

Conception du raisonnement clinique de personnes qui supervisent des stages et stratégies pour soutenir son développement chez les stagiaires infirmières

Kathleen Lechasseur, Université Laval

Sandrine Hegg, Université Laval

Isabelle Ledoux, Université de Sherbrooke

Patrick Lavoie, Université de Montréal

Marie-France Deschênes, Université de Montréal



Note de page couverture | Cover Page Footnote

L'équipe de recherche a bénéficié d'un financement obtenu dans le cadre de la subvention de recherche Pat Griffin de l'ACESI. Nous remercions Nathalie Folch du Centre hospitalier de l'Université de Montréal pour sa précieuse collaboration lors du recrutement. | The research team received funding through CASN's Pat Griffin Research Grant. We would like to thank Nathalie Folch from the Centre hospitalier de l'Université de Montréal for her valuable collaboration during participant recruitment.

Le raisonnement clinique (RC) est une compétence essentielle que la relève infirmière se doit de développer pour une pratique optimale et sécuritaire (Gonzalez et al., 2021; Herron et al., 2016; Lechasseur et al., 2021). Les stages cliniques sont l'occasion de prédilection pour développer le RC par l'exposition à des situations authentiques (Falender et Shafranske, 2021). Le rôle des personnes qui supervisent et encadrent directement les stagiaires est déterminant (Deschênes, 2021; Wong et Kowitlawakul, 2020); ces personnes se disent toutefois insuffisamment outillées pour soutenir efficacement ce processus (Gonzalez, 2018). Leurs interventions se concentrent davantage sur les tâches pratiques que sur les processus cognitifs qui sous-tendent le développement du RC (Gonzalez, 2018; Goudreau et al., 2014). Les données de recherche montrent que les personnes qui supervisent des stages ont une conception floue du RC et méconnaissent les stratégies favorisant son développement (Hunter et Arthur, 2016; van Wyngaarden et al., 2019). Elles ont du mal à cerner les difficultés des stagiaires en matière de RC et à les pallier par des mesures de remédiation (Hunter et Arthur, 2016).

En dépit de la diversité de stratégies pédagogiques reconnues (Audétat et Laurin, 2018; Burbach et al., 2015; Lechasseur et al., 2021; Merisier et al., 2018), leur application en milieu de stage demeure complexe faute d'une formation préalable ou en raison de contraintes temporelles (Lechasseur et al., 2021). Il est donc essentiel de mieux former les personnes qui supervisent les stages sur les fondements du RC, sur les stratégies pédagogiques et sur le raisonnement pédagogique qui mène à la reconnaissance des difficultés des stagiaires et à la mise en place de mesures de remédiation (Audétat et Laurin, 2018; Hunter et Arthur, 2016; Klenke-Borgmann et al., 2020). Si de nombreuses études se sont penchées sur le sujet en contexte universitaire (Brown Tyo et McCurry, 2019; Deschênes et Goudreau, 2020), peu ont été effectuées dans un contexte de stages cliniques (Cook et al., 2023; Hunter et Arthur, 2016).

Cette étude visait à explorer les conceptions du RC qu'ont les personnes qui supervisent des stages de premier cycle en sciences infirmières et les stratégies qu'elles mettent en place pour soutenir le développement de cette compétence chez les stagiaires. Quatre questions ont guidé les travaux :

1. Quelles sont les conceptions du RC des personnes qui supervisent les stages ?
2. Quelles sont les stratégies instaurées pour soutenir son développement ?
3. Quelles sont les difficultés de RC observées chez les stagiaires ?
4. Quelles sont les mesures de remédiation associées ?

Cadre de référence

Le modèle du jugement clinique de Tanner (2006) dans sa version française adaptée par Lavoie et al. (2021), constitue le cadre théorique central pour cette étude. Issu d'une synthèse de près de 200 écrits, ce modèle est largement utilisé en formation infirmière pour structurer les expériences d'apprentissage et analyser les processus de RC menant au jugement clinique infirmier (Jessee et al., 2023; Lavoie et al., 2017). Dans ce cadre, le RC correspond aux processus intellectuels mobilisés par le personnel infirmier pour adapter ses interactions avec les personnes soignées, les collègues et l'environnement en vue de formuler des jugements cliniques (Lavoie et al., 2021; Tanner, 2006). Il fait ressortir les trois processus de RC (intuitif, hypothético-déductif et narratif) ainsi que les facteurs contextuels influençant notamment le bagage et les connaissances de l'infirmière ou de l'infirmier. En complément, le cadre conceptuel d'Audétat et al. (2011a, 2011b) distingue des difficultés de RC et des stratégies de remédiation. La démarche de raisonnement pédagogique proposée par Audétat et Caire Fon (2018) repose sur quatre étapes : 1) établir un diagnostic pédagogique; 2) déterminer les difficultés selon une taxonomie contextualisée; 3) mettre en œuvre des stratégies de remédiation adaptées; 4) assurer un suivi structuré.

