



DOMAINE DE PRATIQUE AU NIVEAU DU BACCALAURÉAT EN SCIENCES INFIRMIÈRES : LIGNES DIRECTRICES POUR LES STAGES CLINIQUES ET LA SIMULATION

LES PRÉSENTES LIGNES DIRECTRICES SONT UN SOUS-ENSEMBLE DU CADRE
NATIONAL DE L'ACESI SUR LA FORMATION INFIRMIÈRE (2015).



Canadian Association
of Schools of Nursing

Association canadienne des
écoles de sciences infirmières

Remerciements

L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) reconnaît avec gratitude l'expertise offerte et le temps consacré par les personnes qui ont participé à l'élaboration du présent document.

Comité sur la formation au baccalauréat

Nom	Institution
Cynthia Baker, inf. aut	Directrice générale de l'ACESI (d'office)
Peggy Colbourne, RN, MN	Western Regional School of Nursing
Sandra De Luca, RN, BNSc, PhD	Fanshawe College, University of Western Ontario, conseil d'administration de l'ACESI
Gwen Duhn, RN, MSc	St Lawrence College
Kerry Lynn Durnford, RN, MN	Aurora College
Kim English, RN, BScN, MN	Trent University; représentante de COUPN
Carol Enns, RN MN	University of Manitoba
Deborah Gibson, RN, MSN	Trinity Western University
Sandra Gessler, RN, MPA	University of Manitoba
Sandra Gordon, BN, MN, GNC(c)	Mount Royal University, coprésidente du comité
Nicole Harder, RN, PhD, CHSE	University of Manitoba, coprésidente du comité
Kathleen Lechasseur, inf. Ph.D	Université Laval
Karen MacRury-Sweet, RN, M.N,M. Ed.	Dalhousie University
Gina Marasco, RN BScN MSN	Ryerson University; représentante de COUPN
Brian Parker, RPN, RN, BScN, PhD	Grant MacEwan University
Monica Reilly, BA, MPA, MA	Collèges Ontario
Jayne Smitten, RN, Med, PhD, CHSE-A	University of Alberta
Andrea Watkins, RN, BN, MN	Memorial University
Bev Williams, RN, PhD	University of Alberta

Note: Les titres de compétences ne sont pas traduits ; ils sont publiés dans la langue dans laquelle ils ont été soumis.

Dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

Ces dernières années, les enseignantes en sciences infirmières ont éprouvé de la difficulté à proposer aux étudiantes des programmes de baccalauréat en sciences infirmières des expériences de pratique qui les préparent bien à accéder à la profession. On a constaté une grande diversité quant au nombre et aux types de stages cliniques que suivent les étudiantes en sciences infirmières des écoles canadiennes de sciences infirmières. Depuis toujours, exception faite des laboratoires d'habiletés techniques et de certaines expériences en santé communautaire et publique, la plupart des expériences d'apprentissage de la pratique se déroulent dans le secteur des soins actifs. Du défi d'organiser des stages cliniques pour les étudiantes est issue une recherche de stratégies de rechange au titre des expériences de pratique. Les stages sont dorénavant généralisés (Smith, Corso & Cobb, 2010) et la simulation est de plus en plus utilisée pour préparer les étudiantes à la pratique. Certaines enseignantes estiment que la simulation est utile mais complémentaire aux stages cliniques; d'autres s'en servent comme solution de remplacement. Un domaine de recherche digne d'intérêt a récemment vu le jour : examiner la mesure dans laquelle la simulation peut remplacer les stages cliniques. Aux États-Unis, il ressort d'une étude nationale sur la simulation que 50 % des stages cliniques pourraient être remplacés par la simulation (Hayden et al., 2014). Le présent document a pour but non pas d'examiner si ou comment la simulation peut remplacer les stages cliniques, mais plutôt comment différents types d'expériences d'apprentissage de la pratique au niveau du baccalauréat en sciences infirmières, peuvent ensemble favoriser l'atteinte des résultats d'apprentissage attendus des diplômées. On y présente des lignes directrices pour favoriser la qualité des expériences d'apprentissage de la pratique en misant sur des stages cliniques et/ou la simulation.

En 2013, l'ACESI a constitué un groupe de travail en réponse aux demandes des organisations d'infirmières et d'enseignantes d'examiner des questions concernant l'obtention et l'accès de stages pour les étudiantes et le rôle de la simulation dans l'enseignement des sciences infirmières. Ses membres viennent de toutes les régions du pays. On y trouve des infirmières expertes en formation clinique et/ou simulation, des représentantes de groupes d'intervenants, et tant des anglophones que des francophones. Le groupe de travail avait pour mandat d'élaborer des lignes directrices nationales fondées sur le consensus aux fins des expériences d'apprentissage de la pratique au niveau du baccalauréat.

Le groupe de travail s'est donné les objectifs suivants pour accomplir son mandat :

1. identifier les attentes de résultats au titre des expériences d'apprentissage de la pratique;
2. examiner les expériences d'apprentissage de la pratique au moyen de stages cliniques et de simulations par rapport aux attentes de résultats;
3. énoncer les principes devant régir les expériences d'apprentissage de la pratique et formuler des lignes directrices pour les stages cliniques et la simulation.

