

Université de Montréal

**Mise à l'essai de l'intégration de l'approche par compétences
aux formations réalisées par les conseillères en sciences infirmières en milieu clinique**

Par

Yvonne-Annick Alobhouet Abredan

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures en vue de
l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc.) en Sciences infirmières

Option : Formation en Sciences infirmières

Mai 2019

© Yvonne-Annick Abredan, 2019

Université de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Ce rapport de stage :

**Mise à l'essai de l'intégration de l'approche par compétences
aux formations réalisées par les conseillères en sciences infirmières en milieu clinique**

Présenté Par

Yvonne-Annick Alobhouet Abredan

A été évalué par un jury constitué des personnes suivantes :

Jérôme Gauvin-Lepage, Ph. D.

Directeur de stage

Louise Boyer, Ph. D.

Co-directrice de stage

Marie Giasson, M. Sc.

Personne-ressource du stage et Membre du Jury

Johanne Goudreau, Ph. D.

Membre externe du Jury

Résumé

Selon Côté, Tanguay, Gagnon, Charlin et Michaud (2014), les infirmières entreprennent des actions d'évaluations et de surveillances cliniques, appliquent les plans de soins infirmiers et médicaux tout en assurant le suivi de cette clientèle. Ces actions sont d'une importance majeure. Or, compte tenu de la lourdeur de la tâche de soins et des nouvelles responsabilités qui leur incombent, certaines infirmières évoquent différentes raisons qui font en sorte qu'elles ne sentent pas suffisamment outillées pour intervenir dans certaines situations cliniques (Shin, Jung, Kim, Lee et Eom, 2010). Selon Audétat Voirol, Chapados et Laurin (2014), une lacune au niveau du raisonnement clinique infirmier (RCI) pourrait être en cause, car certaines infirmières présentent de la difficulté à adapter leurs interventions dans des circonstances différentes que celles apprises en formation. Cependant, les infirmières dénoncent le fait que les formations continues théoriques et cliniques qu'elles reçoivent sont accélérées et qu'elles ne semblent pas refléter la réalité à laquelle elles sont confrontées (Al-Dossary, Kitsantas et Maddox, 2014). Il est donc primordial que, tout au long de leur parcours professionnel, les infirmières puissent avoir des formations pertinentes et réalistes pouvant leur donner un aperçu des situations complexes auxquelles elles seront confrontées. Ces formations devraient leur permettre de développer des compétences d'interventions efficaces au niveau de la gestion du patient, de sa famille ainsi que de l'équipe de soins, en plus de pouvoir les transférer efficacement dans leur pratique quotidienne. L'approche par compétences (APC) permet, au travers ses différentes activités pédagogiques, l'intégration multidisciplinaire de connaissances de façon optimale et la capacité à l'apprenant de donner un sens à ses apprentissages (Tardif, 2003). Selon Nguyen et Blais (2007), l'APC permet la conception d'activités qui favorisent le développement de l'analyse critique, l'exercice d'un raisonnement clinique, d'habiletés de communication et de leadership. Ces éléments sont indispensables à une pratique infirmière optimale (Larue et al., 2013; Audétat Voirol et al., 2014). Cependant, cette approche est très peu utilisée dans les milieux cliniques, malgré son haut potentiel et les recommandations d'instances (Institut National de Santé Publique du Québec, 2011). Or, un changement d'approche pédagogique passe nécessairement par la maîtrise de l'APC par les infirmières chargées de la formation. Ainsi, cette mise à l'essai avait pour but l'intégration de l'APC aux formations réalisées par les conseillères en soins infirmiers du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSSME). Seize conseillères en sciences infirmières (CSI) du CISSSME ont été amenées à transformer leurs formations par objectif en formation par compétences à l'aide de la formation en ligne : « Transformer vos formations » du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI), et ce, dans le but de favoriser le développement du raisonnement clinique des infirmières qu'elles formeront. Cette mise à l'essai a suscité un embryon de changement dans le milieu avec la décision de la direction des soins infirmiers d'opter pour cette approche et de planifier la formation de l'ensemble des CSI du milieu.

Mots clés : Formation, Formation infirmière, Formateur, Approche par compétences

Abstract

Nurses have the responsibility to assess, monitor, apply nursing and medical care plans and ensure follow-up with their patients (Côté, Tanguay, Gagnon, Charlin and Michaud, 2014). However, those responsibilities come with their own set of burdens. Lack of confidence, and difficulty in mobilizing resources, are several reasons that nurses feel they are not well equipped to react in certain clinical settings (Shin, Jung, Kim, Lee and Eom, 2010). Audétat Voirol, Chapados and Laurin (2014) believe that a gap in clinical reasoning (RCI) explain the difference between real live clinical situations and those learned during a nurses' education. However, nurses denounce that theoretical knowledge and clinical training is often accelerated and seldom reflects the reality of nursing (Al-Dossary, Kitsantas and Maddox, 2014). It is therefore essential that throughout their career, nurses have relevant and realistic training that will give them an accurate overview of the complexity of nursing. This training was to enable nurses to develop and transfer into their daily practice effective multidisciplinary decision-making skills in the management of their patients and families. Through various pedagogical activities, a Competency-based approach (APC) allows the multidisciplinary integration of knowledge in an optimal way and enables the learner to give meaning to his / her learning (Tardif, 2003). According to Nguyen and Blais (2007), a Competency-based approach allows the design of activities that foster the development of critical analysis, clinical reasoning, communication skills and leadership. These elements are essential for optimal nursing practice (Larue and al., 2013; Audétat Voirol and al., 2014). Despite its high potential and being recommended by the Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ, 2011), this approach is rarely used in the clinical setting. A change in pedagogical approach is required and nurse educators need to shift toward the Competency-based approach when developing new educational content. The purpose of this internship was to integrate the Competency-base approach into the training provided by the nurse educators of the Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CIUSSSME) using an online tool called Transform your training provided by the Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI), 16 Nurses educators were guided to transform one of their educational programs into a Competency-based approach. The intervention was done with the hope of improving the clinical reasoning of the nurses receiving this educational content. This intervention convinced the nursing direction of the health care center to provide the training session to all nurse educators in their center.

Keys words: Formation, Nurse educator , Nursing Formation, Competency-based approach

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à mes parents, Adèle et Esaïe, qui ont accepté de quitter l’Afrique et subir l’hiver québécois pour me permettre de réaliser mon rêve professionnel et de prendre soin de mes deux amours, Éthane et Kérann.

J’aimerais aussi remercier mon conjoint, Martin, qui est pour moi modèle de persévérance et un soutien inestimable. Merci pour ton amour, tes conseils dans mes périodes de doutes et de remise en question, pour avoir préservé ma santé mentale et m’aidant à décrocher lorsque c’était nécessaire.

Je remercie ma direction de maîtrise, M. Jérôme Gauvin-Lepage et Mme Louise Boyer, pour votre humanisme, le partage de votre expertise et votre accompagnement tout au long de mon parcours académique au deuxième cycle. Vos conseils et vos critiques constructives m’ont grandement permis de progresser dans ce domaine qui me passionne tant.

Je voudrais aussi remercier la direction du Centre d’innovation en formation infirmière (CIFI) qui, par l’entremise de Mme Boyer, m’a permis d’utiliser un précieux outil, soit « Approche par compétences : Transformez vos formations », dans le cadre de mon stage.

Finalement, j’aimerais remercier la Direction des Soins Infirmiers du Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de la Montérégie-Est, en l’occurrence Mme Marie Giasson, un modèle de leadership, qui s’est jointe sans réticence à mon projet en facilitant sa réalisation. Je tiens aussi à remercier les conseillères en sciences infirmières qui y ont participé et l’on enrichit par leurs expériences et suggestions

Table des matières

Listes des appendices	8
Liste des abréviations.....	9
Introduction	10
Problématique.....	11
Les besoins en formation continue des professionnels de la santé.....	12
L’approche par compétences, idéale pour les professionnels de la santé.....	12
Les besoins d’apprentissage des infirmières	13
Le raisonnement clinique infirmier et le leadership clinique infirmier	14
Les formateurs de la formation continue en sciences infirmières et l’approche par compétences	15
Pertinence du stage	16
But et intentions pédagogiques.....	17
Intentions d’apprentissage poursuivies.....	17
Recension des écrits théoriques et empiriques	18
L’approche par objectifs et ses lacunes	19
Le paradigme de l’apprentissage et l’avènement de l’approche par compétences.....	20
Pertinence de l’approche par compétences en sciences infirmières	21
Le raisonnement clinique infirmier et le leadership clinique infirmier	22
Cadre de référence	24
Outils de l’intervention.....	24
Déroulement du stage.....	26
Échéancier du stage	27
Étapes préparatoires au stage.....	27
Première cohorte de formation	28
Deuxième cohorte de formation	30
Suivi et soutien post-formation.....	31
Résultats et discussion.....	34
Au niveau des séances de formation.....	35

Au niveau de l'appréciation de la formation	36
Au niveau du suivi et du soutien post-formation.....	38
Au niveau de la pertinence du stage	39
Constats	40
Atteinte des intentions pédagogiques.....	42
Intentions pédagogiques du stage	43
Intentions d'apprentissage poursuivies.....	43
Forces et limites de l'intervention	46
Retombées du stage sur le milieu et la pratique infirmière	47
Recommandations	48
Au niveau de la formation infirmière.....	48
Au niveau de la gestion infirmière.....	48
Au niveau de la recherche en sciences infirmières.	48
Conclusion.....	49
Références	50
Appendices	58

Listes des appendices

Appendice A: Échéancier du stage	59
Appendice B: Présentation de l'activité de recrutement des conseillères en sciences infirmières	61
Appendice C: Canevas des groupes de formation.....	71
Appendice D: La situation clinique et sa fiche de transformation.....	73
Appendice E: Fiche de transformation à compléter.....	81
Appendice F: Stratégies pédagogiques	85
Appendice G: Situation clinique et étapes d'apprentissage par situation infirmière clinique (APSIC)	97
Appendice H: Guide de lectures d'apprentissage par situation infirmière clinique (APSIC)	101
Appendice I: Exercice d'apprentissage par vignette clinique courte (AVCC)	103
Appendice J: Formation par concordances de scripts (FCS)	105
Appendice K: Fiche de transformation complétée	110
Appendice L: Questionnaire d'appréciation	115
Appendice M: Fiche de présentation de la formation du centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)	117
Appendice N: Guide de la formation	122

Liste des abréviations

AIIC : Association des Infirmières et des Infirmiers du Canada

APC : Approche par compétences

CIFI : Centre d'Innovation en Formation Infirmière

CISSSME : Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de la Montérégie-Est

CSI : Conseillères en sciences infirmières (composées des conseillères-cadres en soins spécialisés et conseillères en soins infirmiers)

DSI : Direction des soins infirmiers

INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec

LCI : Leadership clinique infirmier

OIIQ : Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec

PPO : Pédagogie par objectifs

RCI : Raisonnement clinique infirmier

SDC : Service de développement des compétences

APSIC : Apprentissage par situation infirmière clinique

AVCC : Apprentissage par vignette clinique courte

FCS : Formation par concordance de script

FSI-UdeM : Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal

FPC : Formation par compétences

Introduction

Ce projet tire son origine d'interrogations et d'insatisfactions vécues dans la pratique professionnelle de la stagiaire au sujet de la formation continue en soins infirmiers. Ainsi, devant celles-ci, quelques questions l'ont interpellée : l'offre de formation continue actuellement disponible se révèle-t-elle aidante pour les apprentissages ? La formation dispensée amène-t-elle les infirmières à réfléchir sur leur pratique ? Nos formations actuelles favorisent-elles le développement des compétences ? C'est donc ces grandes préoccupations de développement professionnel et un désir impérieux de répondre à celles-ci qui a stimulé la mise à l'essai d'une nouvelle approche en formation en milieu clinique, soit l'approche par compétences (APC). Dans le cadre de ce rapport, le nominatif « Conseillères en Sciences Infirmières (CSI) » désignera le groupe composé par les conseillères-cadres en soins spécialisés et les conseillères en soins infirmiers. Ce travail sera structuré en trois parties. La première partie décrira la problématique, le but, les intentions pédagogiques du stage, les intentions d'apprentissage de la stagiaire, la recension des écrits et le cadre de référence de ce projet. La deuxième partie sera consacrée au déroulement du stage. Enfin, dans la troisième partie seront détaillés les résultats, leur discussion et les recommandations pour la pratique infirmière. Une brève conclusion mettra fin à ce travail.

Problématique

Les besoins en formation continue des professionnels de la santé

Le domaine de la santé est influencé par de nouvelles réalités que sont les avancées de la science et de la technologie, l'émergence de nouveaux champs de pratique et les besoins complexifiés de la population en matière de santé (Institut National de Santé Publique du Québec [INSPQ], 2011). Devant une telle évolution de la société, la transformation des rôles des professionnels de la santé s'avère plus que nécessaire afin d'adapter leurs pratiques aux changements en cours en vue de répondre aux besoins de la clientèle (INSPQ, 2011). En effet, le renversement de la pyramide d'âges induit des contextes de soins variés et plus spécialisés auprès d'une clientèle plus malade et plus âgée (Sarrazin, 2009). Ces différents contextes obligent les professionnels de la santé à gérer des situations de plus en plus complexes et à être à la fine pointe de la technologie (Sarrazin, 2009 ; Dubois, D'Amour, Pomey, Girard et Brault, 2013). Or, le rapport de l'INSPQ (2011) dénonce les grandes difficultés des étudiants en sciences de la santé ayant terminé leurs études dans l'utilisation de leurs connaissances et de leurs habiletés afin de résoudre des problèmes ou à accomplir des activités professionnelles. Ainsi, pour faire face à ces difficultés, la formation continue professionnelle s'avère plus que nécessaire. Cependant, le rapport de l'INSPQ (2011), qui est spécifique au système de santé québécois, stipule que dans plusieurs milieux professionnels, les approches pédagogiques utilisées demeurent archaïques et ne répondent plus aux besoins d'apprentissages des professionnels de la santé. L'INSPQ recommande donc un remodelage des activités d'enseignement en formation continue, car la qualité de la formation s'inscrit comme une condition essentielle à l'amélioration de la qualité des soins (INSPQ, 2011). À la suite de ce constat, le rapport de l'INSPQ recommande l'utilisation de l'APC en milieu clinique comme approche de formation des professionnels de la santé, et ce, à l'image de certains milieux académiques (INSPQ, 2011).

L'approche par compétences, idéale pour les professionnels de la santé

L'APC, qui a pour fondement le cognitivisme, le constructivisme et le socioconstructivisme, semble être une approche pertinente pour le développement des compétences (Buffault et al, 2011). En effet, elle permet d'assurer l'amélioration constante des pratiques au sein du système de santé étant donné la complexité grandissante des situations, le changement organisationnel et l'essor des nouvelles technologies de l'information et de la communication (INSPQ, 2011). Selon Charette (2018), l'APC suggère de considérer l'apprentissage comme un processus actif et contextualisé, afin de préparer les apprenants à agir en situation réelle.

L'enseignant ou le formateur développe des activités basées sur des méthodes d'enseignement et d'apprentissage actives qui placeront l'étudiant au cœur de son apprentissage grâce à des situations authentiques et signifiantes, stimulant ainsi sa motivation et construisant ses apprentissages en collaboration avec ses pairs (Charette, 2018). L'objectif est que l'apprenant soit préparé aux défis et aux situations qu'il rencontrera dans sa pratique. Ainsi, selon Pelaccia (2016), l'APC peut favoriser, non seulement le développement de compétences individuelles des professionnels de la santé, mais aussi collectives, particulièrement dans ce contexte de soins de grande complexité. Par conséquent, dans un souci de garantir la sécurité des patients et la qualité des soins, tout en assurant une formation continue pertinente à tous les niveaux (p. ex., orientation, résidence), plusieurs auteurs concluent qu'il est primordial de changer l'approche pédagogique de formation continue des professionnels de la santé (Goudreau et al., 2009 ; INSPQ, 2011 ; Cusack, Gilbert et Fereday, 2013).

Les besoins d'apprentissage des infirmières

À l'instar des autres professionnels de la santé, les infirmières font aussi face, dans leurs activités professionnelles, aux nouvelles réalités de la société. En effet, les infirmières entreprennent des actions d'évaluations et de surveillances cliniques, appliquent les plans de soins infirmiers et médicaux tout en assurant le suivi de la clientèle (Côté, Tanguay, Gagnon, Charlin et Michaud, 2014). Ces rôles sont d'une importance majeure, notamment afin de prévenir une condition de santé qui pourrait devenir instable (Côté et al., 2014). Or, les infirmières ne sont pas toujours préparées aux nouvelles responsabilités et à la lourdeur des tâches de soins qui leur sont assignées (Sarrazin, 2009). Selon Shin, Jung, Kim, Lee et Eom (2010), plusieurs études mettent en évidence que certaines infirmières peinent à s'adapter à leur milieu clinique et à exercer de façon autonome en début de carrière en raison d'un manque de confiance, de difficultés à mobiliser des ressources et à appliquer des concepts de soins infirmiers acquis en milieu académique, de même que de déficits dans les compétences de gestion et d'organisation.

Selon Audétat Voirol, Chapados et Laurin (2014), l'une des raisons majeures de ces manquements serait une lacune au plan du raisonnement clinique infirmier (RCI), car les infirmières ont notamment de la difficulté à adapter leurs interventions dans des circonstances différentes que celles apprises en formation. À cela, Mathieu (2016) ajoute que le manque de leadership clinique infirmier (LCI) pourrait aussi être une cause plausible, car les infirmières

montrent un niveau de soumission élevé devant les décisions imposées par le réseau de la santé et ne revendiquent pas de meilleures conditions professionnelles. Or, être compétent dans une situation professionnelle, c'est être capable d'agir adéquatement dans une situation de travail. C'est aussi de mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente, tout en mobilisant une combinaison appropriée de ressources (savoirs, savoir-faire, modes de raisonnement) (Le Boterf, 2015). Par ailleurs, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [OIIQ] (2011) stipule, dans son document d'orientation des pratiques infirmières, qu'en agissant sur les connaissances, les croyances, les attitudes et les habiletés dans le but de modifier les conduites, la formation continue favorise une pratique sécuritaire, et ce, par le maintien et l'amélioration de la compétence professionnelle. Les infirmières, qui ont accès à des activités de formation continue, ont la perception d'être plus compétentes et de donner de meilleurs soins (OIIQ, 2011). Ainsi, force est de constater que les infirmières ont besoin de formation professionnelle continue afin de faire face aux défis qu'impose l'exercice de la profession (Milhomme et Gagnon, 2010), particulièrement au niveau du développement de la compétence du RCI, mais aussi à celle du LCI.

Le raisonnement clinique infirmier et le leadership clinique infirmier

Le RCI est l'une des compétences centrales de la profession. En effet, le RCI permet de formuler un jugement sur la situation du patient et d'établir des priorités de soins (Côté et al., 2014). Pour Fonteyn et Ritter (2008), le RCI peut être défini comme les processus cognitifs et les stratégies utilisées pour comprendre la situation de santé des patients, prendre des décisions cliniques éclairées, résoudre des problèmes et obtenir les résultats attendus. Un RCI adéquat s'avère primordial, particulièrement en contexte de détérioration clinique. Le développement du RCI en milieu de pratique s'effectue principalement par l'acquisition d'expériences ou l'échange et le questionnement auprès de collègues considérés comme des modèles de rôle (Goudreau et al., 2009). Toutefois, l'absence d'activités d'apprentissage actives ancrées dans la réalité vécue du milieu clinique et de périodes consacrées à la réflexion et à la discussion pendant leur temps de travail s'inscrivent au rang des facteurs nuisibles au développement du RCI en milieu de pratique (Goudreau et al., 2015). Or, Milhomme et Gagnon (2010), tout comme Dubois et al. (2013), expliquent que les employeurs n'ont pas le luxe d'offrir aux infirmières des formations longues et coûteuses, mais réclament d'avoir rapidement des infirmières fonctionnelles et autonomes à la suite des formations continues.

Le leadership consiste, quant à lui, à l'utilisation judicieuse et subtile du pouvoir afin d'influencer les autres et de les amener à atteindre l'objectif fixé (Maranda et Lessard, 2017). Ainsi, exercer leur LCI devraient stimuler les infirmières à la recherche constante d'innovation clinique, de formation et de perfectionnement dans le but d'améliorer, non seulement la qualité des soins, mais aussi les conditions professionnelles (Mathieu, 2016). Cela sous-entend que les infirmières devraient dénoncer les manquements et être à l'affût de méthodes novatrices à proposer pour améliorer la formation clinique infirmière et la qualité des soins offerts. Selon le Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS] du Québec (2013), « l'implication des infirmières comme acteur majeur des réseaux intégrés de soins exige d'elles de développer des compétences clés : des compétences cliniques, des compétences en coordination des soins et des compétences de leadership » (p.16).

Toutefois, certaines infirmières remettent en question la qualité des formations continues qu'elles reçoivent en les qualifiant de théoriques, accélérées et parfois, peu réalistes (Spiriva et al., 2013 ; Al-Dossary, Kitsantas, et Maddox, 2014). Ainsi, la qualité de ces formations continues pourraient être à l'origine du déficit dans le développement des compétences de RCI et de LCI chez les infirmières en milieu clinique. Les résultats de ces études corroborent ainsi les écrits de Chamberland, Lavoie et Marquis (2006) qui attestent que, dans ces conditions, bien que les apprenants écoutent, l'apprentissage n'est pas optimal. Ces écrits rejoignent enfin le constat de l'INSPQ (2011) quant à la nécessité de changer l'approche pédagogique des formations continues, pour l'APC.

Les formateurs de la formation continue en sciences infirmières et l'approche par compétences

Pour Benner (1984), le développement des compétences professionnelles des infirmières débute pendant la formation initiale et se poursuit tout au long de la carrière, d'où la nécessité d'intégrer la formation initiale et continue dans une séquence logique d'apprentissages. Or, le curriculum des formations académiques des infirmières et celles des milieux cliniques diffèrent, brisant ainsi une certaine cohérence (Standing, 2007). Ce bris de cohérence peut occasionner des déficits dans l'intégration des apprentissages des infirmières dans le milieu clinique, et pourrait porter atteinte à la qualité des soins offerts aux patients (Standing, 2007). Dans cet ordre d'idées, Goudreau et al. (2013) soulignent la pertinence des programmes axés sur le développement des compétences afin de former des infirmières avec un plus haut niveau de compétences. Ces dernières

pourraient ainsi s'adapter au contexte contemporain des soins de santé (Goudreau et al., 2013). Or, plusieurs auteurs suggèrent, dans leurs écrits, que les formateurs en sciences infirmières des milieux cliniques ont très peu de connaissances sur l'APC pour pouvoir effectuer ce changement d'approche (Goudreau et al., 2009 ; 2015 ; INSPQ, 2011 ; Charette, 2018). Selon Charette (2018), les infirmières formatrices devraient être elles-mêmes formées à l'utilisation de l'APC pour exercer le rôle qu'elles doivent jouer dans l'apprentissage des infirmières. De plus, elles devraient adapter leurs interventions au niveau de compétence de ces dernières (Charette, 2018).

Ainsi, ce changement d'approche passe nécessairement par la formation des infirmières formatrices à l'APC. Cela implique, à la fois, la responsabilité personnelle des infirmières formatrices par leur engagement, leur curiosité, leur motivation et leur capacité à mobiliser des stratégies efficaces pour apprendre et se développer professionnellement, mais aussi par la responsabilité des organisations de soins qui doivent favoriser le soutien et l'accès à la formation (Dubois et Giroux, 2012 ; Audétat Voirol et al., 2014). Ces deux éléments, décrits par le modèle de gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos (2008), influencent positivement le développement des compétences cliniques des infirmières et peuvent aussi influencer l'amélioration de la qualité des soins. C'est ce contexte qui a motivé la Direction des Soins Infirmiers (DSI) du Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux de la Montérégie-Est [CISSSME] à accepter ce projet, car il vise à familiariser les formateurs de la formation continue en sciences infirmières (CSI) du CISSSME à l'APC en utilisant les deux compétences prioritaires à ce milieu, à savoir celles du RCI et du LCI.

Pertinence du stage

Selon Pepin, Kérouac et Ducharme (2017), le centre d'intérêt de la discipline infirmière précise les éléments cruciaux de la formation, notamment le savoir-être, le savoir et le savoir-faire, de sorte que l'appropriation de ces savoirs au cours des formations favorise la pratique d'un soin de qualité. Pour Pepin et al. (2017), le savoir-être regroupe l'expression des valeurs, croyances et attitudes ; le savoir, quant à lui, englobe les divers modes de savoirs personnels, esthétiques, éthiques, empiriques et émancipatoires ; et le savoir-faire regroupe la collaboration, l'expression du soin et la pratique réflexive (intégration des valeurs et des connaissances, intuition, analyse critique et jugement clinique). Milhomme, Gagnon et Lechasseur (2014) affirment que plusieurs modes de savoirs sont utilisés dans la visée de développer ou de soutenir les connaissances de la

discipline infirmière et, par conséquent, la pratique infirmière. Ce projet de maîtrise contribue à l'utilisation de connaissances empiriques issues de la recherche, car il tente de répondre à une problématique existante de la profession en utilisant des savoirs théoriques et pratiques propres à la discipline infirmière (Pepin et al, 2017). Du fait de l'appropriation par les sciences infirmières de l'APC, qui provient du domaine de l'éducation, ce stage aura permis d'utiliser des savoirs empiriques liés à la pédagogie dans le domaine de la formation en sciences infirmières, afin de donner un soin optimal aux populations en formant des infirmières compétentes.

But et intentions pédagogiques

Ce projet de stage, qui a eu lieu au CISSSME, visait à mettre à l'essai l'utilisation de l'APC comme approche des formations réalisées par les CSI du CISSSME. Les intentions pédagogiques étaient, d'une part, d'accompagner les CSI dans la compréhension des concepts de l'APC par la formation en ligne du Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI) de l'Université de Montréal (2018) : « Approche par compétences : Transformez vos formations ». D'autre part, de guider les CSI dans l'élaboration, étape par étape, de la conception et de la planification d'activités de formation par compétences (FPC) en milieu clinique afin qu'elles puissent utiliser cette approche dans leur pratique.

Intentions d'apprentissage poursuivies

Concernant les intentions d'apprentissage poursuivies dans ce stage, il s'agissait de maîtriser les concepts de l'APC et des étapes d'élaboration d'une FPC. Il s'agissait aussi de développer des compétences de leadership en influençant les CSI à utiliser l'APC dans leur pratique. Une autre intention d'apprentissage était de poursuivre le développement de la compétence de rigueur scientifique dans un cadre d'élaboration et de planification de formations en APC. Il s'agissait aussi de développer la compétence de formatrice de la stagiaire afin de tendre vers une expertise dans l'accompagnement de personnes ou de groupes désirant transformer leurs formations en utilisant l'APC. Enfin, le stage aura permis de développer des capacités d'auto-évaluation et de pratique réflexive sur la pratique d'enseignement.

Recension des écrits théoriques et empiriques

L'approche par objectifs et ses lacunes

La pédagogie par objectifs (PPO) est une approche éducative issue du béhaviorisme prônée par Tyler, en 1949 (Tyler, 2013). Elle tire son nom du fait de l'utilisation d'objectifs pédagogiques pour orienter les activités d'enseignement et d'apprentissage ainsi que pour vérifier les résultats et les effets obtenus (Meziane, 2014). La PPO se caractérise par son contenu qui doit être clairement énoncé et doit mentionner les conditions dans lesquelles le comportement escompté devrait se manifester, tout en indiquant le niveau d'exigence et les critères d'évaluation de l'apprentissage (Buffault et al., 2011). Selon Meziane (2014), l'intérêt pour la PPO a été rehaussé suite aux travaux de Bloom, dont la taxonomie est d'une grande notoriété (Bloom et al., 1975). Ainsi, la taxonomie de Bloom permet de s'assurer que les objectifs d'apprentissage soient liés entre eux et ordonnés de sorte à passer d'exercices de bas niveau cognitif à des exercices de plus haut niveau cognitif (Adams, 2015 ; Ramirez, 2017).