Méthode

Une approche de recherche qualitative descriptive a été retenue. Ce choix s'avère pertinent pour obtenir des participantes et participants une description dense et riche d'un phénomène peu exploré (Bradshaw et al., 2017; Creswell, 2012, 2015; Sandelowski, 2000).

Participants et recrutement

Après l'approbation des comités d'éthique le 6 décembre 2023 (2024-7076), le projet a été mené dans cinq milieux hospitaliers ou communautaires proposant des stages de premier cycle en sciences infirmières au Québec entre décembre 2023 et juillet 2024.

Le recrutement s'est effectué en informant par courriel les directions de l'enseignement et des sciences infirmières et les responsables des stages des établissements concernés du projet. La liste des personnes qui supervisent des stages et leur adresse courriel ont ensuite été obtenues auprès des instances appropriées en respectant la confidentialité des données.

Pour être admissibles à l'étude, les personnes devaient :

- détenir une formation collégiale ou universitaire en sciences infirmières;
- avoir un permis de pratique valide;
- avoir encadré au moins un stage de premier cycle au cours de la dernière année (les personnes ayant encadré uniquement des stages de niveau collégial ont été exclues);
- s'exprimer en français.

Un premier courriel d'invitation à participer a été transmis par la plateforme Research Electronic Data Capture (REDCap). Trois relances ont été faites à un mois d'intervalle. Il était prévu de recruter 10 à 15 personnes pour viser la saturation des données (Bradshaw et al., 2017). Un échantillon de convenance a été composé des personnes volontaires répondant aux critères. Une compensation de 25 \$ a été offerte pour participer à l'étude.

Collecte de données

Après l'obtention du consentement, les personnes participantes ont rempli un questionnaire sur la plateforme REDCap. Ce questionnaire, d'environ 15 minutes, comportait des questions sociodémographiques (genre, âge, expérience) et des questions ouvertes sur : 1) les conceptions du RC; 2) ses manifestations auprès des stagiaires; 3) les stratégies pour promouvoir son développement; 4) les difficultés observées en stage; et 5) les mesures de remédiation.

Des entrevues individuelles ont ensuite été menées pour obtenir des précisions et des compléments d'information. Un guide d'entrevue a été élaboré pour chaque personne participante en fonction de ses réponses au questionnaire. D'une durée moyenne de 45 minutes, elles ont été réalisées virtuellement sur la plateforme Microsoft Teams par une professionnelle de recherche n'ayant aucun lien préalable avec les personnes participantes. Chaque entrevue a été enregistrée, transcrite et anonymisée.

Analyse des données

Les statistiques descriptives ont servi à analyser les données sociodémographiques. Les données des questionnaires et des entrevues ont été codées avec le logiciel QDA Miner (version 2024.0.7). L'analyse a été structurée selon le modèle général d'analyse de contenu de L'Écuyer (1990), lequel permet une catégorisation à la fois déductive et inductive. Les catégories initiales, issues des écrits et du cadre de

référence de l'étude, ont d'abord été utilisées. Ces catégories, considérées comme non immuables, ont permis l'ajout de nouvelles catégories à partir du matériel empirique.

La grille de codage, élaborée par la chercheuse principale et la professionnelle de recherche, a été validée à partir d'un sous-échantillon d'entrevues. Elles ont codé indépendamment ce sous-échantillon et les écarts ont été discutés jusqu'à l'obtention d'un consensus. Une fois la grille finalisée, l'ensemble des entrevues a été codé. Enfin, une synthèse a été réalisée pour interpréter les catégories et mettre en lumière les régularités, les variations et les tensions dans les conceptions et les pratiques rapportées par les personnes participantes.

Rigueur et scientificité

Le recours à plusieurs stratégies a garanti la scientificité du projet (Creswell et Poth, 2024). Une documentation détaillée des activités de recherche et la tenue d'entrevues pour clarifier et approfondir les données du questionnaire en ligne ont ajouté à la crédibilité et à la fiabilité des données. La chercheuse principale et la professionnelle de recherche ont mené des vérifications indépendantes et établi un consensus sur les éléments divergents pour garantir la fiabilité du codage. Leurs notes et leurs échanges constants ont assuré la confirmabilité de la recherche. La transférabilité des données a été favorisée par une description des ancrages théoriques, du processus d'analyse et des résultats obtenus. Mentionnons que l'équipe de recherche était composée de personnes détenant une grande expertise en raisonnement clinique infirmier et une riche formation infirmière.