Dans le domaine des sciences infirmières, à l'instar d'autres professions d'exercice dont le droit, la médecine et la pharmacie, c'est initialement en misant sur la formation en apprentissage que l'on formait les recrues. Or, à l'opposé de ces professions, la formation en apprentissage dans l'enseignement des sciences infirmières s'est poursuivie au Canada jusqu'à la deuxième moitié du 20^e siècle. Ce n'est que vers la fin des années 1960 que l'enseignement des sciences infirmières a entrepris sa migration des écoles de formation en milieu hospitalier vers les universités et les collèges. La formation en milieu hospitalier était fondée sur une approche hautement structurée de type militaire, ce qui s'est poursuivi pendant plus d'une centaine d'années, influant sur les attentes au titre de la préparation à la pratique des nouvelles diplômées pendant des décennies après la fermeture de ces écoles (ACESI, 2012).

En 1965, dans son rapport, la Commission Hall a recommandé que l'enseignement des sciences infirmières ne relève plus du secteur des services, 25 % des étudiantes devant être formées dans des écoles universitaires de sciences infirmières au niveau du baccalauréat afin de les préparer à des rôles de leadership, et 75 % dans des collèges communautaires au terme de programmes menant à l'attribution d'un diplôme. Le programme de trois ans menant à un diplôme a été réduit à deux ans, la prémisses étant que la majeure partie des trois ans était consacrée à la prestation de services et que, en mode prestation de services, il y avait fort peu d'apprentissage. Peu après l'arrivée sur le marché du travail des premières diplômées des programmes de deux ans menant à un diplôme, de graves préoccupations ont été soulevées quant à leurs lacunes au plan du jugement clinique et des compétences cliniques par rapport aux diplômées issues de la formation en milieu hospitalier. Par conséquent, la durée des programmes a été prolongée pour leur offrir davantage de pratique clinique et, le plus souvent, ajouter une expérience d'apprentissage continue en mode de préceptorat à la fin du programme. Les diplômées des programmes de baccalauréat ont aussi dû faire face au même genre de critiques quand elles sont entrées sur le marché du travail tant au Canada qu'aux États-Unis. Les infirmières expérimentées auraient affirmé : elles peuvent analyser et synthétiser mais, elles ne savent pas cathétériser (Kramer, 1974).

Par contre, les infirmières formées en milieu hospitalier s'intégraient sans problème à l'effectif et étaient en mesure d'exercer, sans tarder, toutes les responsabilités d'une infirmière en service général. Même si la part de l'enseignement en salle de classe dans les écoles en milieu hospitalier a augmenté considérablement durant le 20^e siècle, le gros de l'apprentissage des étudiantes se faisait en mode de pratique. Au tout début de leur programme, elles ont fait leurs premiers pas en tant que stagiaires chargées de prodiguer des soins de base aux patients dans des unités auxquelles elles étaient affectées de façon continue pendant un certain temps. Plus elles avançaient dans leur programme, plus on leur attribuait des tâches complexes et des responsabilités plus grandes. La stabilité et la durée des séjours de leurs patients étaient plus grandes, mais la technologie en matière de surveillance, de diagnostic et de traitement qu'elles devaient gérer était beaucoup moins complexe qu'aujourd'hui. Dès leur deuxième année, on affectait souvent les infirmières étudiantes à des quarts de travail de soirée ou de nuit, où elles agissaient seules et ne bénéficiaient que d'une supervision minimale de la part d'une superviseuse de soins infirmiers itinérante (CASN, 2012). Même si l'on en sait fort peu sur la mesure dans laquelle elles s'acquittaient bien de leurs responsabilités, plus elles acquéraient de l'expérience, plus elles apprenaient à maîtriser les habiletés psychomotrices, à fixer des priorités, à exécuter leurs tâches en temps opportun, à reconnaître l'évolution de l'état de leurs clients et à composer avec de telles situations, à prendre des décisions cliniques de leur propre chef, et à bien saisir les particularités de la culture organisationnelle des services de leur hôpital. Dès l'obtention de leur diplôme, elles passaient sans transition du rôle d'étudiante à infirmière en service général.

Même si la plupart des infirmières formées en milieu hospitalier sont aujourd'hui à la retraite, les nouvelles infirmières ont dû composer pendant de nombreuses années avec des attentes en matière de pratique issues du passé en dépit de l'évolution considérable de la complexité de la pratique des soins infirmiers. On a appris aux infirmières formées en milieu hospitalier à bien travailler dans le cadre hospitalier là où elles avaient reçu leur formation alors qu'aujourd'hui, les établissements d'enseignement préparent les étudiantes à faire carrière dans la profession qu'elles ont choisie. De nos jours, les diplômées sont appelées à travailler dans un milieu de travail dynamique et en constante évolution caractérisé, bien souvent, par l'acuité élevée des besoins des patients et une lourde charge de travail (Laschinger & Leiter, 2006). Les infirmières doivent posséder des connaissances et des compétences encore plus grandes qu'à l'époque des écoles de sciences infirmières en milieu hospitalier. Aussi, les risques pour la sécurité des patients sont plus grands et, en conséquence, il importe davantage de superviser les étudiantes infirmières et les novices. Par ailleurs, alors que 62 % des infirmières travaillent dans le secteur des soins actifs (ICIS, 2012), bon nombre sont aussi à l'oeuvre dans divers services communautaires ou dans le domaine des soins de longue durée, et elles doivent posséder des connaissances et des compétences beaucoup plus vastes et diverses que dans le passé.