Bien que la PPO permet la réalisation d'apprentissages, il faut reconnaître que l'usage d'objectifs d'apprentissage présente des inconvénients. En effet, Buffault et al. (2011) soutiennent qu'avec cette approche, l'apprenant détient les connaissances et est capable de reproduire un comportement observable à la fin de son apprentissage. Toutefois, il ne sait pas comment l'appliquer dans les contextes qu'il rencontre. Buffault et al. (2011) affirment que cela est dû au fait que, dans cette approche pédagogique, la connaissance est transmise par l'enseignant et doit s'imprimer dans la tête de l'apprenant. Cette transmission des connaissances est organisée selon le jugement de l'enseignant et l'apprenant doit être capable de reproduire fidèlement le modèle qui lui est enseigné, il n'est donc pas au centre de son apprentissage (Buffault et al., 2011). L'accent est mis sur l'attention, la mémorisation des contenus transmis et la reproduction observable de comportements, alors que peu d'intérêt est accordé au transfert des connaissances ou à la mobilisation des connaissances dans des contextes différents du contexte d'apprentissage (N'Guyen et Blais, 2007). De plus, la PPO tient peu compte des apprentissages en lien avec la créativité, l'expression, la découverte, dont les résultats sont peu prévisibles. Dès lors, elle induit un morcellement des connaissances qui nuit à la signifiante des apprentissages à réaliser (Deronne, 2012).

Dans cette approche, l'usage de l'exposé magistral demeure la formule pédagogique la plus utilisée. Toutefois, cette formule tant prisée ne semble pas être une valeur ajoutée pour l'apprentissage, car un grand nombre d'études ont démontré les lacunes de cette formule

pédagogique (Gopaul et al., 2012). En effet, l'utilisation de longs segments de temps d'exposé magistral est associée à une forte réduction du degré d'engagement, de la motivation des apprenants et des interactions entre l'enseignant et ceux-ci (Bunce et al., 2010 ; Duguet et Morlaix, 2012). Selon Mann et Robinson (2009), l'exposé magistral suscite l'ennui et réduit la fréquentation des cours. Il est aussi associé à une perte d'attention progressive (Bunce et al., 2010). Cette stratégie engendre par ailleurs une compréhension et une rétention plutôt limitées des contenus (Short et Martin, 2011). L'exposé magistral suscite ainsi une perception défavorable de l'utilité, du sentiment de compétence et du sentiment de contrôle de l'apprenant qui peine à définir un sens à son apprentissage (Duguet et Morlaix, 2012). Duguet et Morlaix (2012) soutiennent qu'un des facteurs responsables de l'échec des apprenants au premier cycle universitaire est l'utilisation de l'exposé magistral comme seule formule pédagogique.

Le paradigme de l'apprentissage et l'avènement de l'approche par compétences

Selon Duguet et Morlaix (2012) ainsi que Meziane (2014), les lacunes de la PPO ont poussé le monde de l'éducation vers un autre paradigme, à savoir celui de l'apprentissage. Ce paradigme implique une importante modification des pratiques pédagogiques centrées sur l'enseignement au profit de celles centrées sur l'apprenant, afin de faciliter l'acquisition de savoirs complexes et de favoriser le développement de ses compétences (Poumay, Georges et Tardif, 2017). Ainsi, parallèlement aux transformations que connaît la pratique infirmière, l'enseignement fait l'objet d'une réforme, dont le fondement est basé sur le constructivisme, le postulat de Piaget, ainsi que le cognitivisme et le socioconstructivisme (Bourgeois, 2011). Dans le cognitivisme, l'accent est mis sur le processus qui permet l'atteinte d'une performance, le processus est tout aussi important que le produit (Bourgeois, 2011). L'étudiant est comme un processeur d'informations, qui reçoit et sélectionne l'information, l'organise, la mémorise, la récupère et la communique tout en construisant ses connaissances à partir de ses propres connaissances antérieures (Bourgeois, 2011). Selon le postulat de Piaget, qui fait référence au constructivisme, il n'y a de connaissance que celle construite par l'apprenant lui-même, par son activité cognitive, c'est-à-dire qu'en dehors de cette activité, une trace de la connaissance construite par autrui demeure et devient sienne que si l'apprenant fait l'effort de la reconstruire (Piaget, 1971). Avec le socioconstructivisme, l'apprenant transforme, ajuste et intègre ses nouvelles connaissances à ses connaissances antérieures grâce à son interaction avec ses pairs et son enseignant (Menard et St-Pierre, 2014). Les connaissances ne sont donc pas transmissibles, mais uniquement construites par celui qui apprend. Ainsi, l'APC se

définit comme une approche dans laquelle l'enseignant doit adopter des stratégies pédagogiques centrées sur l'apprenant favorisant la construction des savoirs (Poumay et al., 2017).

Dans cette perspective, dans la construction cognitive de savoirs propres aux apprenants, l'enseignant n'apparaît plus comme un transmetteur de savoirs, mais plutôt comme un guide, un facilitateur ou un accompagnateur dans le développement des compétences de l'apprenant. (Poumay et al., 2017). Or, qu'est-ce qu'une compétence ? Tardif (2006) définit la compétence comme « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p.22). L'APC permet donc, au travers de ses différentes activités pédagogiques, l'intégration multidisciplinaire des connaissances de façon optimale et la capacité de l'apprenant à donner un sens à ses apprentissages (Tardif, 2003). Enfin, selon Lasnier (2014), l'intégration des connaissances favorise le transfert de ces apprentissages dans un autre contexte. Par exemple, l'infirmière qui intègre en profondeur les apprentissages réalisés en formation pourra les transférer dans sa pratique clinique. Dans ce contexte, ceci semble être fort pertinent aux sciences infirmières.

Pertinence de l'approche par compétences en sciences infirmières

Plusieurs auteurs ont rapporté les retombées positives de l'intégration de cette approche auprès d'apprenantes infirmières, notamment au niveau de l'amélioration de leur raisonnement clinique (Larue, Dubois, Girard, Goudreau et Dumont, 2013), de l'acquisition plus aisée de nouvelles connaissances (Larue et al., 2013), et de l'augmentation de leur niveau d'intérêt et de signifiante (Poumay et al., 2017). Selon Nguyen et Blais (2007), l'APC permet la conception d'activités qui favorisent le développement de l'analyse critique, l'exercice d'un raisonnement clinique, d'habiletés de communication et de leadership. Ces éléments sont étroitement liés aux compétences du raisonnement clinique et du leadership, qui sont des compétences pertinentes, voire indispensables, à une pratique infirmière optimale (Larue et al., 2013 ; Audétat Voirol et al., 2014).

Dans ces circonstances, l'APC devient l'approche pédagogique qui offre les conditions favorables pour relever les défis contextuels, que posent aussi bien la pratique, que l'enseignement des sciences infirmières (Goudreau et al., 2009). Selon l'INSPQ (2011), dans plusieurs milieux cliniques, les approches pédagogiques utilisées demeurent archaïques et ne répondent plus aux besoins d'apprentissage. En effet, l'APC est peu utilisée en formation dans le milieu de la santé,

car l'approche pédagogique privilégiée demeure la PPO (INSPQ, 2011). L'utilisation de cette approche persiste, malgré les lacunes dont font état les résultats de recherches et les différentes recommandations des chercheurs. Pourtant, selon Nguyen et Blais (2007), « l'APC privilégie le développement de compétences par l'apprentissage à partir de situations authentiques et de problèmes complexes et favorise le développement d'une pratique professionnelle réflexive et intentionnelle » (p. 232). Ceci se réalise notamment par des activités récurrentes de rétroaction, permettant aux apprenants de développer des schèmes cognitifs de gestion de problèmes complexes (Nguyen et Blais, 2007). Par conséquent, dans le souci de garantir la sécurité des patients et la qualité des soins, en assurant une formation pertinente à tous les niveaux (p. ex., orientation, formation continue), il est primordial de changer l'approche de formation continue dans les milieux de soins et d'orienter les formateurs vers l'APC, car elle semble idéale pour solutionner les besoins pédagogiques en formation continue (INSPQ, 2011 ; Cusack et al., 2013 ; Goudreau et al., 2015). Ainsi, avec cette approche, les formateurs pourront élaborer des formations permettant de développer le raisonnement et le leadership cliniques chez les infirmières, deux compétences essentielles que la DSI du CISSME souhaite améliorer en priorité chez leurs infirmières.

Le raisonnement clinique infirmier et le leadership clinique infirmier

Dans un contexte où la complexité des soins requis par l'état de santé des patients se fait de plus en plus sentir, le développement du RCI et du LCI est alors une préoccupation importante chez les formateurs en sciences infirmières, car ce sont des compétences fondamentales pour la pratique infirmière (Goudreau et al., 2013).

Le RCI est défini comme l'ensemble des « processus cognitifs complexes d'utilisation de la cognition, de la métacognition et des savoirs disciplinaires pour rassembler et analyser les données, évaluer la portée des données recueillies afin de décider des interventions cliniques » [traduction libre] (Simmons, 2010, p. 1155). Or, selon Andersson, Klang et Petersson (2012), l'observation de la pratique infirmière et l'analyse des « erreurs » dans les milieux cliniques mettent l'emphase sur les difficultés reliées au RCI. En effet, les connaissances antérieures et celles acquises pendant les formations sont difficilement combinées et mobilisées pour répondre à des situations qui sont de plus en plus complexes (Benner, Stephen, Leonard, et Day, 2010 ; Levett-Jones et al., 2010 ; Goudreau, Boyer, et Létourneau, 2014). Pour Alfaro-Lefèvre (2013), les infirmières peinent à identifier clairement des données pertinentes à la compréhension d'une

situation de soin et à générer des hypothèses cliniques. Par conséquent, le raisonnement clinique est une compétence primordiale à développer chez les infirmières (Charette, 2018 ; Audétat Voirol, Chapados et Laurin, 2014).

Le LCI est, selon Maranda et Lessard (2017), la deuxième compétence clinique pertinente à la pratique infirmière. En effet, le leadership consiste en l'action subtile d'influencer des personnes afin d'atteindre un objectif. Le but du LCI est d'assurer une meilleure intégration des soins et services fournis afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients (Patrick, Laschinger, Wong, et Fleury, 2011). Ainsi, les infirmières font preuve de leadership quand elles exercent une influence positive auprès des patients, de leur famille et de l'équipe de soins, afin de s'assurer que les soins et les services offerts sont orientés vers la santé et le mieux-être des personnes (Chavez et Yoder, 2015). En effet, l'exercice du LCI rend la communication plus efficace entre les membres de l'équipe, et elle améliore la coordination des soins (Maranda et Lessard, 2017). Selon Patrick et al. (2011), c'est une compétence professionnelle centrale qui permet d'assurer des soins sécuritaires et de qualité.

Audétat Voirol et al. (2014) soutiennent que la planification d'activités de formation continue doit permettre d'intégrer le concept de raisonnement clinique et la compréhension des difficultés dans ce raisonnement afin de pallier à ces difficultés. En formation continue dans les milieux cliniques, il ne s'agit pas, pour le formateur, de sanctionner par une note le développement de compétences, mais bien de moduler des stratégies d'enseignement en vue de l'amélioration de l'apprenant, afin que ce dernier puisse atteindre le niveau de compétences requis. De plus, Charette, Goudreau et Alderson (2014) concluent que c'est lors de la formation académique et au travers les différentes situations vécues dans la pratique professionnelle que les infirmières développent différents niveaux d'une compétence. Ainsi, le développement des compétences d'une infirmière ne s'arrête pas au terme de sa formation académique, mais continuera au travers les situations vécues et la formation continue, et ce, tout au long de sa carrière (Charette et al., 2014). De ce fait, Maranda et Lessard (2017) soutiennent qu'il est pertinent de faire la mise à jour des connaissances au travers de la formation continue, pour développer non seulement les compétences du RCI, mais aussi celle du LCI afin que les infirmières puissent occuper pleinement leur champ de pratique. Car, selon Pryor (2012), lorsqu'elles n'occupent pas pleinement leur champ de pratique, la population est privée d'une possibilité d'avoir des soins adaptés et de qualité.

Cadre de référence

Comme cadre de référence, le choix s'est porté sur les travaux de développement d'activités pédagogiques selon l'APC de Tardif (2003). Selon Goudreau et al. (2013), la formation des infirmières est un enjeu important pour la profession et la discipline, car elles sont amenées à comprendre, de nos jours, des expériences de santé de plus en plus complexes, telles que l'existence de multipathologies, le vieillissement de la population et la chronicité des maladies. Ce besoin a favorisé l'exploration d'autres approches pédagogiques afin de mieux préparer les infirmières à leur champ de pratique (Goudreau et al., 2009). Selon Tardif (2003), l'APC ouvre à divers styles d'apprentissages, diverses stratégies d'enseignement et permet aux apprenants, de divers horizons, de bénéficier d'une expérience d'apprentissage. C'est en ce sens que les travaux de Tardif (2003) viennent appuyer la problématique et guider l'élaboration d'activités de formation selon l'APC, afin d'optimiser la formation infirmière. Tardif (2003) recommande l'intégration de l'APC dans la pratique enseignante à tous les niveaux de formation (cursus scolaire, formation continue, orientation-intégration). Cette approche intégrée en milieu scolaire (INSPQ, 2011) commence aussi à l'être en milieu universitaire, notamment à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal [FSI-UdeM] (FSI, 2015 ; Poumay et al., 2017). Par conséquent, les milieux de soins doivent opter pour une approche d'enseignement plus efficace et plus optimale, telle que l'APC, afin de répondre à leurs besoins en matière de compétences (INSPQ, 2011). Les huit étapes de développement d'activités pédagogiques selon l'APC, telles que proposées par Tardif (2003), ont servi de cadre de référence à ce projet. Ce sont : 1 — Détermination des compétences composants le programme ; 2— Détermination du degré de développement attendu pour chacune des compétences à la fin du programme de formation ; 3— Détermination des ressources internes à mobiliser par les compétences ; 4— Étalement des compétences sur l'ensemble de la formation ; 5— Détermination des modalités pédagogiques sur l'ensemble du programme ; 6— Détermination des modalités d'évaluation des compétences en cours et au terme de la formation ; 7— Détermination de l'organisation du travail des formateurs, des apprenants dans les activités d'apprentissage ; et 8 — Établissement des modalités de suivi des apprentissages.

Outils de l'intervention

L'intégration de l'APC dans le milieu clinique s'est effectuée en utilisant, comme outil pédagogique, la formation en ligne du CIFI : « Approche par compétences : Transformez vos

formations » (2018). Cette formation, mise en ligne par le CIFI, a notamment pour but d'outiller et d'aider les différents formateurs des milieux académiques, mais aussi cliniques, dans la conceptualisation et l'élaboration de formations basées sur l'APC (CIFI, 2018). La conceptualisation de cette formation est une adaptation s'inspirant des étapes du développement d'un programme par compétences de Tardif (2003), qui est le cadre de référence de ce projet. La formation, à l'instar de celle de Tardif (2003), condense certaines étapes et comprend ainsi cinq modules : 1 — Déterminer les compétences ; 2— Déterminer le niveau de développement attendu au terme de la formation ; 3— Déterminer les ressources internes et externes à mobiliser et combiner ; 4— Appliquer les principes de la FPC ; et 5 — Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage (CIFI, 2018). C'est une formation en ligne interactive contenant des capsules vidéo et des présentations permettant à l'apprenant de comprendre l'approche, mais aussi de conceptualiser une activité pédagogique tout en évoluant dans le processus de la formation. Cette formation en ligne permet d'obtenir des heures de formations accréditées (CIFI, 2018). De plus, tout au long de cet apprentissage, les apprenants ont eu le soutien présentiel de la stagiaire afin de répondre à leurs questionnements, approfondir leur compréhension des concepts de l'APC, de même que pour valider la conceptualisation de leur formation.

Le référentiel des compétences infirmières en milieu de soins hospitaliers québécois de l'enfant à l'adulte (CHU Sainte-Justine, 2014 ; adapté par Boyer et al, 2016), est l'outil de base des formations qui ont été élaborées par les CSI. Selon les priorités de la DSI du CISSSME, deux compétences issues de ce référentiel permettant le développement du RCI et du LCI ont été principalement visées. La première est : « Exercer un jugement clinique infirmier » qui, selon Fonteyn et Ritter (2008), peut être définie comme les processus cognitifs et les stratégies utilisées pour comprendre la situation de santé des clients, prendre des décisions cliniques éclairées, résoudre des problèmes et obtenir les résultats attendus. La deuxième compétence est : « Démontrer un leadership clinique dans la pratique professionnelle », qui peut être définie comme l'engagement d'infirmières visionnaires, à être une source d'inspiration et à appuyer une pratique moderne, innovatrice et professionnelle des soins infirmiers (Association des infirmières et des infirmiers du Canada [AIIC], 2009).

Déroulement du stage

Échéancier du stage

Le stage s'est déroulé à temps complet sur une période de 12 semaines du 13 janvier au 5 avril 2019 inclusivement. Du 13 janvier au 25 février 2019 s'est effectuée la phase 1 du projet : Préparation et organisation des séances de formation et recrutement des participantes. La phase 2, constituée des séances de formation des CSI, s'est déroulée entre le 29 janvier et le 19 février 2019. Quant à la phase 3, le soutien et l'accompagnement des participantes, elle a débuté le 1er février et a été clôturée par une activité de partage le 27 mars 2019, au sein de laquelle les CSI ont présenté, à leurs collègues, l'activité de formation qu'elles ont élaborée. L'échéancier détaillé est annexé à ce travail (Appendice A).

Étapes préparatoires au stage

Le CISSSME a une trentaine de CSI répartie en trois secteurs : Richelieu-Yamaska, Pierre-Boucher et Sorel-Tracy. Pour les besoins du stage, l'objectif était de recruter six CSI volontaires pour participer aux activités, afin qu'elles puissent devenir des personnes ressources pour les autres CSI. Par anticipation, avec la collaboration de la conseillère-cadre en soins spécialisés-développement de la pratique (Mme Giasson), un courriel de sollicitation et de recrutement a été envoyé à toutes les CSI le 20 décembre 2018 en vue de faciliter leur libération et la réservation des locaux. Deux rencontres d'informations et de recrutement, d'une durée de 1 h 30, ont ensuite été réalisées les 22 et 25 janvier 2019, afin de présenter le cadre du stage et d'introduire l'APC aux participants en leur donnant un bref aperçu de ses principes, tels que définis par Lasnier (2014) (Appendice B).

En retour au courriel du 20 décembre et à la suite de la présentation, 16 CSI ont démontré leur intérêt à participer aux activités. Devant l'engouement, deux groupes de huit CSI ont été mis en place en tenant compte de leurs horaires respectifs. Il a fallu être accommodant et définir trois périodes de formation pour chacun des groupes en plus de permettre à certaines d'assister à chacune des trois périodes indépendamment du groupe. Les CSI pouvaient donc choisir les jours de présence tout en s'assurant de faire les trois périodes requises. Les salles ont ensuite été réservées aux dates sélectionnées. Le canevas détaillé des groupes, des périodes de formation et du nombre de participantes est annexé à ce travail (Appendice C). La formation dispensée était principalement basée sur la formation en ligne du CIFI, que la stagiaire a préalablement complétée une première fois dans le cadre d'un cours de deuxième cycle « Approches novatrices en formation infirmière » et une deuxième fois, en prélude au stage, afin de bien maîtriser les concepts et de pouvoir

accompagner de la façon la plus optimale les CSI dans leurs apprentissages. Pour répondre au besoin du milieu, à savoir : quoi choisir et comment intégrer une formule pédagogique tout en restant en APC ?, cinq stratégies pédagogiques ont été retenues en collaboration avec la conseillère-cadre en soins spécialisés-développement de la pratique (Mme Giasson), selon l'intérêt et le désir de les introduire dans leurs futures formations. Aussi, dans un souci d'être congruent avec l'approche, une micro-formation par APC a été réalisée sur ces cinq stratégies, qui sont : apprentissage par situation infirmière clinique (APSIC), l'apprentissage par vignette clinique courte (AVCC), les ateliers réflexifs, la baladodiffusion et la formation par concordance de script (FCS). Cette micro-formation était basée sur les écrits récents de la littérature grise et scientifique de la pédagogie et de la discipline infirmière. Des documents de soutien pour les activités ont été conçus pour être distribués au cours des séances.

Première cohorte de formation

La première journée de la formation s'est déroulée sur sept heures, hormis la pause-dîner, en mode présentiel avec huit CSI. Cette journée a essentiellement été dédiée à la formation en ligne du CIFI sur l'APC. Les CSI n'étaient pas étrangères aux concepts de l'APC, car certaines avaient déjà des connaissances sur l'approche, tandis que d'autres avaient fait des recherches préalables sur le sujet. De plus, la présentation lors de l'activité de recrutement a eu aussi son utilité, puisqu'elle a permis aux CSI de se familiariser avec les différents concepts de l'APC.

Bien que la formation du CIFI soit une formation en ligne, elle a été effectuée en mode présentiel par vidéoprojection. Chacun des cinq modules de la formation a été fait en groupe, un à la suite de l'autre, dans la même journée. À la fin de chacune des activités des différents blocs de formation (p. ex., vidéo, jeu-questionnaire, etc.), une période de questions et de synthèse était offerte afin de clarifier certains éléments, de faire des liens avec certaines notions vues précédemment ou de défaire certaines connaissances antérieures erronées. Les questions étaient surtout au niveau de la différence entre les objectifs et les intentions pédagogiques, comment déterminer les composantes essentielles d'une formation et comment utiliser un référentiel de compétences. Le modèle clinique inclus dans la formation du CIFI (Appendice D) a pu servir d'exemple à suivre. Au besoin, des exemples plus proches de leur réalité de pratique étaient donnés afin de favoriser la compréhension des CSI, mais aussi de donner un sens à leurs apprentissages (signifiante). Les activités de pauses réflexives incluses dans la formation permettaient de récapituler et de valider la compréhension des CSI. Les activités de ces pauses étaient résolues en

collaboration. Ces activités ont donc favorisé l'expression de questionnements des CSI, le partage des connaissances et la consolidation de leur compréhension de l'APC. En effet, chaque CSI qui exprimait une incompréhension obtenait une réponse de ses collègues qui avaient mieux compris les notions. Au besoin, des précisions ou certaines réponses étaient recadrées par la stagiaire.

Une fiche de transformation (Appendice F) permettant d'effectuer la modification d'une formation par objectif en FPC est incluse dans la formation et doit être complétée à la fin de chaque bloc. La fiche de transformation a été distribuée aux CSI et complétée aux moments indiqués dans la formation en se basant sur le référentiel de compétences infirmières (CHU Sainte-Justine, 2014 ; adapté par Boyer et al., 2016). Les CSI ont reçu du soutien pour mieux définir certains concepts, car elles restaient dans une dynamique de PPO. À la fin de la première journée, un tour de table a été fait afin de recueillir les perceptions des participantes sur la formation en vue de l'améliorer et la pertinence de cette approche pour le milieu.

Le jour 2 de la formation était dédié à l'expérimentation de stratégies pédagogiques. Les CSI avaient la latitude de poser des questions quand elles en ressentaient le besoin. Les réponses aux questions étaient toujours dans le même esprit de collaboration que le jour 1. La séance s'est tenue sur quatre heures au cours de laquelle les CSI ont, pendant 90 minutes, expérimenté l'aller de l'APSIC à l'aide d'une situation infirmière clinique (Appendice G) et des différentes étapes de l'APSIC tirées du guide de la FSI (2017) (Appendice G). L'activité a été animée par une CSI qui était familière avec la méthode pour l'avoir utilisé au cours de ses études à la FSI-UdeM. Après la période de l'aller, les CSI ont été formées sur la conception de cette activité, inspirée du guide des stratégies d'enseignement de la formation en ligne du CIFI. Pour simuler la période de travail personnel de cette activité, un guide de lectures a été conçu par la stagiaire et distribué aux CSI (Appendice H). L'étape de retour a été prévue pour le jour 3. Une heure a été consacrée sur le concept d'AVCC et la conception de vignette clinique courte selon Perrier (2014). Les CSI ont ensuite expérimenté un exercice pratique (Appendice I). Les réponses à cet exercice ont été récupérées de façon anonyme afin d'être utilisées comme réponses du panel d'experts lors de l'activité de formation par concordance de scripts. L'heure suivante a été consacrée à l'apprentissage de la baladodiffusion. Les CSI ont visionné un exemple de baladodiffusion (lien disponible dans les références), suivi d'un questionnaire à choix multiples interactif en ligne de type Kahoot. Au terme des différentes activités, les commentaires et appréciations ont encore une fois été recueillis et seront décrits dans la partie des résultats.

Le jour 3 de la formation était aussi d'une durée de quatre heures. Les CSI ont débuté la période par les différentes étapes de retour de l'APSIC. Les échanges ont été fructueux, et certaines, bien que sceptiques sur la méthode au départ, ont avoué en avoir beaucoup appris. La situation, qui faisait le lien entre l'APC, l'APSIC et le leadership, permettait aux CSI de faire une synthèse de leurs propres apprentissages dans cette formation. L'heure suivante a été consacrée aux ateliers réflexifs. Deux modèles issus de la littérature empirique infirmière ont été sélectionnés en collaboration avec les CSI : les activités de réflexions décrites par Huard, Blanchet-Garneau, Pepin et Larue (2016), et le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie, Boyer, Pepin, Goudreau et Fima (2017). Les deux modèles ont donc été proposés, expliqués et expérimentés par les CSI. Cela leur a permis de comprendre, de différencier et de se familiariser avec ces deux modèles qu'elles ont souhaité utiliser dans un futur proche au sein du CISSSME.

La dernière heure a été consacrée à la formation par concordance de scripts (FCS). Les CSI ont pu voir comment élaborer une telle activité avec un exemple issu des réponses qu'elles avaient données au cours de l'activité de l'AVCC. Les réponses récoltées anonymement ont servi à constituer les réponses du panel d'experts. L'organisation et la validation du contenu ont été faites par la stagiaire. Les CSI ont donc pu participer aux étapes de conception d'une micro FCS et en comprendre le principe (Appendice J). Au terme de chaque séance, les commentaires ont été recueillis verbalement sur les stratégies et sur la formation reçue de façon générale. Ces données seront décrites dans la partie des résultats.

Deuxième cohorte de formation

Pour donner suite aux suggestions des participantes de la première cohorte, un guide pour la formation a été conçu et distribué aux CSI par courriel, dès le début de la formation de la deuxième cohorte, pour en faciliter le suivi, plutôt que de recevoir les différents documents selon la progression. Concernant la deuxième cohorte, les similarités en lien avec la première cohorte dans le déroulement du stage ne seront pas mentionnées. Ainsi, le jour 1 de la formation de la deuxième cohorte s'est déroulé sur une journée de sept heures avec cinq CSI en présentiel et trois CSI en visioconférence. Cette journée était essentiellement dédiée à la formation en ligne du CIFI sur l'APC.