Résultats

Au total, 13 personnes provenant de cinq hôpitaux de Québec et de secteurs de pratique variés (par exemple : cardiologie, soins intensifs, santé mentale) ont participé à l'étude (voir le tableau 1).

Tableau 1

Données sociographiques des personnes participantes à l'étude (n = 13)

Caractéristique	n (%)
Genre	
Homme	2 (15,4)
Femme	11 (84,6)
Âge	
21 à 25	1 (7,7)
26 à 30	2 (15,4)
31 à 40	5 (38,4)
41 à 50	2 (15,4)
≥ 51	2 (15,4)
Donnée manquante	1 (7,7)
Formation	
Collégiale	1 (7,7)
1 ^{er} cycle universitaire	10 (76,9)
2 ^e cycle universitaire	2 (15,4)
Années d'expérience dans le poste actuel	
0 à 5	5 (38,4)
6 à 10	4 (30,8)
11 à 15	2 (15,4)
> 15	2 (15,4)
Années d'expérience en supervision	
< 1	2 (15,4)
2 à 3	2 (15,4)
3 à 4	2 (15,4)
≥ 7	7 (53,8)
Nombre d'heures de formation en supervision	
1 à 5	3 (23,1)
6 à 10	6 (46,2)
16 à 30	3 (23,1)
> 50	1 (7,7)
Formation en supervision réalisée...	
au cours de la dernière année	2
il y a 2 ans	6
il y a 4 ans ou plus	5

Conceptions du RC et de sa contribution dans la pratique

Une vision commune émerge chez les personnes participantes : le RC représente un processus analytique ou hypothético-déductif qui s'appuie sur la collecte et l'interprétation des données cliniques en vue de relever des problèmes potentiels. Toutefois, aucune conception plus précise ne fait consensus. Les propos des personnes participantes, considérés individuellement, font ressortir une vision parcellaire du RC.

Si plus de la moitié affirme (n = 7) qu'il s'agit d'un processus cognitif ou d'une façon de penser impliquant la réflexion, seules deux personnes mentionnent la nécessité d'une réflexion en continu et de l'adaptabilité. Elles insistent sur l'importance d'un raisonnement dynamique qui évolue en fonction du contexte et des nouveaux éléments qui émergent. Selon elles, cette capacité d'adaptation s'avère primordiale pour répondre aux besoins complexes des personnes soignées et optimiser les soins. Aussi, une seule personne indique qu'une interaction avec la clientèle est toujours au cœur du processus de RC.

La majorité des personnes participantes laissent entendre que le RC implique une collecte de données pertinentes, toutefois seules huit personnes l'énoncent clairement. Pour elles, la collecte inclut des données sur la personne soignée (n = 5), sur sa condition et ses réactions (n = 6). Chez la plupart (n = 9), le RC repose sur la capacité à établir des liens par l'analyse et l'interprétation des données en vue de relever les problèmes ou les besoins de la personne : « C'est aussi de prendre en compte tous les aspects biopsychosociaux du patient, pas juste cliniquement ce qu'on voit, mais aussi c'est quoi ses habitudes de vie. » (ID11) Pour la plupart (n = 9), il s'agit de croiser ces données avec celles d'autres sources, notamment les connaissances théoriques, le dossier patient ou celles d'autres personnes professionnelles pour poser un jugement clinique « car une seule valeur ne suffit pas pour un raisonnement juste. » (ID12)

Par ailleurs, trois personnes ont mentionné explicitement la contribution de leurs savoirs d'expérience, bien que ceux-ci semblent implicites chez plusieurs autres personnes participantes. Peu de personnes font ressortir que le RC correspond à une capacité de générer des hypothèses selon la situation de soins (n = 4). Une seule souligne que le processus de RC consiste aussi à relever les données manquantes pour bien cerner le problème. Enfin, une seule personne a fait valoir que le RC correspond à une reconnaissance rapide et spontanée des problèmes, autrement dit qu'il représente un processus intuitif.