Bien qu'il soit accepté que les programmes d'enseignement ne peuvent amener les nouvelles étudiantes au niveau de travail des infirmières en service général expérimentées, leur entrée sur le marché du travail pose souvent problème (Dutscher, 2008). Le niveau de préparation à la pratique des diplômées en sciences infirmières a été et demeure un enjeu pour les employeurs, les gouvernements, le milieu de l'enseignement et même les nouvelles infirmières (Romyn, Linton, Giblin et al., 2009; Boychuk Duchscher, 2008). Bien que l'on ait constaté que des programmes de transition vers la pratique facilitent l'intégration des nouvelles infirmières dans les milieux de travail (Dyess & Parker, 2012; Spector, Blegen, Silvestre et al., 2015), la nature et la qualité des expériences d'apprentissage de la pratique durant les programmes d'études en soins infirmiers sont aussi importantes.

On a eu recours à un processus itératif à étapes multiples pour élaborer les lignes directrices. On a d'abord procédé à une analyse documentaire, à une analyse de l'environnement et à la consultation des intervenants lors du forum sur les études de premier cycle de l'ACESI en 2013. Une première version des lignes directrices a été préparée à la lumière de ces activités, version qui a ensuite été examinée, révisée et peaufinée : il y a ensuite eu, en 2014, une seconde consultation en personne avec les intervenants. On a ensuite intégré dans le document les commentaires reçus, document qui a été examiné attentivement et modifié par le Groupe de travail lors d'une réunion d'un jour en personne en octobre 2015. Une version consensuelle finale a enfin été adoptée en novembre 2015.

Attentes de résultats relatives à l'apprentissage de la pratique

Le premier objectif fixé par le groupe de travail concernait la définition des attentes de résultats escomptées de l'apprentissage de la pratique. En 2015, l'ACESI a publié le *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière* à l'intention des diplômées des programmes de sciences infirmières. Comme ce cadre national définit les attentes de résultats de l'apprentissage de la pratique au niveau du baccalauréat, voici les résultats retenus à atteindre.

Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière

Le *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière* subdivise les attentes à l'égard des diplômées en six domaines :

1. *Connaissances*
2. *Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes*
3. *Pratique infirmière*
4. *Communication et collaboration*
5. *Professionnalisme*
6. *Leadership*

Même si, en fait, les domaines sont interreliés, chacun cible une sphère de résultats propre à un niveau d'études. Le domaine de la pratique infirmière concerne l'exercice d'activités s'inscrivant dans un vaste éventail de rôles de prestation de soins infirmiers, tant des soins directs qu'indirects (ACESI, 2015).

Tableau 1- Domaine 3: Pratique infirmière	
Résultats au niveau du baccalauréat	
<i>Le programme prépare l'étudiante à démontrer...</i>	
3.1	L'évaluation holistique et globale de divers clients pour planifier et fournir des soins infirmiers compétents, éthiques, sécuritaires et prodigués avec compassion.
3.2	L'utilisation du jugement clinique, des connaissances en sciences infirmières et d'autres données probantes pour éclairer la prise de décisions dans diverses situations.
3.3	La capacité à faire la synthèse des résultats afin d'élaborer ou de modifier un plan de prise en charge centré sur la personne.
3.4	La capacité à reconnaître les conditions et les contextes en évolution rapide des clients, ainsi qu'à intervenir de façon sécuritaire, compétente et éthique.
3.5	La capacité à surveiller et à gérer les soins complexes prodigués aux clients dans des contextes stables et instables au moyen de multiples technologies.
3.6	L'utilisation des technologies de l'information pour appuyer des soins de qualité prodigués aux patients.
3.7	La capacité à exercer les fonctions au niveau d'entrée des infirmières autorisées, tel qu'il est défini par l'organisme de réglementation provincial/territorial.
3.8	L'engagement et le leadership quant à la prestation de soins de confort, y compris la gestion de la douleur et des symptômes.
3.9	La capacité à conseiller et à éduquer les clients pour promouvoir la gestion de la santé, des symptômes et des maladies.
3.10	La coordination des soins aux patients en collaboration avec les personnes, les familles et d'autres membres de l'équipe de soins de santé.
3.11	La capacité à faciliter la navigation des clients dans les services de soins de santé.
3.12	La capacité à promouvoir la santé des personnes, des familles, des collectivités et des populations au moyen d'actions visant à aborder les disparités en santé.
3.13	L'utilisation des éléments fondamentaux de la sécurité des patients et des soins de qualité.

