5 – Strongly agree</p> <p>NA – Not applicable: the statement does not apply to this debriefing</p>	<p>3 – Undecided – you neither agree nor disagree with the statement 4 – Agree with the statement 5 – Strongly agree with the statement</p> <p>N/A – Does not apply; the statement is not relevant to this debriefing</p>	<p>5 – Fortement d'accord</p> <p>NA – Ne s'applique pas; l'énoncé ne concerne pas ce débriefing</p>
Instructions	Rate each experience item based upon how important it is to you:	Rate each statement in terms of its importance for your debriefing experience:	Assess each statement based on its importance for your debriefing experience:	-
Échelle de réponses	<p>1 – Not Important 2 – Somewhat Important 3 – Neutral 4 – Important 5 – Very Important</p>	<p>1 – Not important 2 – Quite important 3 – Neutral 4 – Important 5 – Very important</p>	<p>1 – Not important 2 – Somewhat important 3 – Neutral 4 – Important 5 – Very important</p>	-

Les énoncés de l’outil DES avec leurs catégories			
Version originale de l’outil	Rétrotraduction 1 – Santé	Rétrotraduction 2 – Nuances linguistiques	Changement <u>après la rétrotraduction</u>
Learning and Making Connections	Learning and making connections	Learning and making connections	-
1. Debriefing helped me to make connections in my learning	1. The debriefing helped me make connections in my learning.	1. Debriefing helped me make connections in my learning.	-
2. Debriefing was helpful in processing the simulation experience	2. The debriefing helped me take stock of the simulation experience.	2. Debriefing was helpful in processing the simulation experience.	-
3. Debriefing provided me with a learning opportunity	3. I learned things during the debriefing.	3. Debriefing provided me with a learning opportunity.	-
4. Debriefing helped me to find meaning in the simulation	4. The debriefing helped me understand the purpose of the simulation.	4. Debriefing helped me to find meaning in the simulation.	-
5. My questions from the simulation were answered by debriefing	5. The debriefing provided answers to questions that I had after the simulation.	5. Debriefing answered my questions from the simulation.	-
6. I became more aware of myself during the debriefing session	6. The debriefing increased my self-awareness.	6. I became more aware of myself during debriefing.	-
7. Debriefing helped me to clarify problems	7. The debriefing clarified certain problems for me.	7. Debriefing helped me to clarify problems.	-
8. Debriefing helped me to make connections between theory and real-life situations	8. The debriefing helped me make connections between theory and real-life situations.	8. Debriefing helped me make connections between theory and real-life situations.	-
Analyzing Thoughts and Feelings	Analyzing thoughts and feelings	Analyzing thoughts and feelings	-

9. Debriefing helped me to analyze my thoughts	9. The debriefing helped me analyze my thoughts.	9. Debriefing helped me to analyze my thoughts.	-
10. The facilitator reinforced aspects of the health care team's behavior	10. The facilitator reinforced certain behaviours in the medical team.	10. The facilitator reinforced aspects of the health care team's behaviour.	-
11. The debriefing environment was physically comfortable	11. The physical environment for the debriefing was comfortable.	11. The debriefing environment was physically comfortable.	-
12. Unsettled feelings from the simulation were resolved by debriefing	12. The debriefing allowed negative feelings aroused by the simulation to be resolved.	12. Negative feelings from the simulation were resolved by debriefing.	-
Facilitator Skill in Conducting the Debriefing	The facilitator's skill in directing the debriefing	Facilitator skill in conducting the debriefing	Habilité de l'animateur(rice) à diriger le débriefing
13. The facilitator allowed me enough time to verbalize my feelings before commenting	13. The facilitator gave me enough time to express my feelings before they commented.	13. The facilitator gave me enough time to express my feelings before commenting.	13. L'animateur(rice) m'a laissé assez de temps pour verbaliser mes sentiments avant qu'il ou elle commente.
14. The debriefing session facilitator talked the right amount during debriefing	14. The facilitator did just enough talking during the debriefing.	14. The debriefing session facilitator talked the right amount during debriefing.	-
15. Debriefing provided a means for me to reflect on my actions during the simulation	15. The debriefing gave me an opportunity to reflect on how I acted during the simulation.	15. Debriefing gave me the opportunity to reflect on my actions during the simulation.	15. Le débriefing m'a permis de réfléchir à mes actions en simulation.
16. I had enough time to debrief thoroughly	16. I had enough time to be fully debriefed.	16. I had enough time to debrief thoroughly.	-
17. The debriefing session facilitator was an expert in the content area	17. The debriefing facilitator had expert knowledge of the content of the simulation.	17. The debriefing session facilitator was an expert in the simulation content area.	-

Appropriate Facilitator Guidance	Quality of support from the facilitator	Appropriate facilitator guidance	-
18. The facilitator taught the right amount during the debriefing session	18. The explanations the facilitator gave during the debriefing were adequate .	18. The facilitator provided sufficient explanations during debriefing.	-
19. The facilitator provided constructive evaluation of the simulation during debriefing	19. The facilitator gave a constructive evaluation of the simulation in the debriefing.	19. The facilitator provided a constructive evaluation of the simulation during debriefing.	-
20. The facilitator provided adequate guidance during the debriefing	20. The facilitator provided appropriate supervision during the debriefing.	20. The facilitator provided adequate guidance during debriefing.	-

Dernière section de l’outil DES			
Version originale de l’outil	Rétrotraduction 1 – Santé	Rétrotraduction 2 – Nuances linguistiques	Changements <u>après la rétrotraduction</u>
Comments:	Comments:	Comments:	-
<i>We would like to know a little more about you:</i>	<i>We would like to know a little more about you:</i>	<i>We would like to find out a little more about you:</i>	-
Sex (Circle): Female Male _____	Gender (please circle): Female Male Other	Gender (circle): Woman Man Other	-
Your Age:	Age:	Age:	-
Ethnicity:	Ethnic background :	Ethnic origin :	-