Le déroulement a été identique à la première cohorte. La dynamique de groupe a toutefois été un peu plus timide. Cependant, cela n'a pas influencé les discussions et la collaboration des

CSI sur les notions les moins bien comprises. Les participantes étaient moins réactives, il a fallu les interpeller un peu plus pour valider leur compréhension. Les pauses réflexives ont permis, de part et d'autre, de les rallier et de les faire participer davantage, car les deux sous-groupes donnaient chacun leur opinion. Le jour 2, prévu initialement, a été annulé pour cause d'intempérie, cela a donc nécessité un réajustement dans l'horaire. En collaboration avec la conseillère-cadre en soins spécialisés-développement de la pratique (Mme Giasson) et avec l'accord des CSI, la journée 3, qui était supposée être de quatre heures, a été prolongée pour une durée de huit heures, incluant une pause. Ce nouvel horaire, qui représente ainsi les jours 2 et 3 de la formation, a donc nécessité un réaménagement des activités prévues initialement. C'est ainsi que cette journée de formation s'est déroulée sur les trois sites en visioconférence, en raison de contraintes organisationnelles liées aux horaires des différentes CSI. Les activités ont tout de même pu se tenir, mais nécessitaient une certaine ingéniosité pour coordonner la participation des trois groupes à l'activité. Les étapes de l'aller de la situation d'APSIC ont été effectuées en début d'activité, avec pour animatrice une CSI qui maîtrisait bien les étapes de la méthode. Contrairement à la première cohorte, qui a eu une soirée pour se préparer pour le retour, une heure a été accordée à la suite de la pause aux CSI afin de faire les lectures requises. Les lectures ont toutefois été révisées et réduites à trois afin de favoriser une compréhension rapide et que les participantes puissent participer aisément à l'activité de retour qui a eu lieu en après-midi. Tout comme avec la première cohorte, les CSI ont eu les mêmes activités avec les stratégies comme l'AVCC, la baladodiffusion, les ateliers réflexifs et la FCS. Également, tout comme avec la première cohorte, au terme de chaque séance, les commentaires ont été recueillis verbalement sur les différentes stratégies et sur la formation reçue en général et seront décrits dans la partie des résultats. Toutefois, de façon générale, les commentaires et l'appréciation étaient semblables à ceux de la première cohorte.

Suivi et soutien post-formation

Plusieurs activités de suivi ont été réalisées. D'une part, la stagiaire a été intégrée aux rencontres de concertation sur le développement de formations en ligne entre la DSI et le service de développement des compétences (SDC), rencontre de concertation pour le développement et le déploiement des ateliers réflexifs et aux rencontres de concertation pour la FCS. La formation en ligne est l'un des moyens retenus par le CISSSME pour atteindre un plus grand auditoire, car elle leur permet d'éviter d'avoir à libérer le personnel pour des formations en présentiel, surtout dans

le contexte de pénurie de personnel. L'Espace Savoir est l'espace de formation en ligne du CISSSME accessible aux employés, peu importe le lieu de connexion. En collaboration avec la SDC, qui assure la gestion de l'Espace Savoir, il s'agissait pour la DSI d'intégrer des formations par compétences sur cet espace. En collaboration avec la conseillère-cadre en soins spécialisés-développement de la pratique (Mme Giasson) et une CSI (Mlle Martel) une modification du devis des formations a été suggérée afin de favoriser la description des formations qui seront basées sur l'APC. Le SDC a aussi été rencontré afin de discuter des possibilités d'introduire des baladodiffusions sur l'Espace Savoir et que le technopédagogue puisse apporter un soutien technique aux CSI dans leurs réalisations.

Concernant les ateliers réflexifs, la DSI prévoyait d'élaborer des ateliers réflexifs pour améliorer le raisonnement clinique des infirmières, et ce, avant le stage. Un comité de CSI avait donc été mis en place pour déterminer les modèles qui seraient utilisés dans les cadres de ces ateliers. Ayant été invitée à participer aux rencontres de ce comité, la stagiaire a pu contribuer à ce projet en proposant des modèles de réflexion probants, mais surtout en exposant ces modèles pouvant être utilisés dans une FPC. Ces modèles devaient permettre de stimuler la pratique réflexive chez les infirmières, mais aussi de développer leur jugement clinique. Plusieurs propositions de modèles ont été faites. Deux modèles issus de la littérature empirique infirmière ont été sélectionnés, puisqu'ils répondaient aux besoins du milieu, à savoir : les activités de réflexions décrites par Huard, Blanchet-Garneau, Pepin et Larue (2016), et le modèle de réflexion pour le jugement clinique de Lavoie, Boyer, Pepin, Goudreau et Fima (2017). Ce sont donc ces deux modèles qui ont été expliqués et expérimentés par les CSI participantes. Cela leur a permis de comprendre, de différencier et de se familiariser avec ces deux modèles intégrés dans une FPC qui seront utilisés dans un futur proche au sein du CISSSME. Des rencontres ont aussi eu lieu pour discuter de l'adaptation de ces modèles afin de répondre aux contraintes de temps et de disponibilités du milieu, en plus de favoriser la participation des infirmières des unités de soins à ces ateliers. Quant à la FCS, c'est aussi une des stratégies pédagogiques choisies par les CSI en vue d'améliorer le raisonnement clinique des infirmières. Étant une stratégie méconnue et pas encore implantée dans le milieu, des rencontres ont eu lieu afin d'en comprendre les principes et de discuter de la faisabilité de cette stratégie dans une FPC en ligne. Le mandat de la stagiaire dans toutes ces rencontres était d'expliquer comment concevoir des FPC en utilisant les différentes stratégies pédagogiques vues dans le cadre de ce stage. D'autre part, pour assurer le suivi auprès

des CSI à la suite de la formation sur l'APC, un calendrier de présence physique sur le lieu de stage leur a été envoyé pour faciliter la prise de rendez-vous. D'autres moyens de communication ont aussi pu être utilisés, tels que le courriel et la conférence téléphonique.

Une activité d'intégration, de partage des connaissances, a été organisée afin que les CSI ayant participé à la formation puissent présenter le résultat de leur formation en APC aux autres CSI. Pour l'activité d'intégration, les CSI devaient présenter une FPC sur un sujet lié à leur champ d'activités. Malheureusement, il aurait été utopique de leur demander cela, en raison du délai trop court entre la formation reçue et la fin du stage. De plus, en raison des tournées de formations de la DSI en cours, les CSI n'avaient plus de disponibilités pour se préparer adéquatement. Les CSI ont donc présenté la fiche de transformation de leur formation aux autres CSI et ont répondu aux questions de leurs collègues sur le scénario pédagogique qu'elles ont conçues. Six CSI étaient présentes à cette activité, deux en présentiel et quatre par visioconférence. Deux fiches ont été présentées : une réalisée individuellement (Appendice K) et l'autre réalisée par un groupe de quatre CSI. Toutes les deux étaient complètes et démontraient une excellente compréhension des principes de la FPC. La séance s'est achevée par un partage de 30 minutes sur les points à retenir pour élaborer une FPC. Une discussion a eu lieu sur les méthodes d'évaluation des apprentissages, surtout pour les formations en ligne, car le barème de notation autorise l'apprenant à ne pas réaliser tous les apprentissages essentiels. Enfin, un questionnaire d'appréciation (Appendice L) a été soumis à chacune des CSI participantes par courriel.

Résultats et discussion

Pour Tardif (2006) et Lasnier (2014), pour bien comprendre l'APC, il ne faut pas enseigner uniquement les concepts, mais savoir quand et comment les utiliser. Il faut anticiper les situations où les connaissances et les compétences auront à être employées et mettre l'apprenant dans ces contextes (Tardif, 2006). C'est donc ce qui a motivé le choix de la formation du CIFI et les activités sur les stratégies pédagogiques, car « c'est dans les situations authentiques que les compétences se développent » (Poumay et Georges, 2017, p.53).

Au niveau des séances de formation

La formation qui a été donnée aux CSI est une FPC, car elle respecte les principes de l'APC. La fiche de présentation de la formation est annexée à la fin du présent rapport (Appendice M). En effet, par la formation en ligne du CIFI, les apprenants ont pu acquérir des connaissances et comprendre les concepts dans leur globalité. À partir de cette globalité, les apprenants alternent entre le global et le spécifique au travers les différents blocs de la formation : c'est l'alternance. Les CSI passent ainsi des notions théoriques à un contexte plus spécifique avec la conception de leur propre formation. Cet aspect rend les apprentissages plus signifiants. Cette signifiante est rehaussée par la pratique des stratégies pédagogiques inspirées de situations cliniques authentiques rencontrées fréquemment dans la pratique infirmière. Selon Poumay et Georges (2017, p.53), « c'est dans les situations authentiques que les compétences se développent ». Cette pratique d'élaboration de formation rencontre aussi le principe de l'application, car l'accent est mis sur l'agir (Lasnier, 2014). L'apprentissage des notions liées à l'APC est fait de façon répétitive, mais sous différentes formes dans plusieurs activités de plus en plus complexes (p. ex., activités de recrutement, formation du CIFI, stratégies pédagogiques). Le principe de l'itération, où l'apprenant est soumis plusieurs fois à un même type de tâches qui progressent en complexité, est respecté. Les pauses réflexives de la formation en ligne et les questions d'appréciation de l'apprentissage après les activités sur les stratégies pédagogiques ont permis de susciter la réflexion sur le processus d'apprentissage et de faire la distinction du global au spécifique (Lasnier, 2014). Le processus de construction de connaissances a débuté avec l'activité de recrutement et s'est poursuivi dans les autres activités de la formation. Les apprenants ont pu ajouter, à leurs connaissances antérieures, les nouvelles connaissances acquises. La présence des pairs a favorisé la co-construction des connaissances. La conception d'une formation par compétences par les CSI est pertinente pour permettre l'intégration des connaissances, car elle nécessite la mobilisation et l'utilisation des connaissances acquises (Lasnier, 2014). Cette activité est aussi l'occasion d'un transfert

d'apprentissage dans la pratique, car les formations créées seront effectivement réalisées dans le milieu. Cette assertion rejoint les écrits de Lasnier (2001, 2014) et les propos de Tardif (2016), au sens où une formation sans aucun transfert dans la pratique est vaine, car le transfert permet d'attester de l'intégration des compétences. Ceci permet de conclure qu'il y a une cohérence entre les apprentissages essentiels visés par la formation sur l'APC, les différentes activités et les outils choisis.

Au niveau de l'appréciation de la formation

À la suite des séances de formation, les appréciations verbales ont été recueillies auprès des CSI. Les deux cohortes de CSI ont trouvé pertinent l'APC comme approche de formation, de même que l'importance de respecter chaque principe pour favoriser un apprentissage optimal. Les commentaires généraux concernant les capsules vidéo, les pauses réflexives, de même que les périodes de questions, étaient les mêmes chez les deux cohortes. En effet, selon les CSI, les capsules vidéo incluses dans la formation en ligne étaient pertinentes et faciles à comprendre. Les pauses réflexives ont aussi été appréciées pour la synthèse des connaissances importantes qu'elles permettaient. Concernant la forme, les CSI ont trouvé que la formation en ligne de sept heures était trop longue, mais ce constat venait notamment du fait qu'elles avaient des notions antérieures sur l'APC. Pour des personnes novices, il est possible d'envisager que les sept heures de formation soient pertinentes. Bien qu'elles aient suggéré que la formation soit plus courte pour les initiés, les CSI conviennent qu'un rappel de connaissances antérieures sur le sujet est primordial, même pour les initiées, afin d'en faciliter la compréhension. Les CSI ont ainsi reconnu que le fait d'avoir participé à l'activité préparatoire, et le fait qu'elles avaient des connaissances antérieures liées à l'APC, a facilité leurs apprentissages. Les activités sur les formules pédagogiques étaient aussi pertinentes pour elles, car la formule pédagogique utilisée par le CISSSME est l'exposé magistral à l'aide d'un support PowerPoint ou le PowerPoint narré pour les formations en ligne. Ceci confirme le constat de l'INSPQ (2011) nommant l'exposé magistral comme premier choix pour les formations professionnelles continues dans les milieux de soins. Elles ont ainsi trouvé intéressant d'être initiées à une variété de stratégies pédagogiques qu'elles pourraient utiliser en fonction du besoin de la formation. Faire l'expérience elles-mêmes de ces stratégies leur a permis d'être confrontées, tout comme le seraient les apprenantes, aux processus d'apprentissage liés à l'utilisation de ces stratégies. Tout comme N'Guyen et Blais (2007), ainsi que Poumay et al. (2017),

elles conviennent que l'APC est une approche pertinente pour la formation infirmière. Certaines formules, comme l'APSIC et les ateliers réflexifs, sont, selon les CSI de la première cohorte, intéressantes et pertinentes.

Toutefois, elles nécessiteraient des ajustements pour respecter les contraintes organisationnelles liées au temps et à la libération du personnel. De plus, afin de demeurer cohérent avec la vision de la formation en ligne adoptée par le CISSSME, elles estiment qu'il faudrait explorer dans quelle mesure ces deux activités pourraient être faites en ligne. Toutefois, pour les CSI de la deuxième cohorte, les ateliers réflexifs et l'APSIC doivent, selon elles, demeurer des stratégies de type présentiel, car la cohésion du groupe est importante pour favoriser les apprentissages. Cependant, vu le temps dont disposent les CSI pour réaliser leur formation, il est évident que ces stratégies doivent être adaptées au contexte clinique. La FCS et la baladodiffusion restent, selon les CSI de la première cohorte, les meilleures options à ce stade pour répondre rapidement aux besoins, avant de pouvoir entamer un travail de plus grande envergure visant notamment à adapter les autres formules. Toutefois, cela nécessite du temps pour élaborer de telles formations, ce dont elles ne disposent pas nécessairement. Quant aux CSI de la deuxième cohorte, pour elles, la FCS et la baladodiffusion sont des stratégies intéressantes permettant de réaliser des formations succinctes qui pourraient rejoindre un grand nombre de personnes de l'organisation, si ces formations étaient intégrées à l'Espace Savoir. Cet espace étant géré par le SDC, une collaboration entre ce service et les CSI devrait être envisagée afin d'obtenir du soutien dans la conception des formations. Enfin, les CSI sont en accord avec les propos de Larue et al. (2013) sur l'apport bénéfique de cette approche sur le développement des compétences de RCI et de LCI. À titre de suggestions, quant à la forme de la formation, les CSI ont trouvé les interventions de la stagiaire pertinentes et opportunes. Toutefois, les CSI de la première cohorte ont suggéré d'avoir un guide pour le participant afin de faciliter le suivi tout au long de la formation. Ceci a d'ailleurs été mis en pratique avec la deuxième cohorte. Par ailleurs, la stagiaire a été félicitée pour sa capacité d'adaptation et la gestion de la formation. En effet, cette formation devait être réalisée en présentiel, toutefois, elle a su s'adapter et atteindre les intentions pédagogiques fixées malgré l'utilisation de la visioconférence. Enfin, concernant la pérennité de la formation, les CSI ont suggéré qu'une personne ou un comité puisse les accompagner dans la conception des formations par compétences.

Au niveau du suivi et du soutien post-formation

D'un commun accord, les CSI ayant participé à la formation ont reconnu la pertinence de l'APC. Comme l'affirme Roussel (2017), même si le transfert a longtemps été vu comme une forme de reproduction de contenus de formation que l'apprenant doit suivre sans déroger, l'occasion de transfert et d'intégration des connaissances dans la pratique que l'APC permet reste novatrice. Lors de l'activité d'intégration et de partage, les CSI présentes ont démontré leur compréhension des notions de l'APC et leur capacité à concevoir et à planifier une FPC en présentant de manière détaillée la formation qu'elles ont conçue. Le secteur du développement de la pratique de la DSI a clairement opté pour la migration vers l'APC. Toutefois, il faut rester conscient que, comme tout changement organisationnel, il est important de bien organiser cette conversion. En effet, une telle conversion passe nécessairement par la formation de toutes les CSI à cette approche et par un soutien et un suivi auprès des CSI dans l'élaboration des formations par compétences. Les CSI mentionnent aussi qu'elles trouvent demandant le processus d'élaboration des FPC en comparaison à celui de l'exposé magistral ou de la présentation narrée. Cependant, elles conviennent qu'une fois réalisées, les formations peuvent être données plus aisément, et ce, même par d'autres personnes que celles qui les ont conçues. D'autre part, comme l'apprenant est au centre de son apprentissage, elles font face à un changement de rôle en passant de celui de l'expert à celui de facilitateur, ce qui peut causer un choc non seulement pour elles, mais aussi pour les infirmières qu'elles forment. En effet, ces dernières ont, au fil des années, acquis la culture de l'écoute et non celle de la participation. Cela correspond au rôle joué par l'apprenant dans une approche par objectifs, tel que le décrivent Buffault et al. (2011). Il faudra ainsi songer à une transition auprès des infirmières en leur expliquant leur rôle et les attentes de l'organisation quant à leur préparation avant de se présenter aux activités de formation et pendant celles-ci. Dans l'ensemble, la formation et l'accompagnement ont été appréciés par les CSI, qui auraient voulu aller jusqu'à la mise en œuvre de leur formation. Or, faute de temps, de ressources humaines et matérielles et considérant le délai imposé par le stage, elles ont dû s'en tenir à la présentation de la fiche. Il serait utopique de penser que toutes les CSI participantes changeront leur pratique éducative, car certaines étaient encore récalcitrantes en raison de la charge de travail que cette approche occasionne, non seulement dans le choix de la stratégie pédagogique, mais aussi dans la conformité aux principes de l'APC. La création d'un comité de conception serait donc pertinente pour soutenir les CSI. Les méthodes d'évaluation ont aussi fait l'objet de discussion. L'idée était de s'orienter vers des évaluations

certificatives avec un taux de réussite à 100 %, qui donneraient la possibilité à l'apprenant de reprendre autant de fois l'examen pour atteindre ce pourcentage. En plus, il aurait l'obligation de refaire la formation en ligne à chaque échec. Cela permet de rehausser la qualité de la formation, car les apprenants mémorisent moins en étant plutôt encouragés à faire des efforts de compréhension (Leggett, 2015).

Au niveau de la pertinence du stage

Les résultats de ce stage mettent en évidence encore une fois la pertinence et l'importance d'opter pour cette approche qui optimise l'intégration et le transfert des connaissances dans la pratique infirmière. Cela est corroboré par les propos de N'Guyen et Blais (2007) ainsi que de Tardif (2016), lorsqu'ils soutiennent qu'il est essentiel que les apprenants soient exposés à de nombreuses occasions d'application des compétences que l'on souhaite qu'ils développent. Leur capacité d'agir dans les recontextualisations multiples serait la garantie d'un transfert ultérieur des apprentissages acquis à de nombreux nouveaux contextes (Poumay et al., 2017). Ainsi, par l'élaboration de leur fiche de formation, les CSI démontrent qu'elles ont développé leurs compétences de conception de FPC, et qu'elles sont capables de l'appliquer dans les différents contextes de leur pratique professionnelle. Pour Tardif (2016), un des ingrédients secrets pour la réussite d'une FPC, est la compréhension des compétences devant être développées par les apprenants. Aussi, pour concevoir leur formation, les CSI devaient elles-mêmes comprendre les compétences visées par les activités de formation qu'elles désirent développer auprès de leurs apprenants. Tardif (2003 ; 2016) recommande de baser le développement d'une FPC sur un référentiel de compétences pertinent. Pour Poumay et al. (2017), le référentiel de compétences est un repère qui décrit la trajectoire de développement de chaque compétence ainsi que la délimitation des apprentissages critiques ou incontournables pour la professionnalisation de l'apprenant. Le choix du référentiel de compétences infirmières (CHU Sainte-Justine, 2014 ; adapté par Boyer et al., 2016), s'inscrit donc à double sens : d'un côté, à déterminer les intentions pédagogiques liées à la formation des CSI, et d'un autre côté, à élaborer une formation par compétences pour les infirmières sur les unités de soins. Son choix s'avère ainsi judicieux, car, à l'instar des autres référentiels de compétences, celui-ci est destiné aux infirmières des milieux cliniques. Ceci rehausse sa pertinence dans le cadre de ce stage, car il s'agit d'une clientèle identique. De plus, comme l'ont mentionné les auteurs, ce référentiel (CHU Sainte-Justine, 2014 ; adapté par Boyer et al., 2016) pourrait être un excellent outil pour les CSI à plusieurs niveaux. En effet, il leur

permettrait d'avoir une vue d'ensemble des compétences à développer durant la carrière d'infirmière en milieu de soins. Il permet aussi de définir les niveaux de compétences et apprentissages visés pour une formation professionnelle continue. De plus, il permet de guider les concepteurs de formation sur les éléments de compétences à développer par les apprenants pour cheminer progressivement vers le plus haut niveau de compétences et établir leur priorité de formation (CHU Sainte-Justine, 2014 ; adapté par Boyer et al., 2016).

Le fait de nommer explicitement les deux compétences infirmières les plus pertinentes a permis de circonscrire le stage et de mettre l'emphase sur la priorité du milieu en matière de compétences à développer. Avec la pratique de l'APSIC, les CSI ont pu voir l'utilité de cette stratégie pour permettre la réalisation de nouveaux apprentissages. De plus, cette activité faisait elle-même la synthèse de leur propre apprentissage et a permis qu'elles puissent établir des liens entre l'APC et le leadership clinique, dont elles doivent faire preuve en promouvant des pratiques innovantes en matière de formation.

Constats

L'accompagnement des CSI dans le cadre de ce stage fait ressortir deux constats pertinents. Le premier constat est que l'adoption de l'APC comme approche pédagogique implique un changement de vision pour les CSI. Selon Tardif (2003 ; 2016), adopter l'APC, c'est changer de paradigme, c'est décider de ne plus se mettre au centre, comme acteur principal, et de laisser sa place à l'apprenant, qui devient maître de ses apprentissages, tout en restant assez proche pour le guider. Les CSI doivent faire un deuil, soit celui du rôle d'expert et de transmetteur de connaissances pour adopter un nouveau rôle, soit celui de guide, de facilitateur et d'accompagnateur de l'apprenant dans son processus d'apprentissage. Pour Tardif (2003 ; 2016), il ne s'agit plus d'amener l'apprenant à retenir juste des savoirs ou des connaissances, mais de l'accompagner jusqu'à ce qu'il sache mobiliser et combiner les ressources internes et externes dont il dispose pour agir dans les différents contextes qu'il rencontrera. Avec cette approche, les CSI pourraient peut-être optimiser l'efficacité du personnel infirmier dans leur pratique, car selon Le Boterf (2015), la compétence professionnelle est considérée comme un savoir-faire complexe (p. ex., connaissances, habiletés, attitudes, valeurs, etc.), qui garantit l'efficacité d'un exercice professionnel.

L'importance du rôle du leadership transformationnel des infirmières-cadres dans ce changement d'approche constitue le deuxième constat pertinent. En effet, la participation aux différentes rencontres de planification des CSI (p. ex., pratique réflexive et formation en ligne, FCS) a permis de faire le suivi post-formation de l'intégration de l'APC dans le processus de conception des formations à venir. Ces rencontres visent donc à planifier l'adoption de ces pratiques de formation au sein de la DSI. Toutefois, la démarche demeure longue et laborieuse, car bien que cet enlignement soit confirmé, l'impératif est de travailler en partenariat avec les services collaborateurs dans le domaine de la formation, notamment le SDC, afin de se coordonner et d'adopter la même vision.

Ainsi, le leadership transformationnel des infirmières-cadres pourrait y jouer un grand rôle. D'une part, les principes de motivation et de gouvernance partagée du leadership transformationnel ont un impact positif sur l'acceptation et sur la performance d'une organisation lors de périodes de changements (Appelbaum, Degbe, MacDonald et Nguyen-Quang, 2015). D'autre part, le secteur du développement de la pratique de la DSI reconnaît que l'APC répond à leur besoin pour stimuler le RCI et le LCI chez les infirmières et a la volonté d'en faire l'approche de formation pour l'ensemble du CISSSME. Par conséquent, l'utilisation du leadership transformationnel par les infirmières-cadres de la DSI, qui encourage l'innovation, la créativité et l'engagement actif à des processus d'amélioration, est nécessaire afin d'effectuer une transition adéquate (Fisher, 2016), pour les CSI qui feront la formation. Ainsi, ce stage a été pertinent, car il a permis de déclencher la formation de toutes les CSI de CISSSME à la pédagogie par compétences.

Atteinte des intentions pédagogiques

De la littérature, il ressort que l'APC est une approche basée sur les résultats. Le résultat étant ce que l'apprenant doit être capable de faire à la fin de la formation (Loosli, 2016). Le déroulement de la formation du stage étant basé sur l'APC, cela permet de conclure que les intentions pédagogiques de ce stage ont toutes été atteintes, non seulement au niveau des apprentissages que devaient faire les CSI qui participaient à ce projet, mais aussi au niveau de ceux de la stagiaire-formatrice, mandataire de ce projet.

Intentions pédagogiques du stage

Accompagner les CSI dans la compréhension des concepts de l'APC. Cette intention pédagogique a été atteinte, car les différents concepts de l'APC ont été présentés aux CSI lors de la rencontre préparatoire à la formation et au cours de la formation du CIFI. L'acquisition de cette compréhension a pu être validée au travers les réponses aux questions incluses dans les pauses réflexives de la formation. Deux concepts moins bien compris ont été clarifiés par les participantes qui l'avaient le mieux compris ou par la stagiaire. Lors de l'activité de partage, les CSI ont une fois de plus pu démontrer leur compréhension de ces différents concepts en expliquant aux participants l'intégration des dix principes de l'APC dans leur scénario pédagogique.

Guider les CSI dans l'élaboration, étape par étape, de la conception et de la planification d'activités de FPC en milieu clinique. Les CSI ont été guidées à chaque étape de la conception au cours de la formation en ligne. Du temps a été accordé à la fin de chacun des blocs de formation pour avancer la fiche de transformation. Les CSI ont ainsi pu valider, au cours de la séance, leur conception et la cohérence des intentions pédagogiques avec les différents autres éléments. Pour guider les CSI dans le processus de conception, celles qui l'ont souhaité ont bénéficié de soutien par des rencontres téléphoniques, virtuelles ou présentiels. Lors de l'activité de partage, les CSI ont exposé à leurs collègues et à l'auditoire présents la conversion d'une formation existante en formation par APC. Ainsi, cette intention pédagogique a aussi été atteinte.

Intentions d'apprentissage poursuivies

Maîtriser les concepts de l'APC et des étapes d'élaboration de FPC. Les choix de cours faits tout au long du cursus académique de la stagiaire lui ont permis de connaître et de comprendre les concepts de l'APC. Ces connaissances ont été approfondies grâce aux différentes lectures des écrits scientifiques sur le sujet au cours de la rédaction de la recension des écrits, mais aussi au cours des différents échanges avec la direction du stage. L'appropriation de la formation en ligne

de CIFI a aussi permis de consolider ces différents acquis. Ces préparations préalables ont permis de maîtriser les différents concepts de l'APC et les étapes d'élaboration de FPC selon Tardif (2003). Cela s'est d'ailleurs répercuté dans les réponses aux questions des CSI, dans la différenciation entre une pédagogie par objectifs et l'APC, la compréhension de la notion d'intentions pédagogiques, mais aussi dans la gestion de la cohérence des scénarios pédagogiques des CSI en leur expliquant chaque étape et la pertinence de passer au travers chacune d'elle.