* Actuellement, l'infirmière autorisée débutante mentionnée en 3.7 est formée, au niveau du baccalauréat (sauf au Québec), en tant que généraliste et en vue de pratiquer auprès de gens en santé et malades, sans égard au sexe, à tous les stades de leur vie et dans divers milieux de pratique, les clients étant définis comme des personnes, des familles, des groupes, des collectivités et des populations (AIIO, 2014).

Le second objectif de l'élaboration des lignes directrices concernait l'examen des occasions d'apprentissage en stages cliniques et par la simulation par rapport aux attentes de résultats. On constate l'utilisation d'une grande diversité de types de stages et de modes de simulation au Canada. Dans les établissements cliniques, on trouve tout l'éventail des secteurs de soins de santé, ainsi que des milieux autres que médicaux. La simulation fait appel à des technologies plus ou moins complexes, et les modalités de simulation sont catégorisées selon leur fidélité, à savoir la mesure dans laquelle elles sont le reflet de cas cliniques réels. Même s'il y a des chevauchements entre les divers modes d'apprentissage en stages cliniques et par la simulation, chacun propose des expériences de pratique qui favorisent l'atteinte d'un certain nombre des attentes de résultats qui ont été définies.

Environnements de soins actifs

Depuis longtemps, le principal lieu où se tiennent les stages cliniques, les milieux de soins actifs demeurent un choix essentiel en raison du grand nombre d'infirmières qui, au Canada, travaillent dans ce secteur des soins de santé (quelque 65 % d'après l'ICIS, 2015). Les stages en soins actifs donnent lieu à des expériences qui sont particulièrement pertinentes quant aux résultats attendus des soins prodigués à des clients instables dont l'état est complexe, par exemple la capacité à reconnaître les conditions et les contextes en évolution rapide des clients, ainsi qu'à intervenir de façon sécuritaire, compétente et éthique (3.4); et la capacité à surveiller et à gérer les soins prodigués aux clients dont l'état est instable, la condition en évolution rapide, et démontrant des symptômes graves présentant un danger de mort, ainsi qu'à intervenir au moyen de multiples technologies (3.5).

Soins de longue durée et soins ambulatoires

Le nombre d'établissement de soins de longue durée, de cliniques et d'unités de chirurgie de jour est en croissance au Canada, et il faut s'attendre à ce que cela se poursuive. Ces milieux offrent aux étudiantes des occasions de pratique qui favorisent l'atteinte d'un certain nombre des attentes de résultats définies, dont la capacité de procéder à l'évaluation holistique et globale de divers clients pour planifier et fournir des soins infirmiers compétents, éthiques, sécuritaires et prodigués avec compassion (3.1); de démontrer engagement et leadership quant à la prestation de soins de confort, y compris la gestion de la douleur et des symptômes (3.8); et de coordonner les soins aux patients en collaboration avec les personnes, les familles et d'autres membres de l'équipe de soins de santé (3.10).

Soins communautaires

Les soins communautaires englobent un très grand nombre d'établissements où tenir des stages, dont les organismes usuels de santé publique, les organismes communautaires formels de santé; les milieux autres que médicaux dont les résidences et installations pour personnes âgées, les établissements scolaires, les collectivités autochtones, les centres de loisirs, les services à domicile, les installations de soins de santé mentale, les services d'approche active et les établissements correctionnels. Selon la mission particulière des établissements, les stages en milieu communautaire proposent des expériences d'apprentissage au titre de l'atteinte de divers résultats, dont la capacité à conseiller et à éduquer les clients pour promouvoir la gestion de la santé, des symptômes et des maladies (3.9); la capacité à faciliter la navigation des clients dans les services de soins de santé (3.10); et la capacité à promouvoir la santé des personnes, des familles, des collectivités et des populations au moyen d'actions visant à aborder les disparités en santé (3.12).

Simulation de haute fidélité

Une simulation de haute fidélité concerne l'utilisation de mannequins informatisés pouvant être programmés à présenter un grand nombre de signes et de symptômes compatibles avec des réactions physiologiques complexes résultant de divers états de santé, ainsi que d'interventions thérapeutiques. Ces simulations peuvent donner l'occasion aux étudiantes de vivre des expériences ciblées d'apprentissage de la pratique liées à la prestation de soins à des clients stables ou instables, entre autres l'évaluation des signes et symptômes physiologiques d'états de santé stables et instables (3.1); la capacité à reconnaître et réagir rapidement à des conditions en évolution rapide et à des symptômes présentant un danger de mort (3.4).

Simulation de moyenne fidélité

Les simulations de moyenne fidélité englobent diverses modalités de simulation – entre autres, vidéos interactifs, patients simulés et réalité virtuelle dynamique et tridimensionnelle. Selon les modalités de simulation sélectionnées, les étudiantes peuvent acquérir des compétences pour évaluer des états de santé stables et instables; conseiller et éduquer des clients pour promouvoir la gestion de la santé, des symptômes et des maladies (3.8); et, dans le cas des vidéos, pour reconnaître et intervenir rapidement à des conditions en évolution rapide des clients (3.3).