Date of your debriefing:	Date of your debriefing:	Debriefing date:	-
Title of your course and course #:	Course title and code :	Course title and abbreviation:	-
Number of participants in your debriefing group:	Number of participants in your debriefing group:	Number of participants in your debriefing group:	-
Number of debriefings you have participated in previously:	Number of debriefings you have already attended :	Number of prior debriefings you've participated in :	-
What is your professional background (e.g. MD, RN, Pharmacist, OT or other)?	Your profession (e.g. physician, nurse, pharmacist, occupational therapist, or other).	What is your occupation (e.g. doctor, nurse, pharmacist, occupational therapist or other)?	Quelle est votre profession (ex. : médecin, infirmière, pharmacien, ergothérapeute ou autre)?
If you are already a licensed health professional, how many years of direct patient care have you had? ____ Years	If you already have a permit to practise as a healthcare professional, how long have you been caring for or treating patients directly? ____ year(s).	If you already have a health care professional licence, how many years have you been involved in providing direct care to patients? ____ year(s).	-
Are you a health professions student? (Circle) Yes No If yes, in what profession?	Are you studying in a healthcare field ? (Please circle.) Yes No If so, for what profession?	Are you studying in a health care field ? (Circle). Yes No If yes, in which occupation ?	-
THANK YOU FOR HELPING US TO UNDERSTAND THE DEBRIEFING EXPERIENCE!	Thank you for helping us understand your debriefing experience!	Thank you for helping us understand the debriefing experience!	-

Annexe Q – Version intégrale du DES-FR

À remplir par le formateur :

Établissement: _____

Date: _____

DES-FR

Échelle de l'expérience de débriefing

Debriefing Experience Scale (DES; Reed, 2012; traduit et adapté par Khetir et Lavoie, 2022)

Type de débriefing:

Encercler : Discussion sans vidéo / Discussion avec vidéo

Autre (précisez) : _____

Encercler le nombre qui reflète le mieux votre opinion sur votre expérience de débriefing.

Évaluez chaque énoncé selon son importance pour votre expérience de débriefing :

- 1 – Fortement en désaccord 4 – D'accord
 2 – En désaccord 5 – Fortement d'accord
 3 – Indécis– vous n'êtes ni d'accord ni en désaccord
 NA – Ne s'applique pas; l'énoncé ne concerne pas ce débriefing

- 1 – Pas important
 2 – Assez important
 3 – Neutre
 4 – Important
 5 – Très important

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Ne s'applique pas	Pas important	Assez important	Neutre	Important	Très important
Apprendre et faire des liens											
1. Le débriefing m'a aidé à faire des liens entre mes connaissances.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
2. Le débriefing a été utile pour faire le bilan de mon expérience de simulation.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
3. Le débriefing m'a permis d'apprendre.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
4. Le débriefing m'a aidé à comprendre la situation rencontrée en simulation.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
5. J'ai obtenu des réponses à mes questions sur la simulation.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
6. Le débriefing m'a permis de prendre conscience de mes sentiments, de mes pensées et de mes actions.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
7. Le débriefing m'a aidé à clarifier des difficultés rencontrées en simulation.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
8. Le débriefing m'a aidé à faire des liens entre la théorie et des situations réelles.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5

	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	D'accord	Fortement d'accord	Ne s'applique pas	Pas important	Assez important	Neutre	Important	Très important
Analyser les pensées et les sentiments											
9. Le débriefing m'a aidé à analyser mes idées et mes pensées.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
10. L'animateur(trice) a renforcé certaines actions des participant(e)s.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
11. L'environnement physique du débriefing était confortable.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
12. Des sentiments négatifs issus de la simulation ont été atténués par le débriefing.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
Habilité de l'animateur(trice) à diriger le débriefing											
13. L'animateur(trice) m'a laissé(e) le temps pour verbaliser mes sentiments avant de commenter.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
14. Lors du débriefing, il y avait un équilibre entre les moments où l'animateur(trice) a parlé et les moments où j'ai pu parler.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
15. Le débriefing m'a permis de réfléchir à mes actions en simulation.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
16. J'ai eu assez de temps pour débriefer en profondeur.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
17. L'animateur(trice) maîtrisait bien le contenu de la simulation.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
Accompagnement de l'animateur(trice)											
18. L'animateur(trice) a donné assez d'explications pendant le débriefing.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
19. Les interventions de l'animateur étaient constructives.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5
20. L'animateur(trice) a offert un accompagnement adéquat lors du débriefing.	1	2	3	4	5	NA	1	2	3	4	5

Commentaires :

Nous aimerions en savoir un peu plus sur vous:

→ Genre (encerclez): Femme - Homme – Autre :

→ Âge : _____ Origine ethnique : _____

→ Date de votre débriefing : _____ Sigle et titre du cours : _____

→ Nombre de participants dans votre groupe de débriefing : _____

→ Nombre de débriefings auxquels vous avez déjà participé: _____

→ Quelle est votre profession (ex. : médecin, infirmière, pharmacien, ergothérapeute ou autre)? _____

→ Si vous avez déjà un permis de professionnel de la santé, pendant combien d'années avez-vous prodigué des soins directs aux patients? ____
Années

→ Étudiez-vous dans un domaine de la santé? (Encerclez) : OUI - NON

Si oui, dans quelle profession? _____

Merci de nous aider à comprendre l'expérience du débriefing!