Développer des compétences de leadership en influençant les CSI à utiliser l'APC dans leur pratique. Selon Maranda et Lessard (2017), le leadership est l'utilisation judicieuse et subtile du pouvoir afin d'influencer les autres et de les amener à atteindre l'objectif fixé. Ficher (2016) affirme que le leadership transformationnel est le meilleur style à privilégier dans la gestion des soins infirmiers lors de réforme ou de planification de restructuration dans le système de la santé, car il tient compte de la stimulation intellectuelle, du charisme, de la motivation inspirante du leader, mais aussi de la considération individualisée (intelligence émotionnelle) du groupe. Les habiletés de leadership de la stagiaire ont ainsi pu être démontrées, car elle a pu amener certaines participantes sceptiques à s'engager dans cette approche. De plus, les retombées de ce stage démontrent qu'elle a été, dans ce milieu, un vecteur de changement en les guidant vers l'intégration de cette approche novatrice, car un comité est mis en place de sorte que les futures formations des CSI dans ce milieu soient toutes élaborées par compétences.

Poursuivre le développement de la compétence de rigueur scientifique dans un cadre d'élaboration et de planification de formations en APC. En prélude au stage, la stagiaire a suivi un atelier sur la pratique factuelle qui lui a permis d'approfondir ses connaissances sur la recherche dans les bases de données scientifiques. Ainsi, dans le cadre de ce stage, toutes les activités réalisées ont été conçues en se basant sur des résultats probants issus des écrits empiriques ou d'écrits professionnels. De plus, lors des rencontres de conceptions, la stagiaire a aussi encouragé les CSI à le faire, notamment en suggérant des modèles de pratique réflexive pertinents issus de la littérature pour la conception de formation par ateliers réflexifs. Cela lui a donc permis de conclure qu'elle a pleinement démontré le développement de sa compétence de rigueur scientifique.

Développer la compétence de formatrice afin de tendre vers une expertise dans l'accompagnement de personnes ou de groupes désirant transformer leurs formations en

utilisant l'APC. L'activité d'intégration a permis de valider la compréhension et le développement de compétences en matière d'élaboration de FPC par les CSI ayant participé à la formation. Ainsi, la stagiaire peut conclure que cette intention d'apprentissage a été atteinte. De plus, les résultats du questionnaire rempli par les CSI démontrent une appréciation de la formation et de l'accompagnement reçu post-formation afin d'établir l'APC comme approche de formation, mais aussi pour convaincre les services collaborateurs, comme la SDC, sur la pertinence d'opter pour cette approche et comment l'intégrer dans les formations. Toutefois, l'expertise reste à venir. À cet effet, la stagiaire souhaite poursuivre le développement de ses connaissances sur l'approche et se spécialiser en pédagogie afin d'atteindre cette expertise.

Développer des capacités d'auto-évaluation et de pratique réflexive sur la pratique enseignante. Apporter une nouvelle approche à des personnes expérimentées ou ayant le titre d'expert n'est certainement pas aussi évident. La stagiaire conçoit que c'est en faisant preuve de leadership qu'elle a pu établir une relation de confiance tout en démontrant sa compétence et son expertise sur l'APC. En utilisant l'APC dans le processus de formation, les CSI ont pu facilement faire le lien et identifier, au travers la formation qu'elles suivaient, les dix principes de l'APC selon Lasnier (2014). Ces dix éléments étant présents dans toutes les activités qu'elles ont eu à expérimenter donnaient une certaine signification. Les CSI ont, à la fin des séances de formation, appréciées verbalement la formation et les qualités de formatrice de la stagiaire. L'utilisation d'un modèle hybride (présentiel et visioconférence) avec le deuxième groupe aurait pu nuire à la cohésion du groupe, mais grâce à l'utilisation de stratégies de gestion de classe, la stagiaire a pu maintenir l'attention et l'intérêt des participantes. Après le premier groupe, elle a pu remettre en question sa pratique enseignante et s'inspirer des commentaires et suggestions des participantes (faire un guide pour la formation : Appendice N) afin d'améliorer sa prestation. Cette pratique a d'ailleurs amélioré sa pratique enseignante de façon générale. Elle a su s'adapter aux différents changements dus aux intempéries et à la gestion des horaires des CSI et aux difficultés administratives. Toutefois, elle convient que le suivi post-formation aurait pu être amélioré pour les CSI venant des réseaux locaux de services (RLS) de Sorel Tracy et de Richelieu-Yamaska, car la distance ne permettait que des interactions virtuelles.

Forces et limites de l'intervention

Cette intervention comprend des forces en regard des choix méthodologiques et de ses résultats. En effet, l'utilisation d'une formation elle-même construite en APC pour expliquer cette approche, a permis aux CSI de s'imprégner et de vivre ce que leurs apprenants expérimentent avec cette approche. Ainsi, cela a fait naître, chez certaines participantes, un embryon de volonté de changement. L'utilisation et le choix des formules pédagogiques ainsi que des exemples signifiants pour elles ont aussi favorisé une transition plus évidente dans la compréhension des concepts. La prestation de la formation en mode présentiel pour le premier groupe et en mode hybride (présentiel et visioconférence) pour le deuxième groupe a permis de rejoindre la plupart des CSI intéressées par le projet et de déterminer le meilleur des contextes de diffusion pour une telle formation. Les avis, recommandations et suggestions ont été recueillis verbalement à la fin de chaque séance de formations, ont été validés par le questionnaire d'évaluation et ont permis de situer le niveau d'acceptation du changement de chaque CSI et d'émettre des recommandations. Les rétroactions reçues du premier groupe ont permis une amélioration de la prestation avec le deuxième groupe. La participation d'une représentante du SDC, organe responsable d'autoriser les formations en ligne au sein du CISSSME, a été bénéfique, car cela a facilité leur ouverture à collaborer pour inclure des formations par compétences dans leur devis de formation.

Les limites possibles et inhérentes à cette intervention ont pu être observées. La première se rapporte au fait que les CSI étaient en présence de leurs responsables hiérarchiques, cela aurait pu influencer leurs participations au cours des séances. La deuxième limite concerne la localisation des CSI qui a nécessité un réajustement du mode de présentation pour le deuxième groupe en mode hybride, ce qui a sans doute affecté la participation et la cohésion du groupe. Une autre limite a été les contraintes organisationnelles pour obtenir le soutien nécessaire dans la réalisation de formations, de sorte que les CSI n'ont pu présenter que leur fiche de transformation, plutôt que la formation prête à être livrée. Le fait que les CSI n'ont pas complètement été déchargées de leurs tâches pendant la période de formation, et l'obligation de certaines à prendre leurs vacances à cette période, a réduit considérablement le nombre de CSI participantes à l'activité de partage. Certaines formules pédagogiques décrites nécessitent une adaptation, car le milieu clinique ne dispose pas d'autant de temps que le milieu académique, et cela a peut-être renforcé l'opinion des CSI réfractaires au changement. C'est une réaction normale qui doit être toutefois encadrée, selon

Moncet (2013), car tout changement crée un deuil des situations antérieures et l'étape de déni se manifeste par des résistances au changement.

Retombées du stage sur le milieu et la pratique infirmière

Comme retombée principale, le volet développement de la pratique en soins infirmiers de la DSI a décidé d'instaurer l'APC comme approche pour ses formations futures. Cette orientation est recommandée par plusieurs auteurs (Nguyen et Blais, 2007 ; Goudreau et al., 2009, 2013 ; Audetat Voirol et al., 2014). Ensuite, en collaboration avec la SDC, un comité d'approbation de validation de la FPC sera mis en place pour guider les CSI dans l'élaboration de formations et s'assurer qu'elles respectent les principes d'une FPC avant de l'autoriser. Autrement dit, pour obtenir l'aval et le financement du secteur de développement de la pratique en soins infirmiers, les formations devront être faites par compétences. À cet effet, une CSI, dédiée à la formation des autres CSI à cette approche, a été désignée pour assurer la pérennité de la formation des CSI à l'APC, assurer le suivi post-stage et siéger au comité de validation des formations. Ainsi, dès septembre, les autres CSI qui n'ont pas été formées devront suivre la formation auprès d'elle. Elle a, par conséquent, hérité du matériel préparé dans le cadre du stage afin de le réviser.

De plus, les autres membres du personnel du SDC seront invités à participer aux prochaines formations sur l'APC afin que les deux services puissent se coordonner et parler le même langage. Moncet (2013) recommande cette initiative, car elle affirme qu'il est important de rallier les cadres réfractaires ou hésitants en leur faisant comprendre la pertinence du changement ou en leur montrant le bénéfice qu'il pourrait en tirer. La vision pour la pratique infirmière partagée dans le cadre de ce stage est que l'APC puisse être connue et utilisée par les CSI dans tous les milieux cliniques. En effet, il est à souhaiter que cette approche puisse permettre de former des infirmières des unités de soins capables d'intégrer, plus aisément, les savoirs théoriques et pratiques leur permettant d'évaluer, d'intervenir efficacement dans les situations réelles de santé et de répondre aux besoins actuels des milieux de soins en matière de compétences. En effet, le transfert ne se limite pas à une généralisation, mais nécessite un processus qui permet de distinguer ce qui s'applique ou non à un contexte précis (Roussel, 2017).

Recommandations

Au niveau de la formation infirmière. Les unités de formations académiques et professionnelles devraient être plus actives et motiver les formateurs infirmiers à mettre à jour leur pratique en optant pour l'APC. En effet, selon Tardif (2016), l'enseignant ou le formateur doit aller au-delà de la transmission du savoir à l'apprenant et pratiquer l'accompagnement de leurs apprentissages. Cela passe par un changement de paradigme, de la vision du formateur pour qu'il puisse comprendre et pratiquer son rôle de guide et non d'expert auprès des apprenants (Tardif, 2016). L'APC semble idéale pour l'enseignement de la discipline infirmière aussi, car elle favorise le transfert des compétences dans la pratique (Poumay et al., 2017). Par conséquent, les différents organes de formations infirmières devraient opter pour dispenser des formations par compétences pour optimiser le transfert des compétences dans la pratique. Enfin, une étroite collaboration avec les chercheurs de la discipline infirmière pourrait permettre de modeler, valider et adapter cette approche pédagogique, autant pour la formation clinique qu'académique. Qu'elle soit donnée en mode présentiel, en ligne ou hybride, la formation sur l'APC devrait nécessairement être couplée à un suivi individuel afin de favoriser le développement des compétences chez chacun des participants.

Au niveau de la gestion infirmière. Les milieux cliniques devraient établir des partenariats avec des structures reconnues, telles que le CIFI, pour l'encadrement et assurer la mise à jour des connaissances de ses formateurs. Ce centre pourra aussi les aider à migrer vers la FPC et à adapter les formules pédagogiques en tenant compte des contraintes pour répondre à leurs besoins. Les outils utilisés dans ce présent stage pourraient être utilisés par les formateurs des milieux cliniques afin de développer leurs compétences en FPC. La création d'un comité de conception et de révision de formations pour encadrer les formateurs débutants avec l'APC dans leurs tâches serait aussi pertinente. Enfin, les gestionnaires et les différents organes de développement de pratiques ou de compétences des milieux cliniques devraient recommander et soutenir la migration vers la FPC au sein de leur structure et mettent les moyens nécessaires à la disposition du personnel formateur.

Au niveau de la recherche en sciences infirmières. Ce projet de stage pourrait être une manne pour la recherche, car il fait une ouverture vers de nombreux sujets de recherche en milieu

clinique, entre autres l'exploration de l'impact de l'APC en formation continue sur le développement des compétences des infirmières, l'impact de la FPC sur la qualité des soins, l'exploration de la satisfaction des infirmières en lien avec la FPC, et l'exploration des perceptions des CSI en lien avec les deux approches pédagogiques. Un partenariat devrait être envisagé entre les DSI des milieux cliniques et les chercheurs en sciences infirmières afin d'adapter les formules pédagogiques aux besoins et aux contraintes des milieux cliniques.

Conclusion

Benjamin Franklin affirmait « Tu me dis, j'oublie. Tu m'enseignes, je me souviens. Tu m'impliques, j'apprends » (Petitclerc, 2012). Cette citation est un incitatif à opter pour un apprentissage actif centré sur l'apprenant. C'est cette vision que ce projet de stage veut insuffler aux milieux cliniques afin d'optimiser la qualité de la formation et des apprentissages. Un tel changement d'approche pédagogique passe nécessairement par un engagement d'opter pour un apprentissage actif centré sur l'apprenant, mais aussi par la maîtrise de l'APC par les infirmières chargées de la formation. L'intention du stage était ainsi d'accompagner les CSI du CISSSME dans la compréhension des concepts de l'APC, en utilisant la formation en ligne du CIFI, et de les guider dans l'élaboration d'une FPC afin qu'elle puisse intégrer cette approche dans la conception et la planification d'activités de formation en milieu clinique. Il est à souhaiter que cette approche puisse permettre aux infirmières des unités de soins, qui seront formées par la suite, d'intégrer, plus aisément, des savoirs théoriques et pratiques leur permettant d'évaluer, d'intervenir efficacement dans les situations réelles de santé et de répondre aux besoins actuels des milieux de soins en matière de compétences. En somme, ce projet s'inscrit ainsi dans une perspective de pratique infirmière avancée, car il contribue à l'optimisation de la qualité des soins et à l'enrichissement du corpus de savoirs pratiques infirmiers (Pepin et al, 2017).

Références

Références

- Adams, N. (2015). La taxonomie de bloom d'objectifs d'apprentissage cognitif. *Journal de la Medical Library Association*, 103 (3), 152-153. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.103.3.010>
- Al-Dossary, R., Kitsantas, P., et Maddox, T.J. (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review. *Nurse Educator Today*, 34 (6), 1024–1028. Doi: 10.1016/j.nedt.2013.10.006.
- Alfaro-LeFevre, R. (2012). Nursing Process and Clinical Reasoning. *Nursing Education Perspectives*. 33 (1).7
- Appelbaum, S. H., Degbe, C. M., MacDonald, O. et Nguyen-Quang, T.-S. (2015). Organizational outcomes of leadership style and resistance to change. *Industrial and Commercial Training*, 47 (2), 73–80 et 47 (3), 135–144. DOI:10.1108/ICT-07-2013-0044.
- Andersson, N., Klang, B. et Petersson, G. (2012). Différences de raisonnement clinique chez les infirmières travaillant dans hautement spécialisé soins pédiatriques. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (5–6). 870–879.
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada [AIIC] (2009). *Le leadership de la profession infirmière*. p. 1-10. Repéré à : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere_enonce-de-position.pdf
- Audetat Voirol, M.-C., Chapados, C. et Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspectives infirmières*, 11 (1), 37-40. <https://archiveouverte.unige.ch/unige:88607>
- Benner, P. (1984). From Novice To Expert: Excellence And Power In Clinical Nursing Practice. *American Journal of Nursing*, 84 (12), .402-7. Repéré à: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED384695.pdf#page=130>
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. et Day, L. (2010). *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Bloom, B.S., et al. (1975). *Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome I, Domaine cognitif*. Montréal : Centre d'animation, de développement et de recherche en éducation.
- Bourgeois, E. (2011) « Chapitre 1. Les théories de l'apprentissage : un peu d'histoire... », dans Bourgeois, E. et al., *Apprendre et faire apprendre*, Presses Universitaires de France, p. 23-39. Doi : 10.3917/puf.brgeo.2011.01.0023
- Buffault, B. et al. (2011). « *Pédagogie par objectifs* ». [en ligne]. Repéré à : http://cueep.univ-lille1.fr/pedagogie/La_PPO.htm
- Bunce, D. M., Flens, E. A. et Neiles, K. Y. (2010). How long can students pay attention in class?

- A study of student attention decline using clickers. *Journal of Chemical Education*, 87 (12), 1438–1443.
- Centre D’Innovation en Formation infirmière [CIFI] (2018). *Approche par compétences : Transformez vos formations*. Consulté le 26 octobre 2018 : <https://www.cifi.umontreal.ca/fr/formation-consultation/formations/formation/approche-par-competences-transformez-vos-formati/>
- Chamberland, G., Lavoie, L. et Marquis, D. (2006). *20 formules pédagogiques*. Sainte-Foy : Presses de l’Université du Québec.
- Charette, M., Goudreau, J., et Alderson, M. (2014). Une analyse évolutionniste du concept de compétence. *Recherche en soins infirmiers*, 116 (1), 28-39.
- Charette, M. (2018). *Compétences d’infirmiers nouvellement diplômés d’un programme de baccalauréat basé sur l’approche par compétences : une ethnographie ciblée d’un milieu de soins aigus* (thèse de doctorat, Université de Montréal, Papyrus). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21204/Charette_Martin_2018_these.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Chavez, E C. et Yoder, L. H. (2015). Staff Nurse Clinical Leadership: A concept Analysis. *Nursing Forum*, 50 (2), 90–100. doi: 10.1111/nuf.12100.
- CHU Sainte-Justine (2014) adaptée par Boyer, L., Pepin, J., Dubois, S., Descôteaux, R., Robinette, L. et Déry, J. (2016). *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins hospitaliers québécois de l’enfant à l’adulte*. Centre d’innovation en formation infirmière [CIFI] : FSI —UdeM
- Côté, S., Tanguay, A., Gagnon, R., Charlin, B. et Michaud, C. (2014). Élaboration et validation d’un test de concordance de script pour évaluer le raisonnement clinique des infirmières en contexte de détérioration de la condition clinique. *Pédagogie Médicale* 15 (1), 7-20. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed/2014004>
- Cusack, L., Gilbert, S. et Fereday, J. (2013). Flexibility in competency-based workplace transition programs: An exploratory study of community child and family health nursing. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 44 (3), 129–136.
- Deronne, M. 2012. *L’approche par les compétences dans l’enseignement des mathématiques*. Mémoire de master en sciences mathématiques. Université du Mons, France
- Dubois, S., et Giroux, M.-N. (2012). L’innovation pédagogique chez les infirmières dans un contexte de début d’expérience professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*. 111 (4), 71. DOI : 10.3917/rsi.111.0071
- Dubois, C.-A., D’Amour, D., Pomey, M.-P., Girard, F. et Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: A systematic and interpretive review. *BMC nursing*. 12, 7. Doi:10.1186/1472-6955-12-7.

- Duguet, A. et Morlaix, S. (2012). Les pratiques pédagogiques des enseignants universitaires : Quelle variété pour quelle efficacité ? *Questions Vives*, 6 (18), 93-110.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2015). *Référentiel de compétences : Baccalauréat en sciences infirmières*. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2015). *L'apprentissage par situation infirmières cliniques-guide à l'attention des tuteurs*. 3e éd. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Ficher, A. S. (2016). Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72 (11), 2644–2652.
- Fonteyn, M. E. et Ritter, B. J. (2008). “Clinical reasoning in nursing”, in J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen, *Clinical Reasoning in the Health Professions* (3e éd.), Oxford, Butterworth-Heinemann-Elsevier, p. 235–244.
- Franklin, B. cité dans Petitcherc, R. (2012). La pédagogie active, pourquoi ne pas essayer ? Passer d'enseignant « transmetteur » à enseignant « accompagnateur ». *Bulletin de l'association professionnelle des professeurs et professeures d'administration collégiale*, 3 (1), 1-8. Repéré à http://www.appac.qc.ca/BULLETTINS_APPAC/BulletinAPPAC_Vol3No1Fev2012.pdf
- Gopaul, B., Jones, G. A., Weinrib, J., Metcalfe, A., Fisher, D., Gingras, Y. et Rubenson K. (2016). “The Academic Profession in Canada: Perceptions of Canadian University Faculty about Research and Teaching”, *Canadian Journal of Higher Education/Revue canadienne d'enseignement supérieur*, 46 (2), pp. 55-77
- Goudreau, J., Boyer, L. et Létourneau, D. (2014). Clinical Nursing Reasoning in Nursing Practice: A Cognitive Learning Model based on a Think Aloud Methodology, *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière : 1* (4). DOI : <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1009>
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., et Legault, A. (2009). A Second Generation of the Competency-Based Approach to Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6, 1–15.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Legault, A., Boyer, L., Dubois, S., Descôteaux, R., Girard, F., Lang, A., Tardif, J., Charlin, B., Sévigny, I. et Beudet-Hilman, G. (2013). *Approche intégrée de la formation initiale et continue des infirmières pour améliorer la qualité du raisonnement et du leadership cliniques infirmiers*. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) : Montréal. Repéré à : https://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/Goudreau_et_al._-_Rapport_final_FCRSS.pdf

- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descôteaux, R., Lavoie, P. et Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Education in Practice*, 15 (6), 572–578. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.10.013>
- Huard, S., Blanchet-Garneau, A., Pepin, J., et Larue, C. (2016) « Activité réflexive novatrice auprès d'étudiantes en sciences infirmières sur la diversité culturelle dans les soins, » *Quality Advancement in Nursing Education — Avancées en formation infirmière*, 2 (2). DOI:<https://doi.org/10.17483/2368-6669.1069>
- Institut National de Santé Publique du Québec (2011). *L'approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. 5-48. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1228_approchecompetences.pdf
- Larue C., Dubois S., Girard F., Goudreau J. et Dumont K. (2013). Le développement continu des Compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels. *Recherche en soins infirmiers*, 112, 76-87. Repéré à : <http://www.cairn.info/rev...rmiers-2013-1-page-76.htm>
- Lasnier, F. (2001). *Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence*. Repéré à : https://cdc.qc.ca/actes_aqpc/2001/Lasnier_7B42.pdf
- Lasnier, F. (2014). *Les Compétences de l'apprentissage à l'évaluation*. Paris : Guérin
- Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J., Goudreau, J., et Fima, O. (2017) « Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins : Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers, » *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 3 (1). DOI:<https://doi.org/10.17483/2368-6669.1100>
- Lavoie, S., Plamondon, D. et Zaoré, R. (2015). *Guide d'évaluation des retombées des activités de formation en entreprise*. Reperé à http://www.emploi Quebec.gouv.qc.ca/uploads/tx_fceqpubform/12_imt_guide-retombees-formation.pdf
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collectives – agir et réussir avec compétences, la réponse à 100 questions*. Paris : librairie Eyrolles
- Leggett T. (2015). Competency-Based Education: A Brief Overview. *Radiologic Technology*, 24 (1), 107-10.
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Yeun-Sim Jeong,, Noble, D., Norton, C. A., Roche, J. et Hickey, N. (2010). The “five rights” of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically “at risk” patients. *Nurse Education Today*, 30 (6), 515–520, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>
- Loosli, C. (2016). Analyse du concept « approche par compétences ». *Recherche en soins infirmiers*, 124 (1), 39-52. doi :10.3917/rsi.124.0039.

- Mann, S. et Robinson, A. (2009). Boredom in the lecture theatre: an investigation into the contributors, moderators and outcomes of boredom amongst university students. *British Educational Research Journal*, 35 (2), 243–258.
- Maranda, J. et Lessard, L. (2017). Réflexion sur le leadership clinique des infirmières cliniciennes au Québec. *L'infirmière clinicienne*, 14 (1). p 46. Repéré à : https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MarandaetLessard_2017_InfirmiereClinicienne_Vol14no1_V2pp45-52_000.pdf
- Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S. et Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2 (2). 105-113. Doi : 10.1016/j.refiri.2016.04.003
- Menard, L. et St-Pierre, L. (2014). *Chapitre 1 : Paradigme et théorie qui guident l'action*. Dans *Se former à la pédagogie de l'enseignement collégiale*. Association québécoise de pédagogie collégiale, P.25-26. Montréal : Chenelière éducation
- Meziane, O. A. A. (2014). De la pédagogie par objectifs à l'approche par compétences : migration de la notion de compétence. *Synergies Chine* (9), p. 143-153 Repéré à : https://gerflint.fr/Base/Chine9/Amar_Meziane.pdf
- Milhomme, D. et Gagnon, J. (2010). Étude descriptive des facteurs facilitant et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques. *Recherche en soins infirmiers*, 103, (4), 78-91. doi:10.3917/rsi.103.0078.
- Milhomme, D., Gagnon, J., et Lechasseur, K. (2014). L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexions. *L'infirmière clinicienne*, 11 (1). 1-10 repéré à : <https://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] du Québec (2013). *Rapport du président du Groupe de travail sur la formation de la relève infirmière*. p.16. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-945-01W.pdf>
- Moncet, M.-C. (2013). *Conduire le changement à l'hôpital, de la communication à l'hôpital apprenant*. Eyrolles : Paris
- Nguyen, D. Q. et Blais, J.-G. (2007). Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale*, 8 (4), 232-251. <https://doi.org/10.1051/pmed:2007026>
- Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec [OIIQ], (2011). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec : Document d'orientation*. Westmount :

OIIQ. Repéré à :

https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270GCO_doc.pdf%C2%A0.

- Patrick, A., Laschinger, H., Wong, C. et Fleury, J. (2011). Développer et tester une nouvelle mesure du leadership clinique de personnel infirmier : la clinique enquête sur la direction. *Revue de gestion des soins infirmiers*, 19, 449–460.
- Pepin, J., Ducharme, F., et Kerouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Perrier, C. (2014). L'apprentissage du raisonnement clinique infirmier par vignette clinique courte : étude exploratoire. *Recherche en soins infirmiers*, 118 (3), 52-61. doi:10.3917/rsi.118.0052.
- Piaget, J. (1971). The theory of stages in cognitive development. In D. R. Green, M. P. Ford, & G. B. Flamer, *Measurement and Piaget*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Pomey, M. P., Denis, J. L., et Contandriopoulos, A. P. (2008). « A Conceptual Framework for Analysing Clinical Governance in Healthcare Establishments. » *Pratiques et Organisation des Soins*, 39 (3), 183–94.
- Poumay, M. et Georges, F. (2017). Des balises méthodologiques pour construire un référentiel de compétences et une grille de programme. Dans M. Poumay, J. Tardif et F. Georges (dir.), *Organiser la formation à partir des compétences. Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*. p. 39 -62. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Poumay, M., Tardif, J. et Georges, F. (2017). *Organiser la formation à partir des compétences : un pari gagnant pour l'apprentissage supérieur*. Louvain-la-Neuve : deboeck, ISBN : 978-2-8073-0785-8
- Pryor, J. (2012). Scope of practice: what is it, why is it important and how might it be clarified for nurses working in rehabilitation. *Journal of Australasian Rehabilitation Nurses' Association*, 15 (2).
- Ramirez, V. T. (2017). Sur la pédagogie de l'évaluation de la personnalité : Application de la taxonomie de Bloom des objectifs éducatifs, *Journal de l'évaluation de la personnalité*, 99 (2), 146-152, DOI : 10.1080/00223891.2016.1167059
- Roussel, J.-F. (2017). *Gérer la formation-Viser le transfert*. Université de Sherbrooke, Repéré à : https://acdeaulf.org/wp-content/uploads/2017/08/ACDEAULF_JE2017_Presentation-Jean-François-Roussel.pdf
- Sarrazin, H. (2009). L'Infirmière inconnue, Du dévouement à l'épuisement. *Gazette des femmes*. p. 18.
- Shin, K. R., Jung, D. et Kim, M. W. (2010). Clinical supervisors' satisfaction with the clinical competence of newly employed nurses in Korea, *Nursing Outlook*, 58 (3), 129–134.