Simulation de faible fidélité

Les simulations de faible fidélité englobent des outils non informatisés de formation à des tâches et des jeux de rôle. Le premier mode donne l'occasion aux étudiantes d'exercer certaines habiletés psychomotrices et techniques particulières alors que le second mode peut favoriser l'acquisition de compétences relationnelles et d'aptitudes à résoudre des problèmes. Les simulations de faible fidélité permettent aux étudiantes d'acquérir une compétence ou un ensemble de compétences constituant une composante nécessaire d'un certain nombre des attentes de résultats de pratique.

Caractéristiques clés des stages cliniques et des simulations

Alors que tant les stages cliniques que les simulations donnent l'occasion aux étudiantes d'atteindre les résultats de pratique, il existe des différences importantes entre les expériences de pratique proposées et, il s'ensuit, des différences dans la nature de l'apprentissage obtenu.

Tel qu'illustré au tableau 2, durant les stages cliniques, les étudiantes mettent à profit leurs connaissances, leurs compétences, leurs attitudes et leur jugement pour composer avec des situations imprévues et non planifiées à l'égard desquelles l'enseignante exerce fort peu de contrôle. Tout comme lors des simulations à haute et moyenne fidélité, elles réagissent souvent à des événements imprévus mais dans un environnement où interviennent des variables multiples, multidimensionnelles et non linéaires, dont au flux et au reflux des émotions. Par ailleurs, leurs interventions dans un tel milieu peuvent avoir des conséquences (tant positives que négatives) importantes sur la personne ou les personnes à qui elles prodiguent des soins, comme ce sera le cas quand elles commenceront à travailler. À l'inverse, les simulations se déroulent dans un environnement simulé, quoique très réaliste. Le scénario et les variables contextuelles ont été sélectionnés d'avance par l'enseignante. Qui plus est, le nombre de variables contextuelles qui influent sur la situation est limité et ne correspond pas à l'ensemble des variables possible d'une situation réelle. Or, les étudiantes peuvent commettre des erreurs et en tirer des leçons car le bénéficiaire de leurs soins n'en subira pas de conséquences. En outre, comme les scénarios sont planifiés, les programmes peuvent cibler, aux fins des exercices de simulation, des situations avec lesquelles toutes les étudiantes seront appelées à composer. Il pourrait s'agir de conditions ou de situations graves, courantes et importantes dont toutes les étudiantes devraient faire l'expérience. Elles pourraient aussi englober des situations rares mais à risque élevé et à l'égard desquelles les étudiantes doivent se préparer mais auxquelles il est peu probable qu'elles soient confrontées durant un stage clinique.

Expériences de stage clinique	Expériences de simulation
<ul style="list-style-type: none">• Variables non planifiées, imprévisibles et non contrôlées par l'enseignante• Situations variant d'une étudiante à l'autre dans l'environnement de soins au patient• Situations se déroulant dans un environnement de pratique où agissent le flux et le reflux des émotions et des communications des intervenants• Exigent la supervision d'enseignantes compétentes car les erreurs pourraient avoir des conséquences graves• Exigent des étudiantes qu'elles exécutent des tâches ou fassent appel à leurs compétences, au gré des besoins, tout comme en milieu de travail	<ul style="list-style-type: none">• Variables planifiées, prévisibles et contrôlées par l'enseignante autorisant leur sélection en fonction des besoins en apprentissage• Situations uniformes pour chacune des étudiantes du groupe d'apprentissage• Situations se déroulant dans un environnement où les émotions et les communications sont simulées entre un nombre limité des membres d'une équipe interprofessionnelle• Autorisent les étudiantes à commettre des erreurs et à en tirer des leçons• Autorisent l'acquisition de compétences de façon isolée, la maîtrise des composantes de la compétence à acquérir se faisant au terme de nombreuses répétitions

La différence entre les expériences vécues dans le cadre de simulations et de stages cliniques influe sur la nature de l'apprentissage qu'elles favorisent. Est illustrée au tableau 3 la nature de l'apprentissage favorisé par les stages cliniques et les simulations.