- Short, F et Martin, J. (2011). Presentation vs. Performance: effects of lecturing style in higher education on student preference and student learning. *Psychology Teaching Review*, 17 (2), 71–82.
- Simmons, B. (2010), raisonnement clinique : analyse conceptuelle. *Journal of Advanced Nursing*, 66. 1151–1158. doi:[10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x)
- Spiriva, L., Hart, P., Pruner, L., Johnson, D., Martin, K., Brakovich, B., McVay, F., et Mendoza, S.G. (2013). Hearing the voices of newly licensed RNs: The transition to practice. *American Journal of Nursing*, 113 (11), 24–32. Doi: 0.1097/01. NAJ.0000437108.76232.20
- Standing, M. (2007). Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: A longitudinal inquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (3), 257–269. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04407.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04407.x)
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, 16 (3), 36-44.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*, Montréal : Chenelière-éducation.
- Tardif, J. (2016). *L'Approche par compétences : un changement de paradigme* [publiée le 15 Janvier 2016]; [1 heures 34 minutes 31 secs]. Communication orale présentée à la conférence du service iCAP de l'Université Claude Bernard Lyon 1 Février, 2013. Repéré à :
https://www.canalu.tv/video/universite_lyon_1icap/jacques_tardif_l_approche_par_comp_etences_un_changement_de_paradigme.11574
- Tyler, R. W. (2013). *Basic principles of curriculum and instruction*, Chicago, University of Chicago, 1949.
- Lien baladodiffusion : <https://www.youtube.com/watch?v=39nQm-wHpk0&t=31s>

Appendices

Appendice A: Échéancier du stage

Tableau de l'échéancier du stage

	13 Janvier au 20 Février 2019	20 Février au 05 Avril 2019	05 avril au 31 Mai 2019	31 mai au 20 juin 2019
Préparation et Recrutement des participantes	Débuté le 15 Décembre 2018 Fin 25 Janvier 2019			
Réalisation de la formation	Du 29 janvier 2019 au 20 février 2019			
Accompagnement des participantes et suivi post-formation		20 Février au 26 Mars 2019		
Présentation des formations élaborées par les participantes		27 Mars 2019		
Appréciation de la formation et de l'accompagnement		Du 27 Mars au 04 avril 2019		
Rédaction du rapport de stage	Du 20 février 2019	Au 10 avril 2019		
Envoi de l'avis de dépôt du rapport de stage		29 Avril 2019		
Correction du rapport de stage			10 avril au 30 Mai	
Jury				20 Juin 2019

**Appendice B: Présentation de l'activité de recrutement des conseillères en sciences
infirmières**

Présentation de l'activité de recrutement

PRÉSENTATION DES ACTIVITÉS DE LA FORMATION PAR APPROCHE PAR COMPÉTENCES (APC)

Par :
Yvonne-Amick A. ABREDAN Bs. Sc. Inf., Ét. Ms. Sc. Inf.
OPTION FORMATION

©Abredan, 2019

Sommaire

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| 1 | Présentation du cadre de la formation | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Présentation de la formatrice ❖ Direction et Supervision du stage ❖ But et objectifs du stage |
| 2 | Méthode | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Groupes ❖ Formules pédagogiques et Matériel |
| 3 | Brève introduction à l'APC | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Principes ❖ Objectifs de l'APC ❖ Rôle de l'enseignant ou du formateur |
| 4 | Référentiel de compétences | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Exercer un jugement clinique Infirmier ❖ Démontrer un leadership clinique dans la pratique professionnelle |

Présentation du cadre de la formation

Présentation de la formatrice :

❖ Yvonne-Annick ABREDAN

- DUT Chimie Industrielle (Cote d'ivoire)
- Baccalauréat en Sciences infirmières Université de Montréal (UdeM)
- Ét. Maîtrise en Sciences infirmières Université de Montréal
- Infirmière Clinicienne CISSS des Laurentides (SI, médecineUrgences)
- Enseignante Chargé de cours au CÉGEP Bois-de-Boulogne
- Auxiliaire d'enseignement à la Faculté des Sciences Infirmières(FSI) de l'UdeM.
- Formatrice en briefing et debriefing de simulation Haute-fidélité
- En cours : Instructeur RCR

Présentation du cadre de la formation

Direction et Supervision du stage

sous la Direction de

JÉRÔME GAUVIN-LEPAGE, PH.D SC. INF.

Professeur adjoint à la FSI de l'UdeM, Chercheur régulier au CRME

Co-Direction de

LOUISE BOYER, Ph.D Sc. inf.

Professeure adjointe à la FSI de l'UdeM, Chercheure régulière au CIFI

Personne ressource du milieu de stage

MARIE GIASSON, M. Sc. inf.

Conseillère-cadre en soins spécialisés, développement de la pratique en soins infirmiers à la direction des soins infirmiers et des programmes de santé publique du CISSS de la Montérégie-Est.

Présentation du cadre de la formation

Problématique

- Formation d'orientation théorique et clinique irréaliste, accélérée et courte. Manque de soutien et de temps pour développer leur jugement clinique, stress (Al-Dossary, Kitsantas, & Maddox, 2014; Spiriva et al., 2013).
- Transformation du rôle de l'infirmière (avancées NTIC, nouveaux champs de compétences, besoins complexes de la population, pénurie de ressources humaines et matérielles) (Jeffries, 2005).
- L'APC utilisée en pédagogie collégiale et dans certaines universités, en sciences infirmières (INSPQ, 2011). L'APC semble être « idéale » en pédagogie des soins infirmiers (Poumay, Tardif et Georges, 2017; Goudreau et al, 2009).
- Recommandation d'opter pour l'APC comme approche pour la formation du personnel du système de santé (INSPQ, 2011).

Présentation du cadre de la formation

But et objectifs du stage

But du stage

Mettre à l'essai,
l'intégration de l'APC aux formations réalisées par les conseillères
en sciences infirmières du CISSS de la Montérégie-Est

Objectifs

- ❖ Accompagner les infirmières formatrices du CISSS dans la compréhension des concepts de l'APC en utilisant la formation en ligne du CIFL.
- ❖ Guider les infirmières formatrices dans l'élaboration, étape par étape, d'une formation par compétences

Méthode

Groupes

Groupe 1 :

- Jour 1 - **29 janvier 08h30 -15h00** : Formation en ligne CIFI
- Jour 2 - **31 janvier 08h30 -12h00** : Formation en ligne CIFI/ Formules pédagogiques
- Jour 3 - **1^{er} février 08h30 -14h30** : Formules pédagogiques

Groupe 2 :

- Jour 1 – **13 février 09h00 -14h00** : Formation en ligne CIFI
- Jour 2 – **14 février 10h30 -16h00** : Formation en ligne CIFI / Formules pédagogiques
- Jour 3 – **19 février 08h30 -14h00** : Formules pédagogiques

Méthode

Formules pédagogiques et Matériel

- ❖ Approche par situation infirmière client : APSIC
- ❖ Apprentissage par Vignettes cliniques courtes
- ❖ Atelier réflexif
- ❖ Formation par concordance de script
- ❖ Baladodiffusion – capsule de 5 à 10 minutes

Matériel : Téléphone, Ordinateur, lectures, INTERNET

Brève introduction à l'APC

Principes (Lasnier, 2001)

Une compétence est « un **savoir-agir complexe** prenant appui sur la **mobilisation et la combinaison efficaces** d'une variété de **ressources internes et externes** à l'intérieur d'une **famille de situations** » (Tardif, 2006, p.22).

Une compétence est un « **savoir-agir complexe** qui fait suite à **l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement** d'un ensemble de **capacités et d'habiletés** (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur ou social) et de **connaissances** (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des **situations ayant un caractère commun** » (Lasnier, 2001, p30).

« Une capacité est un savoir-faire moyennement complexe, intégrant des habiletés (cognitives, affectives, psychomotrices et sociales) et des connaissances déclaratives (contenu disciplinaire).

Une habileté est un savoir-faire simple, intégrant des connaissances déclaratives » (Lasnier, 2001, p31).

9

Brève introduction à l'APC

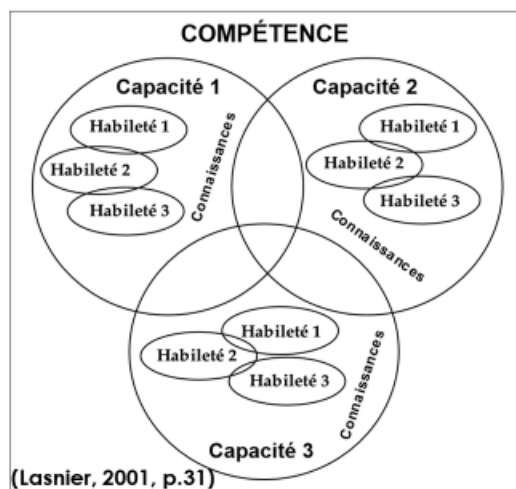
Principes (Lasnier, 2001)

Compétence : Agir avec humanisme dans l'accompagnement du patient/famille.

Capacité : Exercer son rôle d'advocacy.

Habiletés :

- Reconnaître les situations problématiques ou exercer son rôle.
- Connaître et consulter les ressources pertinentes.
- Participe aux rencontres de cas et soutient ses collègues dans leur réflexion.



Brève introduction à l'APC

Principes (Lasnier, 2001, p.30)

Globalité

Éléments analysés à partir d'une situation globale (situation complexe, vue d'ensemble, approche globale).

Construction

Activation des acquis antérieurs, élaboration de liens entre les acquis antérieurs et les nouveaux apprentissages.

Alternance

Global → spécifique → global ; compétence → capacités → compétence ; tâche intégratrice → activité d'apprentissage spécifique → tâche intégratrice.

Signifiante

Situations significantes, motivantes pour l'apprenant.

Distinction

Entre le contenu et le processus lié à la compétence.

©Abredan, 2019

11

Brève introduction à l'APC

Principes (Lasnier, 2001, p.30)

Cohérence

Relation cohérente entre les activités d'enseignement, les activités d'apprentissage, les activités d'évaluation et la compétence.

Application

Apprentissage par l'agir.

Itération

Soumettre plusieurs fois à un même type de tâches intégratrices en lien avec la compétence et à un même contenu disciplinaire.

Intégration

Éléments étudiés sont liés entre eux et liés à la compétence ; l'apprenant développe la compétence en utilisant les éléments de la compétence de façon intégrée.

Transfert

Réinvestir les connaissances dans différents types de tâches.

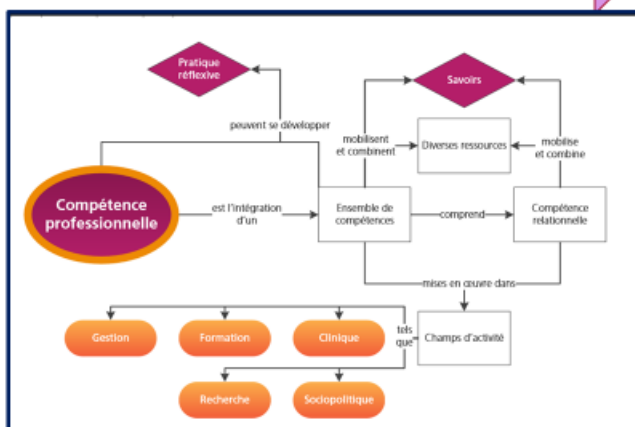
©Abredan, 2019

12

Brève introduction à l'APC

Objectifs de l'APC (Nguyen et Blais, 2007)

- ❖ Crée un contexte signifiant (réel ou quasi-réel), qui a du sens pour l'apprenant.
- ❖ Permet la participation active de l'apprenant à ses apprentissages avec ou sans la collaboration de ses pairs.
- ❖ Permet d'intégrer diverses formules pédagogiques en cours de réalisation.
- ❖ Permet à l'apprenant d'utiliser diverses connaissances et savoirs dans le même processus de résolution.
- ❖ Responsabilise l'apprenant (maître de son apprentissage) en l'obligeant à planifier son travail et son temps.
- ❖ Développe chez l'apprenant la capacité de s'autoévaluer.
- ❖ Favorise l'intégration des matières et leur transfert dans la pratique.



Compétence (FSI, 2015, p.3)

13

Brève introduction à l'APC

Rôle de l'enseignant ou du formateur (FSI, 2017)

- « retrait actif », aider, questionner, conseiller, guider, les apprenants, selon les besoins et selon leur évolution à l'aide de question ouvertes. C'est un facilitateur et non un expert.
- Suivre le processus d'analyse, de synthèse, dans lequel les étudiants avancent plus ou moins rigoureusement.
- Aider à compléter une étape que les apprenants s'approprient à escamoter ou aider ceux qui commencent à tourner en rond, à passer à l'étape suivante
- Piquer la curiosité, susciter la compréhension des concepts et l'identification des interventions pertinentes.
- Veiller à ce que l'information partagée soit exacte, que les questions posées trouvent réponse, que les incertitudes soient levées, que les concepts soient compris et que les liens entre eux soient bien établis pour favoriser l'atteinte des intentions pédagogiques des activités.

Référentiel de Compétences

Tardif (2003) : Les huit (8) étapes de développement d'activités pédagogiques selon l'APC:

- 1) Détermination des compétences composant le programme ;
- 2) Détermination du degré de développement attendu pour chacune des compétences à la fin du programme de formation ;
- 3) Détermination des ressources internes à mobiliser par les compétences ;
- 4) Étalement des compétences sur l'ensemble de la formation ;
- 5) Détermination des modalités pédagogiques sur l'ensemble du programme ;
- 6) Détermination des modalités d'évaluation des compétences en cours et au terme de la formation ;
- 7) Détermination de l'organisation du travail des formateurs, des apprenants dans les activités d'apprentissage ;
- 8) Établissement des modalités de suivi des apprentissages.

©Abredan, 2019

15

©Abredan, 2019

Référentiel de Compétences (Boyer et al, 2016)

Exercer un jugement clinique Infirmier

Selon **Fonteyn et Ritter (2008)**, peut être défini comme les processus cognitifs et les stratégies utilisées pour comprendre la signification des problèmes de santé des clients, prendre des décisions cliniques éclairées, résoudre des problèmes et obtenir les résultats attendus.

Démontrer un leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière

Visée : Les infirmières qui sont visionnaires et énergiques dans tous les domaines de la discipline, qui sont crédibles, courageuses, visibles, qui sont une source d'inspiration et qui s'engagent à appuyer une pratique moderne, innovatrice et professionnelle des soins infirmiers (**Association des infirmières et des infirmiers du Canada [AIIC], 2009**).

Autres Compétences

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Collaborer dans des équipes professionnelles | <input type="checkbox"/> Agir avec humanisme selon une perspective disciplinaire |
| <input type="checkbox"/> Agir avec professionnalisme | <input type="checkbox"/> Assurer la continuité des soins |
| <input type="checkbox"/> Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique | <input type="checkbox"/> Favoriser une population en santé |

16

Références

- Al-Dossary, R., Kitsantas, P., et Maddox, T.J. (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review. *Nurse Educator Today*, 34(6), 1024-8. doi: 10.1016/j.nedt.2013.10.006.
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada [2009]. *Le leadership de la profession infirmière*. p. 1-10. Repéré à : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/le-leadership-de-la-profession-infirmiere_enonce-de-position.pdf
- Boyer, L., Pepin, J., Dubois, S., Descôteaux, R., Robinette, L. et Déry, J. (2016). *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins hospitaliers québécois de l'enfant à l'adulte*. Adaptation du référentiel du CHU Ste-Justine. Centre d'innovation en formation infirmière [CIFI]: FSI - UdeM
- Faculté des sciences infirmières[FSI], Université de Montréal [UdeM], (2015a). *Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM*. p.3 . Université de Montréal. repéré à <https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/SynopsisModelehumaniste.pdf>
- Fonteyn, M.E. et B.J. Ritter. « Clinical reasoning in nursing », in J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen, *Clinical Reasoning in the Health Professions* (3e éd.), Oxford, Butterworth-Heinemann-Elsevier, 2008, p. 235-244
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., & Legault, A. (2009). A Second Generation of the Competency-Based Approach to Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6, 1-15.
- Institut National de Santé Publique du Québec (2011). L'approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec. 5-48. repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1228_approchecompetences.pdf
- ©Abredan, 2019

Références

- Jeffries, P. R. (2005). A Framework for Designing, Implementing, and Evaluating Simulations Used as Teaching Strategies in Nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Lasnier, F. (2001). Un modèle intégré pour l'apprentissage d'une compétence. *Pédagogie collégiale*, 15(1), 28-33.
- Nguyen, D. Q. et Blais, J.-G. (2007). Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie médicale*, 8 (4), 232-251. <https://doi.org/10.1051/pmed:2007026>
- Poumay, M., Tardif, J. et Georges, F. (2017). *Organiser la formation à partir des compétences : un pari gagnant pour l'apprentissage supérieur*. Louvain-la-Neuve : deboeck, ISBN : 978-2-8073-0785-8
- Spiriva, L., Hart, P., Pruner, L., Johnson, D., Martin, K., Brakovich, B., McVay, F., et Mendoza, S.G. (2013). Hearing the voices of newly licensed RNs: The transition to practice. *American Journal of Nursing*, 113 (11), 24-32. Doi: 0.1097/01. NAJ.0000437108.76232.20
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-44
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière-éducation.

Appendice C: Canevas des groupes de formation

Canevas des groupes de formation

	Horaire initial	Horaire ajusté	Mode de participation	Nombre de CSI
1ère cohorte	<p><u>Jour 1</u> - 29 janvier 08h30 -15 h00 : Formation en ligne CIFI</p> <p><u>Jour 2</u> - 31 janvier 08h30 -12 h00 : Formation en ligne CIFI/Formules pédagogiques</p> <p><u>Jour 3</u> - 1^{er} février 08h30 -14 h30 : Formules pédagogiques</p>	<p><u>Jour 1</u> - 29 janvier 08h30 -15 h00 : Formation en ligne CIFI</p> <p><u>Jour 2</u> - 31 janvier 08h30 -12 h00 : Formules pédagogiques</p> <p><u>Jour 3</u> - 1^{er} février 08h30 -12 h00 : Formules pédagogiques</p>	<u>Présentiel</u>	<p><u>Jour 1</u> (9) Neuf.</p> <p><u>Jour 2-3</u> (8) Huit</p>
2ème cohorte	<p><u>Jour 1</u> – 13 février 09h00 -14 h00 : Formation en ligne CIFI</p> <p><u>Jour 2</u> – 14 février 10h30 -16 h00 : Formation en ligne CIFI/Formules pédagogiques</p> <p><u>Jour 3</u> – 19 février 08h30 -14 h00 : Formules pédagogiques</p>	<p><u>Jour 1</u> – 14 février 08h00 -16 h00 : Formation en ligne CIFI</p> <p><u>Jour 2</u> – 19 février 08h00 -15 h00 : Formules pédagogiques</p>	<p><u>Présentiel</u> Jour 1 (4 CSI) Jour 2 (1 CSI)</p> <p><u>Visioconférence</u> Jour 1 (3 CSI) Jour 2 (7 CSI)</p>	<p><u>Jour 1</u> (7) Sept</p> <p><u>Jour 2-3</u> (8) Huit</p>

Appendice D: La situation clinique et sa fiche de transformation

Situation d'apprentissage du parcours clinique

1. Contexte

Formation de mise à jour sur l'examen neurologique demandée par la Direction des soins infirmiers du centre hospitalier dans un contexte de rehaussement des pratiques et de la qualité des soins.

2. Formation obligatoire

Formation obligatoire pour les infirmières des unités ciblées (médecine-chirurgie).

3. Durée

1 heure

4. Participants

Environ 30 participants/session (variable selon la capacité de libération des unités)

5. Description du cours

Cette formation vise à harmoniser les pratiques en matière d'évaluation neurologique et de communication (SBAR) sur les différentes unités de l'établissement.

6. Apprentissages visés

- Connaître l'anatomie du cerveau et les nerfs crâniens.
- Connaître les principales conditions neurologiques où une évaluation neurologique est pertinente et attendue.
- Connaître l'échelle de coma de Glasgow.
- Savoir comment procéder à l'évaluation des pupilles.
- Communiquer son évaluation avec l'outil de communication SBAR.

7. Stratégies pédagogiques

Présentation magistrale accompagnée d'un PowerPoint contenant 73 diapositives qui regroupent des connaissances physiologiques et physiopathologiques avancées tirées du livre de Jarvis (2015). La présentation PowerPoint sera rendue disponible aux étudiants.

8. Modalités d'évaluation

Pré-test/post-test avec questions à choix multiples et questionnaire d'appréciation de la formation.

9. Références principales

Jarvis, C. (2015). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (2^{ième} édition). Montréal, Canada : Chenelière Éducation. ISBN13 : 9782765048442

Outils de documentation (évaluation neurologique) et de communication (SBAR) tels qu'utilisés dans l'établissement.

Fiche de transformation

Situation clinique

Contexte de la formation (invariants)

Milieu académique Milieu clinique ou de pratique

Titre

Titre complet de la formation

Rôle infirmier dans l'évaluation neurologique

*Enjeux et besoins

Exemples : faire face aux problèmes de santé mentale croissants, répondre aux exigences de l'organisme accréditeur, etc.

Formation ddemandé par la direction des soins infirmiers dans un contexte de rehaussement des pratiques et de la qualité des soins.

Durée

Nombre total d'heures, de jours ou de semaines

1 heure créditée en formation continue.

Clientèle

Nombre de participants attendus et principales caractéristiques des participants

60 infirmières de deux unités de médecine.

*Autres contraintes

Contraintes relatives au budget, aux locaux de formation, au matériel didactique, etc.

Il est difficile de libérer plusieurs infirmières à la fois pour assister à des formations, en raison du manque de personnel.

*Facultatifs

Intentions pédagogiques

Compétence(s) ciblée (s)

1. Exercer un raisonnement clinique infirmier

Voir le Bloc 1

Déterminer les compétences visées par la formation

2. Assurer la continuité des soins

N.B. Ces compétences sont tirées du référentiel de compétences du baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Justification : La formation sera élaborée dans le but de contribuer au développement de deux compétences ciblées plutôt qu'en fonction de l'acquisition de connaissances générales sur l'évaluation neurologique. Ainsi l'emphase sera mise sur l'utilisation judicieuse des connaissances déjà acquises des participants dans différentes situations. Ceci se rapproche davantage du développement de compétence (savoir agir complexe dans un contexte).

Situations cliniques retenues

Situations cliniques fréquemment rencontrées sur l'unité de soins, impliquant

Voir le Bloc 2

interprofessionnelle.

Déterminer les attentes en matière d'apprentissage

une évaluation neurologique ciblée et une communication

Justification : Les situations proposées seront des situations similaires à celles que les participants vivent au quotidien. Ainsi, la formation est cohérente avec le niveau de développement attendu. La complexité des situations sera en lien avec l'application des connaissances et non l'étendue des connaissances à acquérir.

Niveau de développement attendu des compétences ciblées Niveau « 3 » de Benner : Répond aux situations communes de son domaine de pratique et reconnaît les priorités.

Voir le Bloc 3

Introduction à l'évaluation des compétences

Justification : Il n'y a pas de référentiel de compétences dans cet établissement. Ici, le formateur s'est inspiré de l'atteinte de performance formulée par Benner (2001) pour décrire le niveau 3 de développement professionnel. D'autres auteurs auraient pu être utilisés. L'important est de situer la formation dans un processus de développement professionnel. Le choix du formateur vient de la réflexion suivante : Les participantes à cette formation sont des infirmières qui travaillent sur la même unité de médecine-chirurgie. Elles connaissent les évaluations de base en neurologie ainsi que l'outil de communication de l'établissement. Le constat est que certaines présentent des difficultés à adapter et à appliquer leurs connaissances au contexte de soins. Cette description correspond davantage au niveau 2 de Benner (a de l'expérience dans un domaine précis et connaît les savoirs et les standards de pratique liés ce domaine). Dans une perspective de développement professionnel, la formation visera à amener les participants vers le niveau 3. La formation ne devrait donc pas se situer au niveau de l'acquisition de nouvelles connaissances, mais de leur application priorisée au contexte de soins.

Apprentissages essentiels menant au neurologique

- Utilisation judicieuse de deux mesures d'évaluation

développement des compétences ciblées l'équipe

- Communication structurée et pertinente aux membres de

Voir le Bloc 2

interprofessionnelle

Déterminer les attentes en matière d'apprentissage Voir le Bloc 3

Déterminer les ressources à mobiliser et combiner

Justification : Ces deux apprentissages essentiels guideront le choix de ressources à considérer (deux mesures d'évaluation neurologique + outil de communication de l'établissement), les situations cliniques à

proposer et les stratégies d'enseignement à utiliser. Au niveau de l'évaluation neurologique, la formation portera uniquement sur deux mesures d'évaluation neurologique (les plus fréquemment utilisées) dans un souci de consolider les acquis, plutôt que de promouvoir l'acquisition de nouvelles connaissances. La durée de la formation est d'une heure : il faut donc formuler les intentions pédagogiques en tenant compte de cet élément.

Liste — non exhaustive — des principales ressources liées aux apprentissages

essentiels

Voir le Bloc 3

Déterminer les ressources à mobiliser et combiner

- Échelle de coma de Glasgow
- Évaluation PERRL et taille des pupilles
- Outil de communication SBAR

Justification : L'intention pédagogique de la formation n'est pas de faire connaître les évaluations neurologiques, mais de faire appliquer les connaissances des participants. Le formateur a donc fait le choix de travailler à partir des deux mesures d'évaluations les plus fréquentes.

Stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Stratégies d'enseignement retenues

Voir le Bloc 5

Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

La formation est proposée en petits groupes de participants, selon les possibilités de libération de l'unité. Le format permet aussi à la formation d'être divisée en deux périodes de 30 minutes au besoin. Une salle adjacente à l'unité ou une chambre inoccupée pourrait être utilisée.

1. **Jeu de rôle (15 min)** : le formateur simule 2 scénarios cliniques illustrant un résultat de Glasgow différent et demande au groupe de compléter l'échelle de Glasgow (idem à la documentation sur l'unité) ; retour sur les réponses et validation/recadrage.
2. **Discussion sur la pertinence du Glasgow (15 min)** : le formateur propose 2 situations cliniques et pose la question de discussion suivante : dans laquelle de ces situations est-il pertinent d'administrer une échelle de Glasgow et pourquoi ?
3. **Démonstration à relais (10 min)** : deux participants volontaires démontrent comment faire l'évaluation PERRL et taille des pupilles. Le formateur demande aux participants de commenter, commente-lui aussi, puis d'autres participants poursuivent ensuite la démonstration.
4. **Jeu de rôle (20 min)** : à partir d'un des scénarios déjà proposé, les participants se préparent à faire un SBAR, puis simulent un appel au médecin (joué par le formateur) ;

L'interaction est ensuite commentée par l'ensemble des participants.

L'évaluation de la formation est conforme aux formulaires exigés pour obtenir des crédits de formation continue.

Justification : Les démonstrations faites par les participants et l'implication active de ceux-ci dans les activités proposées contribuent davantage à la consolidation des acquis qu'une démonstration par le formateur. Les activités sont de courte durée : elles pourraient être proposées séparément pour répondre à des besoins particuliers. Ces activités prennent en compte les connaissances antérieures des participants et les invitent à partager leurs expertises. Elles répondent aux apprentissages essentiels visés par la formation, et vont contribuer à l'atteinte du niveau 3 de Benner, tel que planifié par le formateur. Rappelons qu'une formation seule ne permet pas l'atteinte d'un niveau. Le but de cette formation n'était pas d'amener les participants à ce niveau, mais d'y contribuer. L'évaluation de la formation doit se conformer aux normes des formulaires d'accréditation, mais il sera possible d'y inclure des éléments de réflexion sur l'apprentissage.

Stratégies d'apprentissage à promouvoir

Voir le Bloc 5

Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Stratégies de traitement : sélectionner, décomposer, comparer

Stratégies d'exécution : vérifier, produire

Justification : La durée de la formation est courte. Le formateur a privilégié les stratégies de traitement et d'exécution puisque les besoins d'apprentissage étaient surtout au niveau de l'application des connaissances. Mais l'évaluation de la formation pourrait inclure des éléments de métacognition : qu'avez-vous retenu pour votre pratique ? Nommer un apprentissage que vous avez fait ou que vous avez consolidé, etc...