Tableau 3- Nature de l'apprentissage favorisé par les stages cliniques et les simulations	
<i>Expériences cliniques</i>	<i>Simulations</i>
<ul style="list-style-type: none"> • appliquer les connaissances, compétences et attitudes acquises en salle de classe ou lors de simulations à des situations imprévues, à mesure qu'elles se produisent • évaluer les préoccupations les plus et les moins pressantes dans le contexte de l'environnement humain global • appliquer des techniques de raisonnement clinique et de résolution de problèmes dans le cadre de situations imprévues où interviennent de nombreux acteurs, de multiples interactions sociales et le flux et reflux des émotions humaines • gérer le temps et établir des priorités selon divers délais –critique, urgent, immédiat et continu –dans des contextes où des interventions peuvent s'échelonner sur des jours, des semaines ou des mois • appliquer des habiletés psychomotrices et techniques lors de la prestation de soins dans un contexte d'environnement humain global au profit d'individus et à toutes les étapes de leur vie • entreprendre une démarche relationnelle avec des individus et des familles dans le contexte de systèmes sociaux et culturels complexes • coordonner la prestation de soins de concert avec d'autres parties qui ne sont peut-être pas accessibles dans l'immédiat • collaborer avec des membres de l'équipe interprofessionnelle • prodiguer des soins infirmiers à la communauté et à des populations 	<ul style="list-style-type: none"> • appliquer des connaissances, compétences et attitudes prédéterminées acquises en salle de classe ou en laboratoire dans le cadre de scénarios normalisés • évaluer les préoccupations les plus et les moins pressantes dans le contexte d'un ensemble prédéterminé et limité d'interactions environnementales • appliquer des techniques de raisonnement clinique et de résolution de problèmes dans le cadre de situations planifiées et ciblées, situations auxquelles il importe que toutes les étudiantes expérimentent dans un environnement contrôlé • gérer le temps et des priorités dans le cadre de situations prédéterminées exigeant des interventions dans des délais critiques, urgents et immédiats • franchir les diverses étapes/composantes d'une habileté psychomotrice ou technique • appliquer des habiletés psychomotrices et techniques dans le cadre d'une intervention s'inscrivant dans des scénarios de simulation complexes • entreprendre une démarche relationnelle avec des individus et des familles dans le contexte de l'environnement simulé circonscrit d'un scénario de simulation • instaurer la confiance et obtenir la collaboration en tant que membre d'une équipe d'apprenants interprofessionnels dans le cadre de scénarios de simulation

En résumé, tant les simulations que les stages cliniques facilitent l'apprentissage pour ce qui est des attentes de résultats de la pratique. La simulation convient parfaitement aux situations de pratique auxquelles toutes les étudiantes devraient être confrontées dans leur préparation d'accès à la pratique; elle donne l'occasion d'acquérir des compétences et des habiletés de façon relativement isolée, à l'abri de variables imprévues. Les stages cliniques sont essentiels afin que les étudiantes puissent apprendre à réagir dans un contexte où l'environnement évolue constamment et influe sur la prestation des soins; il importe aussi pour qui les étudiantes apprennent à prodiguer des soins selon des délais variables, que la prestation se fasse sur le champ ou s'échelonne sur une période de plusieurs mois.

LIGNES DIRECTRICES POUR LES STAGES CLINIQUES ET LES SIMULATIONS

CASN
ACESI 

Les présentes lignes directrices visent à favoriser la définition des attentes relatives aux résultats concernant les domaines de pratique abordés dans le *Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière* (2015) moyennant le recours à des stages cliniques et à des simulations. Sont ciblés le choix du moment où doivent se dérouler les expériences de pratique dans le cadre du programme, l'intensité des expériences de pratique, à savoir leur durée, fréquence et continuité, la sélection des expériences de pratique, la qualité de l'enseignement et, enfin, le processus pédagogique.

1. Le choix du moment des expériences de pratique dans le cadre du programme

Dans le cadre du programme, le choix du moment des expériences de pratique vise à faire en sorte qu'elles soient ordonnées au plan de la complexité de la demande et que les étudiantes aient acquis les connaissances de base et les compétences à utiliser dans chaque cas. Les expériences de pratique sont adaptées aux connaissances, aux compétences et aux aptitudes à acquérir et elles se complexifient à mesure que les étudiantes franchissent les étapes du programme. Il se peut que de la formation visant l'acquisition de compétences et des expériences partielles de pratique de soins précèdent des expériences plus globales de pratique de soins.

2. La durée, la fréquence et la continuité des expériences de pratique

Il faut bien tenir compte de la durée, de la fréquence et de la continuité des expériences de pratique car chacun de ces éléments influe sur l'apprentissage des étudiantes. L'intensité de l'expérience de pratique devrait découler de la nature de l'apprentissage visé. Cela tient à la complexité de ce que l'étudiante est appelée à apprendre, à l'importance de l'apprentissage quant aux résultats attendus au terme du programme, à la nature de l'expérience de pratique et, dans le cas des stages cliniques, à l'emplacement. Par exemple, la maîtrise de tâches clés qui sont relativement complexes passe par des exercices répétés de simulation sur une période de temps donnée jusqu'à ce que les compétences / étapes soient maîtrisées. De même, l'obtention des résultats d'apprentissage liés à une situation de soins actifs ou de soins intensifs figurant parmi les éléments importants de l'apprentissage des étudiantes peut devoir passer par divers scénarios et plusieurs séances de simulation pour s'assurer que les étudiantes ont bien acquis les compétences souhaitées. Dans les cas de prestation de soins complets, l'obtention des résultats d'apprentissage de la pratique englobant la gestion du temps et la priorisation dans l'environnement imprévu et imprévisible des stages cliniques exige une certaine continuité. Dans les cas de prestation de soins complets dans la collectivité, un stage continu pourrait ne pas s'avérer nécessaire mais sa période devrait être suffisante pour mener à terme le processus de soins infirmiers.