Principes associés aux stratégies

d'enseignement retenues

Voir le Bloc 4

Appliquer les principes de la formation par compétences

x **Alternance**

Utilisation de scénarios cliniques (global) en lien avec trois apprentissages attendus (spécifiques) — évaluation GCS, utilisation pertinente de l'échelle GCS et communication SBAR

Sélectionnez au moins un principe dans la liste, puis x **Application** Les participants sont très actifs dans les activités :

indiquez-la ou les stratégies correspondantes que vous avez retenu.

remplir l'outil GCS, décider de sa pertinence, faire l'évaluation des pupilles et simuler un SBAR

x **Cohérence**

Les intentions pédagogiques (apprentissages essentiels) sont cohérentes avec le niveau de développement des participants, les stratégies sont cohérentes avec les intentions pédagogiques, le choix des ressources est cohérent avec les intentions pédagogiques

x **Construction**

Les participants doivent faire les activités à partir de leurs connaissances actuelles et les rétroactions permettront de bonifier ces connaissances

Distinction

- x **Globalité** Utilisation de scénarios cliniques réalistes pour ancrer l'apprentissage dans la pratique réelle

Intégration

Non fait, mais presque.

- x **Itération**



Toutes les activités portent sur l'évaluation neurologique, mais avec des angles différents et spécifiques : : administrer correctement le GCS et faire adéquatement l'évaluation pupillaire, juger de la pertinence d'utiliser ou non le GCS, communiquer les éléments de son évaluation



- x **Signifiante**

Les activités proposées reproduisent des situations cliniques et des décisions infirmières réalistes et concrètes

Transfert



Justification : Malgré sa courte durée, on constate que plusieurs principes de la formation par compétences sont mis à profit dans cette formation.

Le principe de distinction n'est pas applicable dans le temps dévolu à cette formation, mais pourrait être utilisé dans l'évaluation de la formation par les participants, par des questions de réflexion sur leurs apprentissages personnels faits durant la formation ou ce qu'ils pensent transférer dans leur pratique.

Cette formation n'avait pas pour but l'intégration. Toutefois la dernière activité est proche d'une activité d'intégration puisqu'elle oblige les participants à regrouper les apprentissages faits dans les activités précédentes pour être en mesure de fournir un SBAR pertinent.

On souhaite que des activités de transfert soient aussi mises en place à la suite de cette formation, pour aider les participants à réutiliser leurs apprentissages dans un contexte réel.

Appendice E: Fiche de transformation à compléter

Fiche de transformation

Choisissez une formation que vous avez déjà donnée ou que vous aimeriez donner, présentez son contexte sommairement, puis procédez à sa transformation selon l'approche par compétences.

Votre objectif n'est pas de transformer une formation existante jusque dans ses moindres détails, mais plutôt de créer une ébauche de formation par compétences.

Les idées consignées dans cette fiche vous aideront à construire une représentation claire des changements à opérer dans votre pratique pour y intégrer l'approche par compétences.

VOTRE NOM :

Contexte de la formation (invariants)

Milieu académique Milieu clinique ou de pratique

Titre

Titre complet de la formation

*Enjeux et besoins

Exemples : faire face aux problèmes de santé mentale croissants, répondre aux exigences de l'organisme accréditeur, etc.

Durée

Nombre total d'heures, de jours ou de semaines

Clientèle

Nombre de participants attendus et principales caractéristiques des participants

*Autres contraintes

Contraintes relatives au budget, aux locaux de formation, au matériel didactique, etc.

*Facultatifs

Intentions pédagogiques

Compétence(s) ciblée (s)

Voir le Bloc 1

Déterminer les compétences visées par la formation

Justification :

Situation(s) clinique(s) retenue (s)

Voir le Bloc 2

Déterminer les attentes en matière d'apprentissage

Justification :

Niveau de développement attendu des compétences ciblées

Voir le Bloc 3

Introduction à l'évaluation des compétences

Justification :

Apprentissages essentiels menant au développement des compétences ciblées

Voir le Bloc 2

Déterminer les attentes en matière d'apprentissage

Voir le Bloc 3

Déterminer les ressources à mobiliser et combiner

Justification :

Liste — non exhaustive — des principales ressources liées aux apprentissages essentiels

Voir le Bloc 3

Déterminer les ressources à mobiliser et combiner

Justification :

Stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Stratégies d'enseignement retenues

Voir le Bloc 5

Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Justification :

Stratégies d'apprentissage à promouvoir

Voir le Bloc 5

Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Justification :

Principes associés aux stratégies d'enseignement retenues

Voir le Bloc 4

Appliquer les principes de la formation par compétences

Sélectionnez au moins un principe dans la liste, puis indiquez la ou les stratégies correspondantes que vous avez retenues.

- Alternance
- Application
- Cohérence
- Construction
- Distinction
- Globalité
- Intégration
- Itération
- Signifiante
- Transfert

Justification :

Appendice F: Stratégies pédagogiques

FORMULES PÉDAGOGIQUES

Par :
Yvonne-Annick A. ABREDAN Bs. Sc. Inf., Ét. Ms. Sc. Inf.
OPTION FORMATION

Sommaire

- 1 Apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC)
- 2 Apprentissage par vignette cliniques courtes (AVCC)
- 3 Baladodiffusion
- 4 Atelier Réflexif
- 5 Formation par concordance de script

Apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC) (FSI, 2017)

Présentation

- Soutient l'apprentissage, la motivation, stimule et renforce l'autonomie de l'apprenant.
- Favorise l'activation de ce qui est déjà connu, permet d'analyser et intervenir dans une situation,
- Permet d'ancrer les nouveaux apprentissages dans les savoirs déjà acquis et favorise leur assimilation et leurs réutilisations.
- Schématisation de la situation et des notions apprises facilite l'encodage dans la mémoire à long terme.

- Favorise une contribution active essentielle de chacun pour le bon fonctionnement du groupe,
- Incite l'apprenant à s'impliquer dans son développement professionnel (autodidacte).

- Incite l'étudiant à rechercher par lui-même les informations dont il a besoin pour comprendre et résoudre le problème ainsi qu'à agir adéquatement dans la situation.

©Abredan, 2019

Apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC) (FSI, 2017)

Méthode et matériel (FSI, 2017)

- Groupe de 4 à 10 personnes (idéalement 6)
- Une situation clinique infirmière
- Les étapes de la méthode
- Les lectures
- Un ordinateur, un tableau, des marqueurs

EXPLICATIONS DES RÔLES :

Le tuteur: soutien, aide, accompagne, questionne, stimule et encourage les apprenants.

L'animateur : veille au bon déroulement des étapes d'APSIC, à l'efficacité de la communication, à l'instauration d'un climat de travail constructif et favorisant la mobilisation de tous les participants.

Le secrétaire: rédige un compte-rendu au tableau des propos des étudiants lors des étapes 2, 3, 4, 5, 6, et des étapes 8 et 9.

Le scribe: Reproduit fidèlement (électroniquement avec un logiciel (p. ex., Word, CmapTools, Google Drive ou sur papier) les éléments notés au tableau par le secrétaire. Ne participe pas de façon importante aux discussions du sous-groupe. Après les étapes 1 à 6 ainsi que les étapes 8 et 9, le scribe envoie une copie électronique du compte-rendu à chacun membre du groupe.

©Abredan, 2019

Apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC) (FSI, 2017)

Comment monter une formation par APSIC

- Rédiger la situation en collaboration d'experts pour valider la cohérence du contenu et des intentions pédagogiques.
- Faire des recherches documentaires pertinentes sur le(s) sujets de la sic et construire le guide du tuteur et de l'apprenant.
- Guide de l'apprenant: situation - guide avec les compétences visées, les notions importantes et les références ou les liens des lectures à faire.
- Guide du Tuteur: situation avec les notions importantes en gras, les notions importantes, les questions pertinentes qui doivent ressortir les apprenants et leurs réponses, les étapes pour suivre la gestion du temps et un schéma au besoin.

PERIODE DE PRATIQUE

©Abredan, 2019

Apprentissage par vignettes cliniques courtes (AVCC) Perrier (2014)

Présentation

- ❖ Inspiration constructiviste se traduit par le rôle actif que joue l'apprenant dans son apprentissage.
- ❖ Stimule l'activation des connaissances antérieures par son utilisation pour analyser un problème clinique.
- ❖ Incite les étudiantes à se questionner et à utiliser une démarche de raisonnement clinique pour résoudre le problème présenté.
- ❖ Recommande la réalisation de l'activité en groupe pour la formation (socioconstructivisme)(Lasnier, 2001; Tardif, 2006).
- ❖ Recommande une consigne à l'activité demandant d'identifier les informations déterminantes pour 1) **confirmer** et 2) **écarter chacune des hypothèses cliniques formulées** (informations prioritaires à rechercher).

©Abredan, 2019

Apprentissage par vignettes cliniques courtes (AVCC)

Méthode et Matériel

- Une situation clinique courte issue de la pratique
- Une série de questionnement (élaboration d'hypothèse, éléments pertinents à évaluer, interventions prioritaires)
- Guide de l'enseignant avec les réponses et les instructions d'accompagnement.

PERIODE DE PRATIQUE

©Abredan, 2019

Baladodiffusion Chamberland, Lavoie et Marquis (2003)

Présentation

- ❑ Moyen efficace pour diffuser des consignes ou faire faire des exercices aux apprenants
- ❑ Visionner, écouter ou réécouter n'importe quand.
- ❑ Enregistrement audio ou audiovisuel conçu pour être écouté sur un baladeur et/ou visionnée sur divers supports numériques (baladeurs de tous types, téléphones cellulaires, ordinateurs, iPad, clés USB, etc.), et être écoutée à n'importe quel moment.

Cinq éléments importants

Thème : devrait être invitant, divertissant, formateur

Format et style : conversationnel, journalistique ou une autre approche. Fluidité des renseignements sont présentés. Narrateurs dynamiques (caractère au contenu).

Durée : épisodes brefs (15 minutes ou moins)

Musique et images : Donne beaucoup de caractère à la Balado. utiliser de la musique de qualité.

Respectez les droits d'auteur. Plusieurs sites en ligne de musiques et images libres de droits d'auteurs et (Pixabay)

Qualité : réalisée de manière professionnelle (son et image)

©Abredan, 2019

Baladodiffusion

Matériel et méthode

Logiciels : soit GarageBand, sur Mac, soit Audacity sur plusieurs plateformes, dont Windows.

GarageBand

- Produits apple
- Beaucoup de fonctionnalités, banque d'effets sonores et de musique. Inclusions de photos ou des vidéos! Tutoriels sur le site [web d'apple](#).
- Calibre professionnel

Audacity

- Logiciel libre et gratuit qu'on doit [télécharger](#) et installer sur son poste.
- [Tutoriels](#) sont disponibles en ligne.
- Beaucoup moins complète que garage band, elle permet toutefois de faire des enregistrements numériques, d'y ajouter des pistes musicales et offre une gamme variée d'effets et de réglages.

Autres payants ou gratuits: Moovly, Knovio ...

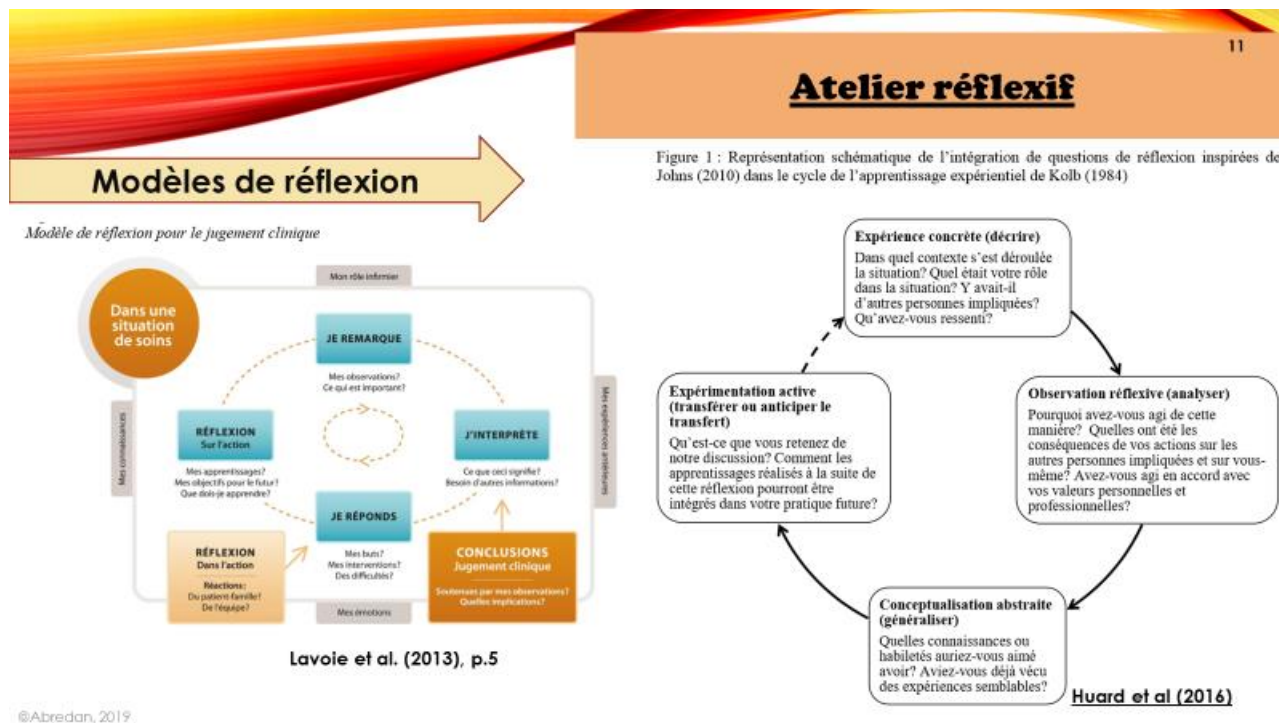
©Abredan, 2019

Atelier réflexif

Présentation

- ❑ La pratique réflexive permet d'évaluer l'action pendant qu'elle se déroule, de s'interroger sur les hypothèses implicites de l'action et d'en reconnaître les biais (Irving et Williams, 1995).
- ❑ La réflexion est déclenchée par la surprise et l'étonnement, par un décalage entre le résultat attendu et celui obtenu (Miron, 1998).
- ❑ L'atelier réflexif favorise l'apprentissage par la réflexion sur ce qui a fonctionné et a produit le résultat souhaité ou ce qui a bloqué l'action et finalement par le transfert des résultats de la réflexion à des situations comparables (Schön, 1996).
- ❑ Réfléchir, ce n'est pas « automatique » : il doit y avoir quelque chose qui déclenche la réflexion. Dans un atelier réflexif, il importe de prévoir des déclencheurs de réflexion (Miron, 1998).

©Abredan, 2019



- La FPC consiste à placer le participant devant des cas présentés sur écran d'ordinateur, sous forme de courtes vignettes reflétant la complexité et l'ambiguïté souvent rencontrées dans la pratique professionnelle.
- Les réponses du participant sont comparées à celles qu'ont données préalablement les membres d'un panel de référence et il reçoit une triple rétroaction : (1) réponses données par les membres du panel, (2) justifications données par ces derniers, (3) message synthèse (venant selon les cas, soit à la fin de chaque question, soit à la fin du cas).

Typologie

- **Concordance de jugement clinique** (souvent appelée concordance de script): permet de former au raisonnement diagnostique ou thérapeutique;
- **Concordance de jugement professionnel**: permet de former dans les domaines de l'éthique ou du professionnalisme;
- **Concordance de perception**: permet de former à la perception et l'interprétation dans les domaines avec imagerie.

Formation par concordance de script (FCS)

(Charlin et al, 2015)

Présentation

Élaborer un module demande:

- ❑ **Responsable du module** : un clinicien qui travaille dans un domaine qui lui est familier. Coordonne et planifie l'élaboration de la formation.
- ❑ **Panel d'experts**: rôle majeur. Sont de 2-3 au minimum, jusqu'à une dizaine ou plus pour des sujets controversés. C'est à partir de leurs réponses et de leurs justifications que le participant va ajuster et modeler ses connaissances et son raisonnement. Doivent être des personnes crédibles, réponses anonymes.
- ❑ **Expert (s) de contenu ou personne (s) ressource (s)** Il s'agit de la personne (parfois des personnes) qui rédige (nt) et amène(nt) l'information scientifique détaillée et en valide(nt) la cohérence.

@Abredan, 2019

Formation par concordance de script (FCS)

(Charlin et al, 2015, p.8)

Présentation

Concordance de jugement: format A

Cas → Vous êtes externe, en stage de chirurgie. Votre résident a prescrit de la pénicilline à un patient hospitalisé pour une infection quelconque. Or, dans le dossier informatisé du patient, il est bien précisé que ce dernier est allergique à la pénicilline. Il en a reçu deux doses avant que vous vous aperceviez qu'il y a eu erreur. Le patient est demeuré asymptomatique.

Le résident, après que vous l'avez avisé	Cette attitude, ce comportement sont?			
modifie la prescription, mais n'en parle pas au patient	-2	-1	+1	+2

-2 Totalement inacceptable;
-1 Difficilement acceptable;
+1 Plutôt acceptable;
+2 totalement acceptable

Likert à 4 points

@Abredan, 2019

Concordance de jugement : format B

Cas → Le Canadien de Montréal remporte la Coupe Stanley, et une émeute éclate. Un photjournaliste couvre l'événement. Parce que certaines de ses photos pourraient permettre d'identifier l'auteur d'un acte criminel, des policiers lui rendent visite et veulent obtenir copie de ses clichés.

À quel point est-il légitime...	de les transmettre à la police ?			
Considérant que le crime en question est le bris du pare-brise d'une Porsche?	-2	-1	+1	+2
Considérant que le crime en question est un meurtre?	-2	-1	+1	+2

Likert à 4 points
-2 = Totalement inacceptable
-1 = Difficilement acceptable
+1 = Plutôt acceptable
+2 = Totalement acceptable

Formation par concordance de script (FCS)

(Charlin et al, 2015, p.11)

Présentation

D'après Maggy Dupré, vignette # 7, Format A

Vous avez prescrit de la cloxaciline à une patiente qui présentait une cellulite à la jambe gauche avec un début de lymphangite. À la visite suivante, cette patiente vous informe qu'elle a dû être transportée par ambulance à l'urgence pour être traitée pour un choc anaphylactique. Par ailleurs, sa cellulite s'est améliorée avec l'antibiotique prescrit par le médecin de l'urgence.

À la révision du dossier de la patiente, vous constatez qu'une allergie à la pénicilline est documentée au dossier.

Si vous pensez	Cette attitude, ce comportement seraient?			
révéler à la patiente que son allergie à la pénicilline vous a complètement échappé	-2	-1	+1	+2
dire à la patiente qu'il lui appartient de toujours mentionner son allergie à la pénicilline lorsqu'un médecin lui propose une ordonnance	-2	-1	+1	+2

-2 Totalement inacceptable -1 Difficilement acceptable +1 Plus tôt acceptable
+2 Totalement acceptable

©Abredan, 2019

Situation

M. Tremblay est hospitalisé pour syncope et a des antécédents d'insuffisance cardiaque congestive, de HTA et de dyslipidémie. Il a pour médication du Norvasc du Lasix et du Lipitor. Il est allergique à certains médicaments : pénicillines, acétaminophène, AINS. Il n'a pas uriné depuis 12h et son résultat de Bladder Scan indique 990 ml. Le médecin vous a donc prescrit l'installation d'une sonde vésicale, car c'est la 3^e fois dans les deux dernières journées. Vous le trouvez de bonne humeur, et pendant que vous préparez votre matériel pour lui installer la sonde vésicale. Le patient vous raconte comment il a fait un choc anaphylactique en mangeant des calamars dans un restaurant chinois. Pendant votre discussion, M Tremblay vous dit avoir une douleur à la poitrine.

Exercices

M. Tremblay est hospitalisé pour syncope et a des antécédents d'insuffisance cardiaque congestive, de HTA et de dyslipidémie. Le patient vous raconte comment il a fait un choc anaphylactique en mangeant des calamars dans un restaurant chinois. Pendant votre discussion, M. Tremblay vous dit avoir une douleur à la poitrine.

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cela vous permet de dire que l'hypothèse est ...
Douleur rétrosternale	La douleur irradie au menton et dans le bras gauche	-2 -1 0 +1 +2
Récidive d'ulcère gastrique	La douleur n'est pas soulagée avec le Maalox	-2 -1 0 +1 +2
Œdème aigu du poumon (OAP)	Aucun bruits adventices à l'auscultation pulmonaire	-2 -1 0 +1 +2
-2 : improbable -1 : peu probable	0 : n'a aucun rapport avec le diagnostic.	+2 : Très probable +1 : probable

Comment intervenez vous ?

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cela vous permet de dire que l'hypothèse est ...
Lui donner un analgésique	La douleur irradie au menton et dans le bras gauche	-2 -1 0 +1 +2
Lui donner de la nitroglycérine en spray selon le protocole	Ses signes vitaux sont normaux	-2 -1 0 +1 +2
De faire l'auscultation cardiaque	La douleur est a 12/10	-2 -1 0 +1 +2
-2 : non pertinente -1 : peu pertinente	0 : n'a aucun rapport avec le problème	+2 : Très pertinente +1 : pertinente

©Abredan, 2019

Exercices

M. Tremblay est hospitalisé pour syncope Il est allergique à certains médicaments : pénicillines, acétaminophène, AINS. Il n'a pas uriné depuis 12h et son résultat de Bladder Scan indique 990 ml. Le médecin vous a donc prescrit l'installation d'une sonde vésicale, car c'est la 3^e fois dans les deux dernières journées. Vous le trouvez de bonne humeur, et pendant que vous préparez votre matériel pour lui installer la sonde vésicale. Le patient vous raconte comment il a fait un choc anaphylactique en mangeant des calamars dans un restaurant chinois. Quel est la nouvelle problématique?

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cela vous permet de dire que l'hypothèse est ...
Une HBP (hyperplasie bénigne de la prostate)	Il a eu un RTUP (résection transurétrale de la prostate) il a deux ans	-2 -1 0 +1 +2
Allergie croisée à l'iode	Qu'il ne mange pas de crevette ni de poisson	-2 -1 0 +1 +2
Il n'a pas de bracelet d'allergie	Il en porte un mentionnant ses allergies connues	-2 -1 0 +1 +2
-2 : improbable -1 : peu probable	0 : n'a aucun rapport avec le diagnostic.	+2 : Très probable +1 : probable

©Abredan, 2019

Comment intervenez vous ?

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cela vous permet de dire que l'hypothèse est ...
Lui donner du benadryl	Ce n'est pas prescrit dans sa FADM.	-2 -1 0 +1 +2
Ajouter iode sur son bracelet d'allergie	fruits de mer y est déjà écrit	-2 -1 0 +1 +2
Changer de désinfectant	La procédure sera faite par une stagiaire	-2 -1 0 +1 +2
-2 : non pertinente -1 : peu pertinente	0 : n'a aucun rapport avec le problème	+2 : Très pertinente +1 : pertinente

©Abredan, 2019

Références

- Charlin, B. et al. (2015). *Formations par concordance : guide A. et B Formation par concordance de jugement clinique*. Montréal, Québec : Centre de pédagogie appliquée en sciences de la santé (CPASS), 2015 [En ligne]. Disponible sur <http://www.cpass.umontreal.ca/recherche-et-developpement/test-de-concordance-de-script/guide.html>
- Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal [FSI], (2017). *L'apprentissage par situations infirmières cliniques Guide à l'intention des tuteurs* – 3e éd. Montreal.
- Irving, J. A., et Williams, D. I. (1995). Critical thinking and reflective practice in counselling. *British journal of guidance and counseling*, 23(2), 173-184.
- Huard, S., Blanchet-Gameau, A., Pepin, J., et Larue, C. (2016) "Activité réflexive novatrice auprès d'étudiantes en sciences infirmières sur la diversité culturelle dans les soins," *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 2(2). DOI:<https://doi.org/10.17483/2368-6669.1069>
- Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J., Goudreau, J., et Fima, O. (2017) "Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins : Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers," *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 3(1). DOI:<https://doi.org/10.17483/2368-6669.1100>

©Abredan, 2019

Références

- Miron, J.-M. (1998). *La formation réflexive des éducatrices de garderies au soutien éducatif des parents en milieu économiquement faible*. Thèse doctorale non publiée, Université de Montréal/Université de Paris-X.
- Perrier, C. (2014). L'apprentissage du raisonnement clinique infirmier par vignette clinique courte : étude exploratoire. *Recherche en soins infirmiers*, 118(3), 52-61. doi:10.3917/rsi.118.0052.
- Schön, D. A. (1996b). A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 201-222). Paris : Presses Universitaires de France.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-44.

**Appendice G: Situation clinique et étapes d'apprentissage par situation infirmière
clinique (APSIC)**

APPRENTISSAGE PAR SITUATION INFIRMIERE CLINIQUE (APSIC)

SITUATION

Juliette est nouvellement diplômée du collège Bois-de-Boulogne et doit débiter comme CEPI à l'hôpital Pierre Boucher de Longueuil. Aujourd'hui c'est sa journée d'accueil. Après avoir reçu, les informations générales comme toutes les autres CEPI, elle fait la rencontre de Marlyse, conseillère en soins infirmiers sur le département de chirurgie auquel elle est affectée. Marlyse la conduit avec 5 autres CEPI dans une salle et leur explique qu'elles vont débiter leur orientation spécifique pour cette l'unité. Marlyse leur explique qu'elle utilise l'approche par compétence pour être cohérente avec la vision actuelle de la profession et qu'elles vont faire un APSIC. Même si cela leur est étranger, Marlyse prend le temps de les rassurer et de répondre à leur question. Elle leur précise que pour respecter les intentions pédagogiques de la formation il serait important de bien suivre les étapes d'APSIC. Elle leur remet la situation clinique suivante :

M. Tremblay, 60 ans est hospitalisé suite à une appendicectomie. Il a pour antécédents médicaux : HTA, HBP pour lesquels il reçoit du Norvasc 5 mg po BID et du Flomax 0.4mg po BID. Il a une sonde vésicale. Lors de votre tournée, ses signes vitaux sont dans ses normales : TA : 157/68 mm Hg, pouls : 78 bpm, R : normale à 20 par minute, SPO2 : 96 %, T : 36, 6 buccal. Vous lui administrez ses médicaments et vous prenez soin de valider s'il a de la douleur. Vous évaluez donc la douleur selon le PQRSTU et vous lui administrez du Tylenol 1 G PO et de la morphine 5 mg PO qu'il a dans sa FADM pour soulager sa douleur. Le pansement opératoire est propre. Le préposé aux bénéficiaires, de passage dans la chambre, vous fait remarquer que la sonde est pleine et se propose de la vider et vous annonce qu'elle contenait 1500 ml d'urine. Vous remarquez que l'urine est très diluée. De retour au poste le préposé vous dit en riant que M. Tremblay boit tellement d'eau qu'on pourrait croire qu'il est pompier et qu'il essaie d'éteindre un feu. Pendant que vous faites vos notes, le médecin traitant arrive et vous questionne sur l'état de M. Tremblay. Après lui avoir parlé de son état et

soumis vos observations, il se rends au chevet de ce dernier. De retour au poste, il vous prescrit un dosage ingesta/excreta (I/E) strict, une limite liquidienne a 1200 ml die, la prise de glycémie capillaire QID sur 24H et des prélèvements à faire le lendemain matin : FSC, Électrolytes, urée, Creat, osmolarité urinaire et sanguine.