3. La sélection de l'expérience d'apprentissage de la pratique

Il est très important de bien choisir les expériences d'apprentissage de la pratique à la lumière des résultats d'apprentissage souhaités, de la nature de l'apprentissage voulu et des types de problèmes de santé qu'elles concernent. Les étudiantes devraient avoir l'occasion de soigner des clients présentant les problèmes de santé les plus courants au Canada ainsi que composer avec des problèmes comme des catastrophes qui sont peut-être rares mais qui ont une grande incidence sur la santé des gens.

Dans le cadre du programme, l'éventail des expériences de pratique simulées englobent :

- apprentissage de faible fidélité de compétences psychomotrices et techniques
- apprentissage de faible à moyenne fidélité de compétences relationnelles
- occasions d'apprentissage de moyenne à haute fidélité d'examen et d'interventions physiques faisant une large place aux signes et symptômes anormaux et à des situations où l'état du patient se détériore rapidement

Dans le cadre du programme, voici l'éventail de stages cliniques :

- expériences de pratique de soins actifs, chroniques et intensifs
- expériences de pratique dans des établissements de soins de longue durée
- soins communautaires (dont la promotion de la santé et la prévention des maladies)
- prestation de soins à des individus, des familles, des collectivités ou des populations

4. La qualité de l'enseignement

Les enseignantes et les préceptrices jouent un rôle important dans les expériences de pratique des étudiantes. Elles doivent être compétentes, bien préparées et bien informées pour s'acquitter de leurs responsabilités. Elles doivent être au moins titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières; posséder de l'expérience et des compétences dans le domaine clinique où elles enseignent; maîtriser les compétences relationnelles requises pour faciliter l'apprentissage; bien comprendre les objectifs visés par les étudiantes; savoir aligner l'expérience de pratique sur les cours théoriques et le curriculum; et savoir naviguer dans une structure organisationnelle claire assortie d'exigences de reddition de compte. Il doit y avoir des systèmes adaptés aux connaissances pédagogiques des enseignantes en matière de stages cliniques ou de simulations. Les enseignantes doivent bien comprendre comment favoriser la pratique réflexive chez les étudiantes.

Au plan de l'apprentissage par la simulation, l'enseignante ou l'animatrice doit se conformer aux critères et lignes directrices

régissant les animateurs d'apprentissage par la simulation de la INACSL (Boese, 2013), bien maîtriser la simulation en tant qu'outil et les principes de l'enseignement et de l'apprentissage par la simulation. Les enseignantes et préceptrices des stages cliniques doivent suivre un programme d'orientation, dont une séance d'information sur l'école, sa structure et le site des stages cliniques, et avoir suivi un cours préparatoire à l'exercice de leur rôle.

5. Le processus pédagogique

Les objectifs de l'expérience d'apprentissage de la pratique sont clairement définis et le rôle de ce volet bien expliqué dans le curriculum. Les étudiantes sont bien renseignées à propos du site des stages et/ou des simulations avant l'expérience de pratique, cette dernière étant facilitée par une structure organisationnelle transparente et bien définie. Inciter les étudiantes à s'adonner à la pratique réflexive et au débriefage est un volet essentiel, ces exercices devant procéder de données probantes.

Dans le cas des expériences de pratique axées sur la simulation, les étudiantes sont bien renseignées sur la technologie avant la simulation. Cette dernière est bien préparée et bien alignée sur les objectifs de l'expérience de pratique. Les volets préparation et débriefage de l'expérience d'apprentissage de la pratique favorisent l'assimilation du contenu de l'apprentissage de la pratique.

Des contrats pour la tenue de stages cliniques ont été conclus entre l'organisme et l'école de sciences infirmières et les clauses en sont respectées. L'attribution des patients/clients tient bien compte des objectifs de l'expérience de pratique; les séances de préparation et de débriefage favorisent l'apprentissage des étudiantes.

Conclusion

La formation infirmière doit prévoir des expériences de pratique afin que les étudiantes acquièrent les compétences requises pour exercer la profession d'infirmière autorisée. Il s'ensuit que la simulation et les stages sont des éléments essentiels du programme d'études en soins infirmiers. Ils se conjuguent pour bien préparer les infirmières diplômées à la transition des études à la pratique. Or, les expériences de la pratique proposées doivent être mûrement réfléchies, sinon ce sera un rendez-vous manqué. Même si les modalités d'utilisation de la simulation et des stages cliniques varient énormément d'un programme à l'autre, le choix du moment, l'intensité, la sélection, la qualité de l'enseignement et le processus pédagogique des programmes d'études sont des volets essentiels de la réalisation des attentes de résultat des nouvelles diplômées.