Le lendemain, dès l'arrivée du médecin, vous lui expliquez que l'état de M. Tremblay est stable, les signes vitaux sont normaux. Les résultats des glycémies sont toutes normales. Toutefois, son bilan I/E est négatif de 4 L/24 h et ce malgré la limite liquidienne très bien respectée, les résultats de Na sont élevés 148 mEq/L. Les osmolarités plasmatique et urinaire sont respectivement à 310 (Normale : 290–305) et 175 (Normale : 600–900) mosmol/kg. Les autres sont dans les normales. Le médecin vous dit alors que c'est vraiment surprenant comme résultats, car tout semble indiqué un diabète insipide. Il vous prescrit de la desmopressine 0,2 mg po et un soluté de dextrose à 200 ml/h, un scan cérébral et Électrolytes, urée, Creat et de maintenir le suivi de I/E sans limite liquidienne.

A la fin du retour d'APSIC, Marlyse les félicite sur les beaux liens cliniques qu'elles ont réussi à mettre en évidence en travaillant ensemble. Elle les stimule réfléchir sur leur travail en équipe et sur l'apprentissage qu'elles ont acquis. Au sortir de la séance, Juliette se sent plus confiante pour aller travailler sur l'unité. Elle se dit intérieurement que Marlyse exerce un vrai leadership clinique, car elle a réussi à la convaincre qu'une réflexion post-action est très pertinente pour la pratique infirmière.

Quelles sont les étapes de l'APSIC?

Toutes les étapes de l'APSIC se font en sous-groupes de 7 à 10 étudiants, à l'exception de la lecture de la SIC à voix haute, qui se fait en groupe.

Pour chaque APSIC, les étudiants prennent le rôle attribué au début du cours sur la *Feuille de suivi des rôles en APSIC*

Étape 1 (5 min)	Présenter la situation clinique	Lecture de la SIC, à voix haute, pour l'ensemble du groupe. En sous-groupe, clarifier les termes incompris.
--------------------	--	--

En sous-groupes:

Étape 2 (15 min)	Énoncer des questions	Débuter l'analyse de la SIC en formulant des questions qui devront être répondues dans les prochaines étapes de l'APSIC.
Étape 3 (5 min)	Résumer la situation	Composer un résumé bref de la SIC en utilisant une adaptation du SAER. S: Résumé de la situation de la Personne ¹ A: Antécédents E: Évaluation R: Recommandations
Étape 4 (30 min)	Formuler des hypothèses	Mobiliser les connaissances acquises/antérieures pour formuler des hypothèses de réponse aux questions formulées à l'étape 2.
Étape 5 (15 min)	Schématiser la SIC	Organiser les concepts sous forme de schéma pour obtenir une représentation sommaire des concepts importants de la SIC incluant le rôle de l'infirmier (évaluation et interventions) et les liens proposés à l'étape 4.
Étape 6 (5 min)	Planifier l'étude	Identifier les concepts pertinents à approfondir pour une meilleure compréhension de la SIC, ainsi que les sources documentaires pertinentes à cet approfondissement.

Individuellement :

Étape 7 (12-15 heures)	Étude individuelle	Effectuer les recherches et sélectionner les lectures pertinentes Solliciter l'aide des collègues au besoin (StudiUM) Partager le fruit de ses trouvailles documentaires (StudiUM) À la suite des lectures réalisées, faire un schéma intégrateur de la SIC qui met en évidence la compréhension des liens entre les différents concepts et le rôle de l'infirmier Noter les questions restées sans réponse et les rapporter au sous-groupe
---------------------------	---------------------------	---

En sous-groupes :

Étape 8 (40 min)	Mise en commun	Lire en groupe à voix haute la situation clinique. Partager le fruit de l'étude individuelle pour approfondir, ajuster, corriger les hypothèses de réponse de l'étape 4. Approfondir, ajuster, corriger les concepts restés nébuleux à la suite de l'étape 7.
Étape 9 (40 min)	Intégration	À partir du schéma de l'étape 5, bonifier la représentation de la SIC, incluant le rôle de l'infirmier (évaluation et interventions)
Étape 10 (10 min)	Évaluation	Effectuer une démarche réflexive (évaluer le travail d'équipe, cibler un objectif d'amélioration et identifier les stratégies pertinentes)

Individuellement

Étape 11	Bilan personnel	Effectuer une démarche réflexive personnelle (gestion du temps, stratégies d'étude, participation au sein du sous-groupe). Compléter les apprentissages pertinents à la SIC et intégrer la démarche réflexive personnelle au portfolio.
----------	------------------------	--

¹ Personne réfère à la personne, sa famille et sa communauté.

Appendice H: Guide de lectures d'apprentissage par situation infirmière clinique

GUIDE DE L'APPRENANT

Cette situation infirmière clinique vise l'apprentissage des concepts et notions relatives au diabète insipide notamment en lien avec les surveillances infirmières et au leadership dans la pratique infirmière. Elle mise aussi sur le réinvestissement de plusieurs notions acquises précédemment en lien avec la formation par approche par compétence en milieu clinique.

L'emphase de votre étude devrait être mise sur les diverses notions reliées au **diabète insipide** et les **surveillances infirmières associées**, aux notions de **leader** et de **leadership**, à la **pertinence et aux impacts du leadership sur la pratique clinique infirmière**.

Lectures à faire (envoyé par courriel)

- Lassonde, A. (2005). L'hypernatrémie une conséquence salée de la déshydratation. *Le Médecin du Québec*, 40 (12). 59-62. Repéré à : <https://docplayer.fr/29022733-L-hyponatremie-une-consequence-diluee-de-l-hydratation.html>
- Leroy, C., Karrouz, W., Douillard, C., Do Cao, C., Cortet, C., Wémeau, J.-L., Vantyghem, M-C. (2013). Diabetes insipidus. *Annales d'Endocrinologie*, 74 (5-6), 496-507. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2013.10.002>.
- Kozier, B., G. Erb, A. Berman et S. Snyder (2005). Délégation, gestion et leadership. *Soins infirmiers. Théorie et pratique. Vol 1*. pp. 515-529. Adaptation française de Sophie Longpré et Lyne Cloutier. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Badr, B., Faguer, S., Pourrat, J., Decramer, S., Bichet, D.G., Giraud, P., Chauveau, D. (2013). Diabète insipide néphrogénique héréditaire : quelle prise en charge à l'âge adulte ? *Néphrologie & Thérapeutique*, 9 (5), 273, <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2013.07.172>.

Appendice I: Exercice d'apprentissage par vignette clinique courte (AVCC)

APPRENTISSAGE PAR VIGNETTE CLINIQUE COURTE (AVCC)

SITUATION

M. Tremblay est hospitalisé pour syncope et a des antécédents d'insuffisance cardiaque congestive, de HTA et de dyslipidémie. Il a pour rx du Norvasc du Lasix et du Lipitor. Il est allergique à certains médicaments : pénicillines, acétaminophène, AINS. Il n'a pas uriné depuis 12h et son résultat de Bladder Scan indique 990 ml. Le médecin vous a donc prescrit l'installation d'une sonde vésicale, car c'est la 3^e fois dans les deux dernières journées. Vous le trouvez de bonne humeur, et pendant que vous préparez votre matériel pour lui installer la sonde vésicale. Le patient vous raconte comment il a fait un choc anaphylactique en mangeant des calamars dans un restaurant chinois. Pendant votre discussion, M Tremblay vous dit avoir une douleur à la poitrine. **Quelles sont vos hypothèses concernant sa douleur? Que faites-vous pour émettre et confirmer votre diagnostic infirmier? Quelle est votre intervention selon le cas?**

Après votre intervention, il dit se sentir mieux. Vous remarquez alors une problématique qui vous empêche de débiter vos soins. **Quelle est votre hypothèse cette problématique et que faites — vous pour y remédier?**

Appendice J: Formation par concordances de scripts

Formation par concordance de script (FCS)

(Charlin et al, 2015)

Présentation

- La FPC consiste à placer le participant devant des cas présentés sur écran d'ordinateur, sous forme de courtes vignettes reflétant la complexité et l'ambiguïté souvent rencontrées dans la pratique professionnelle.
- Les réponses du participant sont comparées à celles qu'ont données préalablement les membres d'un panel de référence et il reçoit une triple rétroaction : (1) réponses données par les membres du panel, (2) justifications données par ces derniers, (3) message synthèse (venant selon les cas, soit à la fin de chaque question, soit à la fin du cas).

Typologie

- **Concordance de jugement clinique** (souvent appelée concordance de script): permet de former au raisonnement diagnostique ou thérapeutique;
- **Concordance de jugement professionnel**: permet de former dans les domaines de l'éthique ou du professionnalisme;
- **Concordance de perception**: permet de former à la perception et l'interprétation dans les domaines avec imagerie.

©Abredan, 2019

Formation par concordance de script (FCS)

(Charlin et al, 2015)

Présentation

Élaborer un module demande:

- ❑ **Responsable du module** : un clinicien qui travaille dans un domaine qui lui est familier. Coordonne et planifie l'élaboration de la formation.
- ❑ **Panel d'experts**: rôle majeur. Sont de 2-3 au minimum, jusqu'à une dizaine ou plus pour des sujets controversés. C'est à partir de leurs réponses et de leurs justifications que le participant va ajuster et modeler ses connaissances et son raisonnement. Doivent être des personnes crédibles. réponses anonymes.
- ❑ **Expert (s) de contenu ou personne (s) ressource (s)** Il s'agit de la personne (parfois des personnes) qui rédige (nt) et amène(nt) l'information scientifique détaillée et en valide(nt) la cohérence.

©Abredan, 2019

14

Formation par concordance de script (FCS)

(Charlin et al, 2015, p.8)

Présentation

Concordance de jugement: format A

Cas

Vous êtes externe, en stage de chirurgie. Votre résident a prescrit de la pénicilline à un patient hospitalisé pour une infection quelconque. Or, dans le dossier informatisé du patient, il est bien précisé que ce dernier est allergique à la pénicilline.

Il en a reçu deux doses avant que vous vous aperceviez qu'il y a eu erreur. Le patient est demeuré asymptomatique.

Le résident, après que vous l'avez avisé	Cette attitude, ce comportement sont?			
modifie la prescription, mais n'en parle pas au patient	-2	-1	+1	+2

-2 Totalement inacceptable;
-1 Difficilement acceptable;
+1 Plutôt acceptable;
+2 totalement acceptable

↑
Likert à 4 points

©Abredan, 2019

Concordance de jugement : format B

Cas

Le Canadien de Montréal remporte la Coupe Stanley, et une émeute éclate. Un photjournaliste couvre l'événement. Parce que certaines de ses photos pourraient permettre d'identifier l'auteur d'un acte criminel, des policiers lui rendent visite et veulent obtenir copie de ses clichés.

À quel point est-il légitime...	de les transmettre à la police ?			
Considérant que le crime en question est le bris du pare-brise d'une Porsche?	-2	-1	+1	+2
Considérant que le crime en question est un meurtre?	-2	-1	+1	+2

↑
Likert à 4 points

-2 = Totalement inacceptable
-1 = Difficilement acceptable
+1 = Plutôt acceptable
+2 = Totalement acceptable

15

Formation par concordance de script (FCS)

(Charlin et al, 2015, p.11)

Présentation

D'après Maggy Dupré, vignette # 7, Format A

Vous avez prescrit de la cloxaciline à une patiente qui présentait une cellulite à la jambe gauche avec un début de lymphangite. À la visite suivante, cette patiente vous informe qu'elle a dû être transportée par ambulance à l'urgence pour être traitée pour un choc anaphylactique. Par ailleurs, sa cellulite s'est améliorée avec l'antibiotique prescrit par le médecin de l'urgence.

À la révision du dossier de la patiente, vous constatez qu'une allergie à la pénicilline est documentée au dossier.

Si vous pensez	Cette attitude, ce comportement serait?			
révéler à la patiente que son allergie à la pénicilline vous a complètement échappé	-2	-1	+1	+2
dire à la patiente qu'il lui appartient de toujours mentionner son allergie à la pénicilline lorsqu'un médecin lui propose une ordonnance	-2	-1	+1	+2

-2 Totalement inacceptable -1 Difficilement acceptable +1 Plutôt acceptable
+2 Totalement acceptable

Situation

M. Tremblay est hospitalisé pour syncope et a des antécédents d'insuffisance cardiaque congestive, de HTA et de dyslipidémie. Il a pour médication du Norvasc du Lasix et du Lipitor. Il est allergique à certains médicaments : pénicillines, acétaminophène, AINS. Il n'a pas uriné depuis 12h et son résultat de Bladder Scan indique 990 ml. Le médecin vous a donc prescrit l'installation d'une sonde vésicale, car c'est la 3^e fois dans les deux dernières journées. Vous le trouvez de bonne humeur, et pendant que vous préparez votre matériel pour lui installer la sonde vésicale. Le patient vous raconte comment il a fait un choc anaphylactique en mangeant des calamars dans un restaurant chinois. Pendant votre discussion, M Tremblay vous dit avoir une douleur à la poitrine.

©Abredan, 2019



Exercices

M. Tremblay est hospitalisé pour syncope et a des antécédents d'insuffisance cardiaque congestive, de HTA et de dyslipidémie. Le patient vous raconte comment il a fait un choc anaphylactique en mangeant des calamars dans un restaurant chinois. Pendant votre discussion, M. Tremblay vous dit avoir une douleur à la poitrine.

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cela vous permet de dire que l'hypothèse est ...
Douleur rétrosternale	La douleur irradie au menton et dans le bras gauche	-2 -1 0 +1 +2
Récidive d'ulcère gastrique	La douleur n'est pas soulagée avec le Maalox	-2 -1 0 +1 +2
Œdème aigu du poumon (OAP)	Aucun bruits adventices à l'auscultation pulmonaire	-2 -1 0 +1 +2
-2 : improbable -1 : peu probable	0 : n'a aucun rapport avec le diagnostic.	+2 : Très probable +1 : probable

©Abredan, 2019

17

Comment intervenez vous ?

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cela vous permet de dire que l'hypothèse est ...
Lui donner un analgésique	La douleur irradie au menton et dans le bras gauche	-2 -1 0 +1 +2
Lui donner de la nitroglycérine en spray selon le protocole	Ses signes vitaux sont normaux	-2 -1 0 +1 +2
De faire l'auscultation cardiaque	La douleur est a 12/10	-2 -1 0 +1 +2
-2 : non pertinente -1 : peu pertinente	0 : n'a aucun rapport avec le problème	+2 : Très pertinente +1 : pertinente

©Abredan, 2019

Exercices

18

M. Tremblay est hospitalisé pour syncope Il est allergique à certains médicaments : pénicillines, acétaminophène, AINS. Il n'a pas uriné depuis 12h et son résultat de Bladder Scan indique 990 ml. Le médecin vous a donc prescrit l'installation d'une sonde vésicale, car c'est la 3^e fois dans les deux dernières journées. Vous le trouvez de bonne humeur, et pendant que vous préparez votre matériel pour lui installer la sonde vésicale. Le patient vous raconte comment il a fait un choc anaphylactique en mangeant des calamars dans un restaurant chinois. Quel est la nouvelle problématique?

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cela vous permet de dire que l'hypothèse est ...
Une HBP (hyperplasie bénigne de la prostate)	Il a eu un RTUP (résection transurétrale de la prostate) il a deux ans	-2 -1 0 +1 +2
Allergie croisée à l'iode	Qu'il ne mange pas de crevette ni de poisson	-2 -1 0 +1 +2
Il n'a pas de bracelet d'allergie	Il en porte un mentionnant ses allergies connues	-2 -1 0 +1 +2
-2 : improbable -1 : peu probable	0 : n'a aucun rapport avec le diagnostic.	+2 : Très probable +1 : probable

©Abredan, 2019

19

Comment intervenez vous ?

Si votre hypothèse est	Et que vous apprenez que	Cela vous permet de dire que l'hypothèse est ...
Lui donner du benadryl	Ce n'est pas prescrit dans sa FADM.	-2 -1 0 +1 +2
Ajouter iode sur son bracelet d'allergie	fruits de mer y est déjà écrit	-2 -1 0 +1 +2
Changer de désinfectant	La procédure sera faite par une stagiaire	-2 -1 0 +1 +2
-2 : non pertinente -1 : peu pertinente	0 : n'a aucun rapport avec le problème	+2 : Très pertinente +1 : pertinente

©Abredan, 2019

Appendice K: Fiche de transformation complétée

Fiche de transformation

Choisissez une formation que vous avez déjà donnée ou que vous aimeriez donner, présentez son contexte sommairement, puis procédez à sa transformation selon l'approche par compétences.

Votre objectif n'est pas de transformer une formation existante jusque dans ses moindres détails, mais plutôt de créer une ébauche de formation par compétences.

Les idées consignées dans cette fiche vous aideront à construire une représentation claire des changements à opérer dans votre pratique pour y intégrer l'approche par compétences.

VOTRE NOM : Véronique St-Arnaud

Contexte de la formation (invariants)

Milieu académique

Milieu clinique ou de pratique

Titre

Titre complet de la formation

Réaction transfusionnelle et déclaration d'évènement indésirable associé à la transfusion

*Enjeux et besoins

–Répondre aux exigences d'héma-Québec.
–Rehaussement des pratiques et de la qualité des soins dans l'administration des produits sanguins.

Durée

Nombre total d'heures, de jours ou de semaines

60 minutes

Clientèle

Nombre de participants attendus et principales caractéristiques des participants

Infirmières des unités de médecine/cardiologie, médecine/chirurgie, médecine/pédiatrie, hémodialyse, soins critiques, médecine de jour et oncologie.

*Autres contraintes

Contraintes relatives au budget, aux locaux de formation, au matériel didactique, etc.

Il sera difficile de libérer plusieurs infirmières à la fois pour assister à la formation en raison du manque de personnel.

*Facultatifs

Intentions pédagogiques

Compétence(s) ciblée (s)

Voir le Bloc 1

Déterminer les compétences visées par la formation

1. Exercer un jugement clinique infirmier
2. Traiter toute activité avec rigueur scientifique

Justification : La formation sera élaborée dans le but de contribuer au développement des deux compétences nommées ci-haut. Étant donné que les participants ont déjà des connaissances sur le sujet traité, cette formation aura pour but de rehausser le savoir-agir des apprenantes en mettant l'emphase sur le raisonnement clinique infirmier approprié à la situation de santé du client (évaluation/intervention : modèle de réflexion de Lavoie et al.). Elles seront en mesure d'utiliser les procédures de soins de manière critique. De plus, dans une optique de développement d'une culture de sécurité et de qualité des soins, les apprenantes seront encouragées à dépister les problèmes reliés à la sécurité du client, lors de l'administration de produits sanguins.

Situation(s) clinique(s) retenue (s)

Voir le Bloc 2

Déterminer les attentes en matière d'apprentissage

2 situations cliniques fréquemment rencontrées sur les unités de soins, impliquant une démarche réflexive et une révision de la procédure.

Justification : Une situation clinique sera directement en lien avec des situations similaires à celle que les participantes vivent au quotidien. La deuxième situation clinique sera évolutive dans le temps et permettra d'intégrer les mises à jour récentes aux sujets de l'administration des produits sanguins, de la détection et de la procédure lors d'une réaction transfusionnelle, ainsi qu'à la déclaration REIAT.

Niveau de développement attendu des compétences ciblées

Voir le Bloc 3

Introduction à l'évaluation des compétences

Effectue une démarche de réflexion selon les 5 étapes de Dewey (2007,1997) dans le but de bien comprendre et intervenir lors d'une réaction transfusionnelle.

Justification : Les théories de l'apprentissage expérientiel accèdent sur le concept de réflexion de Tanner (2006) qui invite à la philosophie de Dewey (1997) serviront de modèle pour définir l'approche du formateur vers les apprenants. En faisant référence à leurs propres expériences (situation de soins, vécu etc.) les apprenants seront plus enclins à faire des liens entre leurs vécus et les bonnes pratiques à adopter. De cette façon, les apprenants seront plus aptes à « réinvestir » (Dewey, 1997) leurs acquis dans leurs pratiques au quotidien. De cette façon elles mettront en pratique leurs apprentissages et développeront ainsi leur savoir-agir.

Apprentissages essentiels menant au développement des compétences ciblées

Voir le Bloc 2

Déterminer les attentes en matière d'apprentissage

Voir le Bloc 3

Déterminer les ressources à mobiliser et combiner

Reconnaître les signes et symptômes et de réactions transfusionnelles.
Intervenir lors d'une réaction transfusionnelle selon la procédure de l'établissement.
Identifier les situations à déclarer et remplir adéquatement le formulaire « Déclaration d'évènement indésirable associé à la transfusion ».

Justification : La consolidation de ses apprentissages est essentielle à la réalisation d'un suivi sécuritaire lors de l'administration de produits sanguins et s'inscrit dans un optique d'amélioration continu de la formation.

Liste — non exhaustive — des principales ressources liées aux apprentissages essentiels

Voir le Bloc 3

Déterminer les ressources à mobiliser et combiner

Formulaire Déclaration d'évènement indésirable associé à la transfusion.
Outil « aide-mémoire au suivi d'administration des produits sanguins »
Document : Procédure PRO-DSI-PS-023 Déclaration des évènements indésirables 2013-10-24
Outils SAER

Justification : L'intention pédagogique de la formation est d'effectuer un rappel des procédures, des formulaires et documents à remplir lors d'une réaction transfusionnelle et de faire un retour sur plusieurs lacunes observées lors de déclaration REIAT, afin d'améliorer et d'uniformiser les pratiques.

Stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Stratégies d'enseignement retenues

Voir le Bloc 5

Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

La formation sera proposée en petits groupes d'infirmières, selon les possibilités de libération des unités. Le format pourrait également être adapté pour être présenté en début ou fin de quart de chacune des équipes des unités identifiées.

Étude de cas par vignette cliniques courtes (15 minutes) :

Le formateur présente un scénario où les erreurs fréquentes observées lors de la préparation, de l'administration et/ou de la déclaration d'évènement indésirable associé à la transfusion sont intégrées à la mise en situation.

Analyse du cas : les participants discutent du cas, expriment leur point de vue et écoutent celui des autres. Ils doivent déterminer les erreurs suggérées dans la mise en situation. Retour sur les réponses nécessitant validation et recadrage.

Exposé magistral (30 minutes) :

Utilisation de la mise en situation de madame globule avec un support visuel :

Document : Procédure PRO-DSI-PS-023 Déclaration des évènements indésirables 2013-10-24

Outil « aide-mémoire au suivi d'administration des produits sanguins »

Formulaire Déclaration d'évènement indésirable associé à la transfusion.

Outils SAER

Jeu de rôle (15 minutes) :

Mise en situation clinique, évolutive où l'équipe doit déterminer la présence de réaction transfusionnelle, la procédure à suivre ainsi que les déclarations nécessaires.

– Discussion sur la pertinence de la déclaration.

– Retour sur les réponses nécessitant validation et recadrage.

Justification : La première étape de la formation a pour but de mettre en contexte les apprenants et de faire appel à leurs connaissances antérieures (Dewey, 1997). Par la suite, il sera plus facile de procéder à la validation et au recadrage des connaissances, par le biais d'un exposé magistral. Finalement, les participants seront invités à mettre en pratique leurs nouveaux acquis, dans le but de les intégrer à leurs pratiques quotidiennes et ainsi maximiser leur savoir-agir.

Stratégies d'apprentissage à promouvoir

Voir le Bloc 5

Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Stratégie de traitement : comparer, répéter, décomposer

Stratégie d'exécution : évaluer, vérifier

Justification : Étant donné que les activités d'apprentissages sont diversifiées, plusieurs stratégies d'apprentissages seront utilisées dans le processus du traitement et de l'exécution. De façon individuelle ou en groupe, les apprenants sont invités à développer leurs compétences grâce au document power point, ainsi qu'aux mises en situations cliniques.

Principes associés aux stratégies d'enseignement retenues

Voir le Bloc 4

Appliquer les principes de la formation par compétences

Sélectionnez au moins un principe dans la liste, puis indiquez la ou les stratégies correspondantes que vous avez retenues.

X **Alternance**

Utilisation d'une étude de cas par vignette clinique (global) en liens avec les 3 apprentissages soulevés dans la partie intention pédagogique (spécifiques). Réinvestissement des nouveaux acquis dans la tâche d'intégration.

X **Application**

Suivi pré et post administration d'un produit sanguin, surveillance clinique, évaluation du risque et procédure lors d'une réaction transfusionnel.

Par l'action et par l'agir répété l'apprenant parviendra à développer ses connaissances en ce qui attrait à l'administration et à la surveillance des produits sanguins. Dans une optique que l'« on retient bien que ce qu'on applique » et « qu'« on ne retient bien que ce qu'on perçoit utile » (Lasnier, 2014), il est tout à fait adéquat que l'activité d'apprentissage se déroule en 3 étapes. De ce fait, les apprenants mettront en pratique les principes retenus lors de la formation.

Cohérence

X Construction

Les infirmières construisent leurs connaissances sur la gestion d'une réaction transfusionnelle au fur et à mesure que l'activité de formation progresse.

Distinction

Globalité

X Intégration

Les 3 activités guident l'apprenant à devenir autonome dans l'application de la procédure. Le jeu de rôle à l'étape 3 permet à l'apprenant d'évaluer sa démarche et d'identifier ses succès et les erreurs rencontrées.

X Itération

Étant donné que le mise en situation effectué dans le jeu de rôle est évolutive, l'apprentissage se fait de façons graduel. Il a le temps d'approfondir ses connaissances et de développer ses habiletés face au processus décisionnel.

X Signifiante

La vignette et les scénarios sont issus de situations cliniques rencontrées à plusieurs reprises dans la pratique infirmière en courte durée.

Transfert

Justification : voir les explications de chacun des principes énumérés ci-haut.

Appendice L: Questionnaire d'appréciation

Questionnaire d'appréciation de l'intervention

	<u>Totalement d'accord</u>	<u>D'accord</u>	<u>Partiellement d'accord</u>	<u>Pas du tout d'accord</u>
<u>Formateur</u>				
Compétent, maîtrise sa matière				
Enthousiaste, clair dans ses explications				
Attentif aux participants et a su s'adapter				
À assurer un bon soutien et suivi post-formation				
<u>Commentaires :</u>				
<u>Programme</u>				
Les intentions de la formation ont été clairement présentés				
Le déroulement de la formation a facilité ma compréhension				
Les méthodes et activités m'ont stimulé				
La durée était correcte (ni trop longue, ni trop courte)				
Les tests formatifs ont permis de vérifier ma compréhension				
Les documents et le matériel utilisés ont facilité mon apprentissage				
<u>Commentaires :</u>				
<u>Intérêt et utilité de la formation</u>				
J'étais très intéressé par cette formation				
Une grande partie de la formation me servira dans mon travail				
Je recommanderais cette formation à d'autres collègues				
<u>Commentaires :</u>				
Après la formation, j'ai accepté de changer mes anciennes habitudes de travail				
J'ai assez de temps pour faire mon travail en mettant en pratiques mes nouveaux acquis				
J'ai tout le support dont j'ai besoin dans l'accomplissement de mes tâches depuis ma formation				
<u>Commentaires :</u>				

**Appendice M: Fiche de présentation de la formation du centre d'innovation
en formation infirmière (CIFI)**

Fiche de transformation

Choisissez une formation que vous avez déjà donnée ou que vous aimeriez donner, présentez son contexte sommairement, puis procédez à sa transformation selon l'approche par compétences.

Votre objectif n'est pas de transformer une formation existante jusque dans ses moindres détails, mais plutôt de créer une ébauche de formation par compétences.

Les idées consignées dans cette fiche vous aideront à construire une représentation claire des changements à opérer dans votre pratique pour y intégrer l'approche par compétences.

VOTRE NOM : Yvonne-Annick ABREDAN

Contexte de la formation (invariants)

Milieu académique Milieu clinique ou de pratique

Titre

Titre complet de la formation

**INTEGRATION DE L'APPROCHE PAR COMPETENCES
COMME APPROCHE DE FORMATION**

*Enjeux et besoins

Exemples : faire face aux problèmes de santé mentale croissants, répondre aux exigences de l'organisme accréditeur, etc.

Projet de maîtrise, répondre aux besoins du milieu clinique en matière de formation continue pour les CSI

Durée

Nombre total d'heures, de jours ou de semaines

16H de formation sur 2-3 jours

Clientèle

Nombre de participants attendus et principales caractéristiques des participants

16 CSI, avec ou sans connaissances antérieures sur l'APC

*Autres contraintes

Contraintes relatives au budget, aux locaux de formation, au matériel didactique, etc.

À réaliser en présentiel et par visioconférence

Les CSI ne sont libérées que pour 16h

*Facultatifs

Intentions pédagogiques

Compétence(s) ciblée (s)

Voir le Bloc 1

Déterminer les compétences visées par la formation

Exercer un leadership clinique dans sa pratique professionnelle infirmière

Justification : La formation sera élaborée dans le but de contribuer au développement la compétences ciblée. Ainsi les CSI devront utiliser les connaissances antérieurs et les nouvelles connaissances pour développer cette compétence dans leur pratique.

Situation(s) clinique(s) retenue (s)

Voir le Bloc 2

Déterminer les attentes en matière d'apprentissage

Élaborer une formation dans son domaine de pratique

Justification : La situation proposée fait partie du champ de pratique des CSI. Elles le font au quotidien. La complexité des situations se situe au niveau de l'application des connaissances dans la formation élaborée et non l'étendue des connaissances sur l'APC à acquérir

Niveau de développement attendu des compétences ciblées

Voir le Bloc 3

Introduction à l'évaluation des compétences

Étape 4 de Boyer et al. (2016) : infirmière experte clinique

Justification : il est basé sur le référentiel de compétences de Boyer et al. (2016). En tant que CSI, les participantes sont des personnes de référence elles correspondent donc à l'étape 4 de Boyer et al. (2016). Toutefois, elles doivent actualiser leur pratique afin d'améliorer la qualité des soins en utilisant des pratiques novatrices probantes. La formation priorise donc l'application de nouvelles connaissances selon le contexte de soins.

Apprentissages essentiels menant au développement des compétences ciblées

Voir le Bloc 2

Déterminer les attentes en matière d'apprentissage

Voir le Bloc 3

Déterminer les ressources à mobiliser et combiner

Comprendre les fondements théoriques et les principes de l'APC

Soutenir le développement des compétences de l'apprenant en créant des environnements pédagogiques actifs.

Guider l'apprenant dans le développement des compétences visées par le programme de formation à travers les situations d'apprentissage significatives

Justification : Ces trois apprentissages essentiels guideront le choix de ressources à considérer les situations cliniques à proposer et les stratégies d'enseignement à utiliser. Ils déterminent les éléments importants qui doivent être compris par les CSI et qu'elles doivent être capables de réaliser après la formation.

Liste — non exhaustive — des principales ressources liées aux apprentissages essentiels

Voir le Bloc 3

Déterminer les ressources à mobiliser et combiner

Notion de compétences

Fondement théorique de l'approche par compétences

Principes de la formation par compétences

Les stratégies d'enseignements ou formules pédagogiques cohérentes à l'APC

Notions d'intégration, de transfert et d'évaluation des apprentissages

Justification : L'intention pédagogique de la formation est de comprendre les notions théoriques, mais l'emphase est mise sur l'application des connaissances acquises par les participants.

Stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Stratégies d'enseignement retenues

Voir le Bloc 5

Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

La formation est proposée en petits groupes de 8 participants, en présentiel sur 3 journées. Elle peut aussi se faire sur 2 journées. Une salle de rencontre pourrait être utilisée.

1. Formation en ligne du CIFI (7 heures qui pourront s'étaler sur 2 jours) ou sur un seul dépendamment du rythme d'apprentissage des participants. La fiche de transformation est remplie au fur et à mesure au moment opportun dans la formation. 2. le formateur utilise plusieurs formules pédagogiques (APSIC, AVCC, atelier réflexifs, baladodiffusion, FCS) et fait participer l'apprenant. Celui-ci fait connaissance avec ces formules en les appliquant et en apprennent comment en concevoir une selon l'APC. Ensuite, l'apprenant doit faire des liens entre les formules et les notions acquises. Enfin l'apprenant doit choisir une situation dans son champ de pratique et élaborer une formation par compétences en démontrant l'acquisition des notions théoriques. La formation crée pourra servir à l'apprenant dans l'exercice de ses fonctions..

Justification : La participations des CSI et leur implication active dans les activités proposées contribuent davantage à la consolidation des acquis qu'une démonstration par le formateur. Ces activités prennent en compte les connaissances antérieures des participants et les invitent à partager leurs expertises. Elles répondent aux apprentissages essentiels visés par la formation, L'évaluation de la formation sert à la fois d'activité d'intégration et de transfert. Des activités de réflexion sur l'apprentissage. À travers les pauses réflexives sont incluses dans la formation en ligne.

Stratégies d'apprentissage à promouvoir

Voir le Bloc 5

Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage

Stratégies métacognitives : s'autoréguler

Stratégies de traitement : sélectionner, décomposer, comparer

Stratégies d'exécution : évaluer, vérifier, produire

Justification : les stratégies de métacognition, de traitement et d'exécution puisque les besoins d'apprentissage étaient surtout au niveau de l'application des connaissances.

Principes associés aux stratégies d'enseignement retenues

Voir le Bloc 4

Appliquer les principes de la formation par compétences

Sélectionnez au moins un principe dans la liste, puis indiquez la ou les stratégies correspondantes que vous avez retenues.

Alternance

Utilisation de scénarios cliniques (global) en lien avec trois apprentissages attendus (spécifiques) –

Application

Les participants sont très actifs dans les activités

Cohérence

Les intentions pédagogiques (apprentissages essentiels) sont cohérentes avec le niveau de développement des participants, les stratégies sont cohérentes avec les intentions pédagogiques, le choix des ressources est cohérent avec les intentions pédagogiques

Construction

Les participants doivent faire les activités à partir de leurs connaissances antérieures et actuelles et celles de leurs pairs

Distinction

Des pauses réflexives sont incluses dans les activités et les ateliers réflexifs permettent cet aspect.

- **Globalité** Utilisation de scénarios cliniques réalistes pour ancrer l'apprentissage dans la pratique réelle
- **Intégration** La présentation de la formation élaborée est une activité intégratrice des apprentissages
- **Itération** Toutes les activités portent sur l'APC, mais avec des angles différents et spécifiques
- **Signifiante** Les activités proposées reproduisent des situations cliniques et des décisions infirmières réalistes et concrètes
- **Transfert** La présentation de la formation élaborée est une activité de transfert des apprentissages dans la pratique

Justification : tous les principes de la formation par compétences sont mis à profit dans cette formation. La dernière activité est une activité d'intégration et de transfert puisqu'elle oblige les participants à regrouper les apprentissages faits dans les activités précédentes pour être en mesure de concevoir une FPC qui pourra être réutilisée dans un contexte réel.

Appendice N: Guide de la formation

Formation sur
l'Approche par
compétences

GUIDE DES ACTIVITÉS

Janvier-Février 2019

Table des matières

<u>Programme de la formation</u>	2
Apprentissage par situation infirmière clinique (APSIC)	3
Situation	4
Guide de l'apprenant	6
Apprentissage par vignette clinique courte (AVCC)	7
Situation 1	7
Situation 2	8
Atelier Réflexif	9
Modèle de Lavoie et al (2013) 09	
Modèle de Huard et al (2016) 09	
Formation par concordance de script	12
Baladodiffusion	12

PROGRAMME DE LA FORMATION

Jour 1-2

Formation du CIFI

- ❖ Introduction
- ❖ Bloc 1 : Déterminer les compétences visées par la formation
 - **1. Qu'est-ce qu'un paradigme ?**
 - 2. Qu'est-ce qu'une compétence ? les caractéristiques d'une compétence
 - 3. Les référentiels de compétences
- ❖ Bloc 2 : Déterminer les attentes en matière d'apprentissages
 - 1. Le développement des compétences
 - 2. Les intentions pédagogiques
 - 3. Enjeux relatifs à l'élaboration des intentions pédagogiques
- ❖ Bloc 3 : Déterminer les ressources à mobiliser et à combiner
 - **1. Les enjeux de la détermination des ressources**
 - 2. Déterminer les ressources de la formation
 - 3. Introduction à l'évaluation des compétences
- ❖ Bloc 4 : appliquer les principes d'une formation par compétences
 - **1. Les théories de l'apprentissage**
 - 2. Appropriation des théories de l'apprentissage
 - 3. Les principes de la formation par compétences
- ❖ Bloc 5 : Déterminer les stratégies d'enseignement et d'apprentissage
 - **1. Les stratégies d'apprentissage**
 - 2. Les stratégies d'enseignement
- ❖ Conclusion

Jour 2

Formules pédagogiques ou stratégies d'enseignement

- Apprentissage par situation infirmière clinique (APSIC - Aller)
- Apprentissage par vignette clinique courte (AVCC)
- Baladodiffusion

Jour 3

- APSIC (Retour)
- Pratique réflexive
- Formation par concordance de script (FCS)

Fin de la formation

Quelles sont les étapes de l'APSIC?

Toutes les étapes de l'APSIC se font en sous-groupes de 7 à 10 étudiants, à l'exception de la lecture de la SIC à voix haute, qui se fait en groupe.

Pour chaque APSIC, les étudiants prennent le rôle attribué au début du cours sur la <i>Feuille de suivi des rôles en APSIC</i>		
Étape 1 (5 min)	Présenter la situation clinique	Lecture de la SIC, à voix haute, pour l'ensemble du groupe. En sous-groupe, clarifier les termes incompris.

En sous-groupes:

Étape 2 (15 min)	Énoncer des questions	Débuter l'analyse de la SIC en formulant des questions qui devront être répondues dans les prochaines étapes de l'APSIC.
Étape 3 (5 min)	Résumer la situation	Composer un résumé bref de la SIC en utilisant une adaptation du SAER. S: Résumé de la situation de la Personne ¹ A: Antécédents E: Évaluation R: Recommandations
Étape 4 (30 min)	Formuler des hypothèses	Mobiliser les connaissances acquises/antérieures pour formuler des hypothèses de réponse aux questions formulées à l'étape 2.
Étape 5 (15 min)	Schématiser la SIC	Organiser les concepts sous forme de schéma pour obtenir une représentation sommaire des concepts importants de la SIC incluant le rôle de l'infirmier (évaluation et interventions) et les liens proposés à l'étape 4.
Étape 6 (5 min)	Planifier l'étude	Identifier les concepts pertinents à approfondir pour une meilleure compréhension de la SIC, ainsi que les sources documentaires pertinentes à cet approfondissement.

Individuellement :

Étape 7 (12-15 heures)	Étude individuelle	Effectuer les recherches et sélectionner les lectures pertinentes Solliciter l'aide des collègues au besoin (StudiUM) Partager le fruit de ses trouvailles documentaires (StudiUM) À la suite des lectures réalisées, faire un schéma intégrateur de la SIC qui met en évidence la compréhension des liens entre les différents concepts et le rôle de l'infirmier Noter les questions restées sans réponse et les rapporter au sous-groupe
---------------------------	---------------------------	---

En sous-groupes :

Étape 8 (40 min)	Mise en commun	Lire en groupe à voix haute la situation clinique. Partager le fruit de l'étude individuelle pour approfondir, ajuster, corriger les hypothèses de réponse de l'étape 4. Approfondir, ajuster, corriger les concepts restés nébuleux à la suite de l'étape 7.
Étape 9 (40 min)	Intégration	À partir du schéma de l'étape 5, bonifier la représentation de la SIC, incluant le rôle de l'infirmier (évaluation et interventions)
Étape 10 (10 min)	Évaluation	Effectuer une démarche réflexive (évaluer le travail d'équipe, cibler un objectif d'amélioration et identifier les stratégies pertinentes)

Individuellement

Étape 11	Bilan personnel	Effectuer une démarche réflexive personnelle (gestion du temps, stratégies d'étude, participation au sein du sous-groupe). Compléter les apprentissages pertinents à la SIC et intégrer la
----------	------------------------	---

APPRENTISSAGE PAR SITUATION INFIRMIÈRE CLINIQUE (APSIC)

¹ Personne réfère à la personne, sa famille et sa communauté.

SITUATION

Juliette est nouvellement diplômée du collège Bois-de-Boulogne et doit débiter comme CEPI à l'hôpital Pierre Boucher de Longueuil. Aujourd'hui c'est sa journée d'accueil. Après avoir reçu, les informations générales comme toutes les autres CEPI, elle fait la rencontre de Marlyse, conseillère en soins infirmiers sur le département de chirurgie auquel elle est affectée. Marlyse la conduit avec 5 autres CEPI dans une salle et leur explique qu'elles vont débiter leur orientation spécifique pour cette l'unité. Marlyse leur explique qu'elle utilise l'approche par compétence pour être cohérente avec la vision actuelle de la profession et qu'elles vont faire un APSIC. Même si cela leur est étranger, Marlyse prend le temps de les rassurer et de répondre à leur question. Elle leur précise que pour respecter les intentions pédagogiques de la formation il serait important de bien suivre les étapes d'APSIC. Elle leur remet la situation clinique suivante :

M. Tremblay, 60 ans est hospitalisé suite à une appendicectomie. Il a pour antécédents médicaux : HTA, HBP pour lesquels il reçoit du Norvasc 5 mg po BID et du Flomax 0.4mg po BID. Il a une sonde vésicale. Lors de votre tournée, ses signes vitaux sont dans ses normales : TA : 157/68 mmHg, pouls : 78 bpm, R : normale à 20 par minute, SPO2 : 96 %, T : 36, 6 buccal. Vous lui administrez ses médicaments et vous prenez soin de valider s'il a de la douleur. Vous évaluez donc la douleur selon le PQRSTU et vous lui administrez du Tylenol 1 G PO et de la morphine 5 mg PO qu'il a dans sa FADM pour soulager sa douleur. Le pansement opératoire est propre. Le préposé aux bénéficiaires, de passage dans la chambre, vous fait remarquer que la sonde est pleine et se propose de la vider et vous annonce qu'elle contenait 1500 ml d'urine. Vous remarquez que l'urine est très diluée. De retour au poste le préposé vous dit en riant que M. Tremblay boit tellement d'eau qu'on pourrait croire qu'il est pompier et qu'il essaie d'éteindre un feu. Pendant que vous faites vos notes, le médecin traitant arrive et vous questionne sur l'état de M. Tremblay. Après lui avoir parlé de son état et soumis vos observations, il se rends au chevet de ce dernier. De retour au poste, il vous prescrit un dosage ingesta/excreta (I/E) strict, une limite liquidienne a

1200 ml die, la prise de glycémie capillaire QID sur 24H et des prélèvements à faire le lendemain matin : FSC, Électrolytes, urée, Creat, osmolarité urinaire et sanguine.

Le lendemain, dès l'arrivée du médecin, vous lui expliquez que l'état de M. Tremblay est stable, les signes vitaux sont normaux. Les résultats des glycémies sont toutes normales. Toutefois, son bilan I/E est négatif de 4 L/24 h et ce malgré la limite liquidienne très bien respectée, les résultats de Na sont élevés 148 mEq/L. Les osmolarités plasmatique et urinaire sont respectivement à 310 (Normale : 290–305) et 175 (Normale : 600–900) mosmol/kg. Les autres sont dans les normales. Le médecin vous dit alors que c'est vraiment surprenant comme résultats, car tout semble indiqué un diabète insipide. Il vous prescrit de la desmopressine 0,2 mg po et un soluté de dextrose à 200 ml/h, un scan cérébral et Électrolytes, urée, Creat et de maintenir le suivi de I/E sans limite liquidienne.

A la fin du retour d'APSIC, Marlyse les félicite sur les beaux liens cliniques qu'elles ont réussi à mettre en évidence en travaillant ensemble. Elle les stimule réfléchir sur leur travail en équipe et sur l'apprentissage qu'elles ont acquis. Au sortir de la séance, Juliette se sent plus confiante pour aller travailler sur l'unité. Elle se dit intérieurement que Marlyse exerce un vrai leadership clinique, car elle a réussi à la convaincre qu'une réflexion post-action est très pertinente pour la pratique infirmière.

GUIDE DE L'APPRENANT

Cette situation infirmière clinique vise l'apprentissage des concepts et notions relatives au diabète insipide notamment en lien avec les surveillances infirmières et au leadership dans la pratique infirmière. Elle mise aussi sur le réinvestissement de plusieurs notions acquises précédemment en lien avec la formation par approche par compétence en milieu clinique.

L'emphase de votre étude devrait être mise sur les diverses notions reliées au **diabète insipide** et les **surveillances infirmières associées**, aux notions de **leader** et de **leadership**, à la **pertinence et aux impacts du leadership sur la pratique clinique infirmière**.

Lectures à faire (envoyé par courriel)

- Lassonde, A. (2005). L'hyponatrémie une conséquence salée de la déshydratation. *Le Médecin du Québec*, 40 (12). 59-62. Repéré à : <https://docplayer.fr/29022733-L-hyponatremie-une-consequence-diluee-de-l-hydratation.html>
- Leroy, C., Karrouz, W., Douillard, C., Do Cao, C., Cortet, C., Wémeau, J.-L., Vantyghem, M-C. (2013). Diabetes insipidus. *Annales d'Endocrinologie*, 74 (5-6), 496-507. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2013.10.002>.
- Kozier, B., G. Erb, A. Berman et S. Snyder (2005). Délégation, gestion et leadership. *Soins infirmiers. Théorie et pratique. Vol 1*. pp. 515-529. Adaptation française de Sophie Longpré et Lyne Cloutier. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Badr, B., Faguer, S., Pourrat, J., Decramer, S., Bichet, D.G., Giraud, P., Chauveau, D. (2013). Diabète insipide néphrogénique héréditaire : quelle prise en charge à l'âge adulte ? *Néphrologie & Thérapeutique*, 9 (5), 273, <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2013.07.172>.

APPRENTISSAGE PAR VIGNETTE CLINIQUE COURTE (AVCC)**SITUATION**

M. Tremblay est hospitalisé pour syncope et a des antécédents d'insuffisance cardiaque congestive, de HTA et de dyslipidémie. Il a pour rx du Norvasc du Lasix et du Lipitor. Il est allergique à certains médicaments : pénicillines, acétaminophène, AINS. Il n'a pas uriné depuis 12h et son résultat de Bladder Scan indique 990 ml. Le médecin vous a donc prescrit l'installation d'une sonde vésicale, car c'est la 3^e fois dans les deux dernières journées. Vous le trouvez de bonne humeur, et pendant que vous préparez votre matériel pour lui installer la sonde vésicale. Le patient vous raconte comment il a fait un choc anaphylactique en mangeant des calamars dans un restaurant chinois. Pendant votre discussion, M Tremblay vous dit avoir une douleur à la poitrine. **Quelles sont vos hypothèses concernant sa douleur? Que faites-vous pour émettre et confirmer votre diagnostic infirmier? Quelle est votre intervention selon le cas?**

Après votre intervention, il dit se sentir mieux. Vous remarquez alors une problématique qui vous empêche de débiter vos soins. **Quelle est votre hypothèse cette problématique et que faites — vous pour y remédier?**

ATELIER REFLEXIF

Modèle de Lavoie et al (2013)

Situation : Une infirmière prend soins d'un patient qui a subi une laparoscopie abdominale. Malgré l'administration d'un analgésique, le patient ressent une douleur importante à l'abdomen (Lavoie et al, 2013, p.3).

Modèle de Huard et al (2016)

Activité : Pensez à une situation clinique problématique vécue et partager votre expérience et votre réflexion en suivant le modèle de Huard et al (2016) et en vous basant sur des données probantes. À cet effet vous devez vous présenter avec minimalement un article faisant des recommandations sur la pratique infirmière en lien avec votre sujet.

Articles :

Huard, S., Blanchet-Garneau, A., Pepin, J., et Larue, C. (2016). Activité réflexive novatrice auprès d'étudiantes en sciences infirmières sur la diversité culturelle dans les soins. *Quality Advancement in Nursing Education — Avancées en formation infirmière*, 2 (2).

DOI: <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1069>

Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J., Goudreau, J., et Fima, O. (2017) « Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins : Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers, » *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 3 (1).

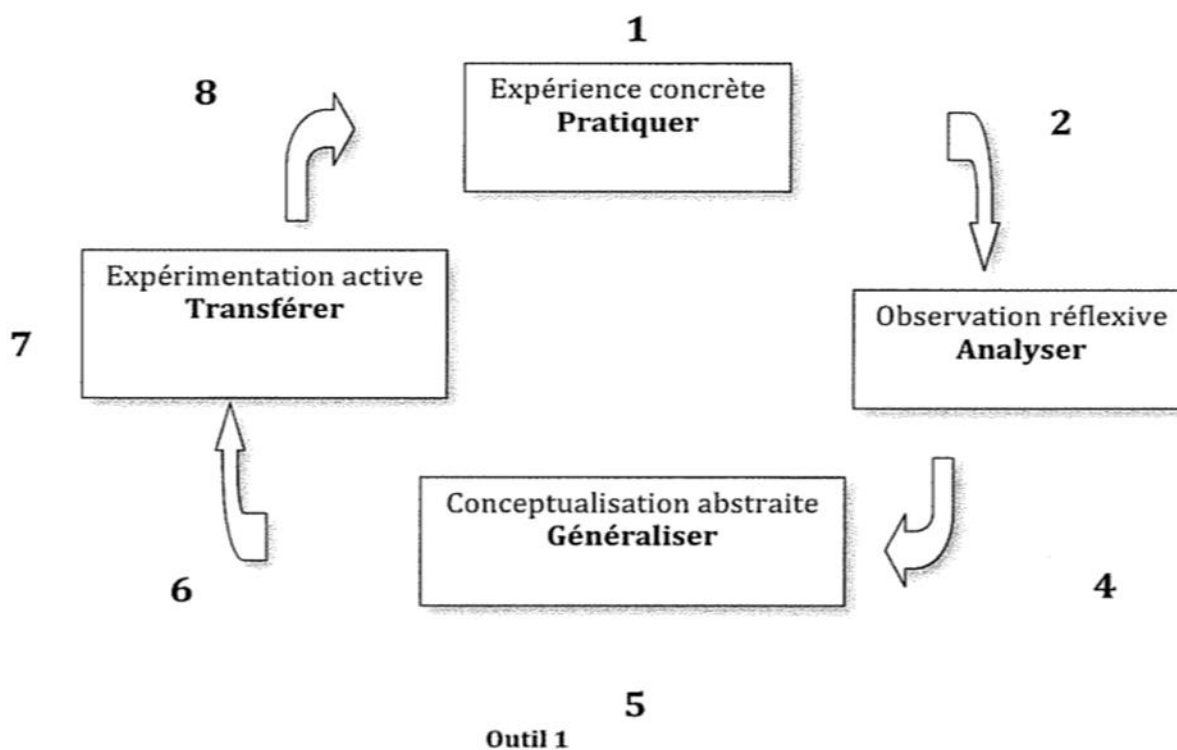
DOI : <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1100>

Outils favorisant la pratique réflexive chez l'enseignant

Trousse d'outils basés sur le modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb (1984)

La pratique réflexive est une démarche composée de quatre phases distinctes et quatre moments de transition entre les phases. Chaque phase se caractérise par les questions à poser afin de favoriser une réflexion sur et dans l'action.

- Le schéma ci-dessous présente les phases (numéros impairs) et les moments de transition (numéros pairs) représentés par des flèches.
- L'outil 1, présente les questions à poser à chaque phase ou moment de transition.
- Les outils 2 et 3 permettent d'approfondir les questions à poser au cours de la phase 3 Observation réflexive et de la phase 5 Conceptualisation abstraite, incluant la transition (4) entre les deux phases.



Questionnaire à partir du modèle de l'apprentissage expérientiel de Kolb¹
Essayez de répondre le plus concrètement possible.

<p>1. Expérience concrète : décrire ma pratique, mon intervention Question : Qu'est-ce que j'ai fait ?</p>
<p>2. Transition entre l'expérience concrète et l'observation réflexive : décrire le contexte Question : Quel était le contexte de mon intervention (les étudiant-e-s, le lieu, le cours, le programme, etc.) ? Quel était l'objectif de cette intervention ?</p>
<p>3. Observation réflexive : analyser ce qui s'est passé pendant mon intervention Questions : Qu'est-ce qui s'est passé ? Comment les étudiant-e-s ont-ils/elles réagi ? Qu'est-ce qui a bien fonctionné ? Et/ou moins bien fonctionné ?</p>
<p>4. Transition entre l'observation réflexive et la conceptualisation abstraite : identifier une raison/hypothèse Question : Pourquoi est-ce que cela a bien fonctionné ? Et/ou moins bien fonctionné ?</p>
<p>5. Conceptualisation abstraite : généraliser en faisant le lien avec la théorie et tirer un principe/une leçon de l'expérience Questions : Quels éléments généraux ou théoriques peuvent me permettre de comprendre la situation ? Quels principes/leçons est-ce que je peux dégager ?</p>
<p>6. Transition entre la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active : identifier une solution Question : Qu'est-ce que je pourrais faire d'autre ou différemment ? Et/ou qu'est-ce que je pourrais refaire d'une façon similaire ?</p>
<p>7. Expérimentation active : transférer le principe/la leçon à une nouvelle intervention Questions : Qu'est-ce que j'ai l'intention de faire ? Quelles approches/méthodes sont possibles ? Essayez d'être très concret et de penser aux différents paramètres qu'il faudra éventuellement préparer.</p>
<p>8. Transition entre l'expérimentation active et l'expérience concrète : planifier la nouvelle intervention Questions : Comment va se dérouler ma prochaine intervention ? Comment vais-je m'y prendre ?</p>

Questionnaire adapté du site de l'Université de Lausanne:
http://pedagogieuniversitaire.files.wordpress.com/2009/05/questions_kolb.pdf consulté le 12 septembre 2011.

¹ Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning - Experience as the source of learning and development*. Englewoods Cliffs (NJ): Prentice-Hall.

FORMATION PAR CONCORDANCE DE SCRIPT (FCS)

Suivre les étapes décrites :

Charlin, B. et al. (2015). *Formations par concordance : guide A. et B Formation par concordance de jugement clinique*. Montréal, Québec : Centre de pédagogie appliquée en sciences de la santé (CPASS), 2015 [En ligne]. Repéré à : <http://www.cpass.umontreal.ca/recherche-et-developpement/test-de-concordance-de-script/guide.html>

Ou

<https://www.cpass.umontreal.ca/recherche/groupe-de-recherche-cpass/axes-de-recherches/concordance/formation-et-evaluation-par-concordance/fpc/>

BALADODIFFUSION

GarageBand : <https://www.apple.com/ca/fr/mac/garageband/>

Audacity: <https://audacity.fr/aide-et-support/>

Moovly: <https://www.moovly.com/>

Knovio : <https://www.knovio.com/>

Images libres de droits : <https://pixabay.com/>

Musiques et Sons libres de droits : <http://www.bensound.com>