Terme	Définition
Débriefage	Activité consécutive à une expérience de simulation qui est dirigée par une animatrice. Les participantes sont incitées à pratiquer la réflexion et des commentaires à propos de leur rendement sont formulés dans le cadre d'une discussion sur les divers volets de la simulation. Les participantes sont invitées à analyser leurs émotions, à se poser des questions et à formuler des réflexions ou des commentaires. Le but du débriefage est de faciliter l'assimilation et l'adaptation dans la perspective de l'application, dans l'avenir, des leçons apprises (Johnson-Russell & Bailey, 2010; NLN-SIRC, 2013). (Meakim, Boese, Decker, et al., 2013)
Délégation	La délégation est un processus formel en vertu duquel un professionnel de la santé réglementé, qualifié et autorisé à exécuter une intervention au titre de l'un des actes autorisés, en délègue l'exécution à une personne, réglementée ou non, qui n'est pas autorisée par une loi à l'exécuter. (OIIO, 2014)
Fidélité	Mesure dans laquelle une simulation est représentative de cas cliniques réels.
Interprofessionnel	Qualifie les équipes constituées de membres de diverses professions collaborant à l'atteinte d'un objectif commun et empruntant, à cette fin, un processus de prise de décisions commun. En soins de santé, le but est de déployer des efforts de concert avec des individus et leurs familles pour améliorer leurs buts et leurs valeurs. Règle générale, une équipe interprofessionnelle regroupe un ou plusieurs membres qui sont des médecins, infirmières, travailleurs sociaux, conseillers spirituels, employés de soutien personnel et bénévoles. Des membres d'autres professions peuvent aussi faire partie de l'équipe au gré des besoins et des ressources (Ferris et al., 2002) (citation de l'AIIAO, 2013).
Pédagogie	L'art ou la science des méthodes d'enseignement. L'étude des méthodes d'enseignement, dont des buts visés par l'éducation et les façons d'atteindre ces buts. (Meakim, Boese, Decker, et al., 2013)
Préceptorat	Méthode d'enseignement et d'apprentissage fréquemment employée, où les infirmières jouent un rôle de modèle clinique. Consiste en une relation formelle, d'une durée préétablie, entre deux personnes, soit une infirmière expérimentée (préceptrice) et une novice (élève), relation qui a pour but d'aider la novice à s'adapter à de nouvelles fonctions. La novice peut être une étudiante ou une infirmière en exercice qui change d'attributions ou de milieu de travail (AIIIC, 2004).
Séance préparatoire (Breffage)	Séance d'information ou d'orientation tenue avant le début de l'expérience d'apprentissage par la simulation où sont transmises aux participantes des consignes ou de l'information préparatoire. Le but de la séance préparatoire ou du breffage est de préparer la voie pour un scénario et d'aider les participantes à atteindre les objectifs du scénario. Au nombre des activités qui devraient faire partie d'une séance préparatoire ou du breffage : la présentation de l'équipement, des mannequins, des rôles, de l'horaire, des objectifs et de l'état du patient. (Meakim, Boese, Decker, et al., 2013)
Simulation	Une démarche pédagogique utilisant une ou plusieurs typologies pour faciliter, améliorer ou valider les progrès d'une participante en transition d'élève à experte (Benner, 1984; Decker, 2007).

- Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2012). Ties that bind: The evolution of education for professional nursing in Canada from the 17th to the 21st century. Ottawa, ON : CASN.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels: optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système Developing and Sustaining Interprofessional*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004) *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession – Guide sur le préceptorat et le mentorat*. Ottawa, ON
- Boyчук Duchscher, J. (2008). A Process of Becoming: The Stages of a new Nursing Graduate Professional Role Transition, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, Vol 39, No 10, 441-450.
- Dyess, S., Parker, C., (2012). Transition support for the newly licensed nurse: a programme that made a difference, *Journal of Nursing Management*, 20, 615-623.
- Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P. R. (2014). The national simulation study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2S).
- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2007 à 2011*. Ottawa, ON : ICIS.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Personnel infirmier réglementé, 2014*. Ottawa, ON : ICSI.
- Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. St Louis: CV Mosby.
- Laschinger, S. & Leiter, MP. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.
- Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A. E., Gloe, D., Lioce, L., Sando, C. R., & Borum, J. C. (2013). Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6S), S3-S11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>.
- Romyn, D., Linton, N., Giblin, C., Hendrickson, B., Houger Limacher, L., Murray, C., Nordstrom, P., Thauberger, G., Vosburgh, D., Vye-Rogers, L., Weidner, A., & Simmel, C., (2009). Successful Transition of the New Graduate Nurse, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, Volume 6, Issue 1, Article 34.
- Smith, P., Corso, L., & Cobb, N. (2010). The perennial struggle to find clinical placement opportunities: A Canadian national survey. *Nurse Education Today*, 30, 798-803.
- Spector, N., Blegen, M., Silvestre, J., Barnsteiner, J., Lynn, M., Ulrich, B., Fogg, L., Alexander, M., (2015). Transition to Practice Study in Hospital Settings, *Journal of Nursing Regulation*, Volume 5, Issue 4, 24-38.

CASN
ACESI