De façon unanime, le RC représente un processus crucial de la pratique infirmière par son rôle central dans la prise de décisions rapides et éclairées (n = 11), sa contribution à des soins de qualité (n = 5) et à l'adaptation des interventions (n = 5). Certaines personnes ajoutent que le RC contribue à agir adéquatement, sans toutefois préciser (n = 5). D'autres associent le RC à des objectifs particuliers, comme une prise en charge sécuritaire et efficace des patients (n = 4), la priorisation des soins (n = 5) ou l'anticipation et la prévention des complications en vue d'éviter la dégradation de l'état de santé de la personne (n = 5). Comme le rapporte une personne participante, « Il faut être au courant de la clinique, du patient, des situations qu'on peut anticiper, puis des complications qui peuvent arriver donc à faire un RC. » (ID25)

Bien que peu d'entre elles (n = 2) en fassent état, le RC favorise une plus grande autonomie professionnelle, car il permet de mieux comprendre les interventions posées et leurs justifications. Une personne ajoute que faire preuve de RC, c'est aussi reconnaître ses propres limites et obtenir au besoin de l'aide de l'équipe.

Stratégies pour favoriser le développement du RC

Pour favoriser le développement du RC chez les stagiaires, les personnes participantes ont décrit 12 stratégies, variables d'une personne à l'autre, qu'elles mettent en place selon les stagiaires et leur degré d'autonomie. Aucune des personnes qui supervisent n'a justifié le choix d'une stratégie sur la base de savoirs pédagogiques ou de formation sur la supervision.

S'adapter au niveau des stagiaires

La majorité (n = 11) a souligné l'importance de s'adapter au niveau des stagiaires et d'offrir une supervision bienveillante : « C'est du cas par cas... chaque stagiaire n'est pas pareil, n'a pas la même façon de réfléchir et une même expérience. C'est d'apprendre à connaître son stagiaire, de savoir comment il réfléchit et quel est son niveau de connaissances. » (ID25)

Encourager à faire des recherches

La majorité des personnes participantes (n = 12) encouragent les stagiaires à faire des recherches dans divers documents (notes au dossier, livres, guides de méthodes des soins, divers protocoles) pour mieux comprendre les situations de soins : « D'aller se référer aux bonnes sources... c'est dire "je ne me sens pas à l'aise dans cette situation..." on peut aller chercher de l'aide et les ressources nécessaires pour bien intervenir. » (ID11) Une autre ajoute : « Je leur demande d'aller faire des lectures parce qu'elles ont eu la base à l'université... quand je les renvoie vers des lectures, c'est par exemple de nouveaux cas. » (ID25) Il s'agit d'encourager les stagiaires dans leur recherche d'information pour stimuler leurs apprentissages : « Je considère qu'on apprend plus quand on fait la recherche soi-même que quand c'est une réponse toute cuite dans le bec. » (ID7)

D'autres mentionnent orienter les stagiaires vers la documentation disponible en milieu clinique. Une seule personne a fait valoir qu'elle demande aux stagiaires d'effectuer des recherches pour valider leurs hypothèses sur le problème en cause : « Il va aller faire ses recherches dans les écrits, puis après il va aller chercher les informations manquantes, pour venir infirmer ou confirmer son hypothèse. » (ID25) Par ailleurs, certaines encouragent les stagiaires à consulter l'équipe de soins pour obtenir plus d'informations ou de précisions : « L'équipe multidisciplinaire... il y a des travailleurs sociaux, il y a aussi la nutrition autour de nous et auprès de qui on peut aller se référer. » (ID4)

Toutefois, aucune des personnes participantes n'a mentionné clairement avoir vérifié si les stagiaires ont fait les recherches ou les lectures ni leur degré de compréhension : « J'assume qu'ils vont lire parce qu'en stage, selon mes valeurs, quand on se fait demander quelque chose, je le ferais, mais je n'ai pas de méthode de contrôle. » (ID44)

Questionner

L'autre stratégie fréquemment rapportée est le questionnement (n = 11). Le questionnement peut servir à expliciter le raisonnement des stagiaires : « Son cheminement est dans sa tête, il faut questionner pour le connaître. » (ID7) En questionnant les stagiaires, les personnes participantes les amènent à déterminer des sources d'information pertinente pour obtenir des données supplémentaires. Elles visent à les amener à justifier leurs choix et à explorer différentes options. L'une d'entre elles ajoute qu'il faut guider les stagiaires dans leur recherche d'informations : « Il s'agit de guider leur pensée avec les bons outils ou les bons termes médicaux ou les bonnes informations, donc de faire le chemin de leurs pensées vers la bonne réponse. » (ID5)

Par ailleurs, les questions portent aussi sur les soins à donner en fonction de l'état de santé de la personne soignée et sur leur justification pour ainsi amener les stagiaires à faire des liens et à relever les possibles complications pour mieux les anticiper : « Je vais questionner sur ce que tu ferais en ce moment? Pourquoi tu prendrais les signes vitaux?... Je ne questionne pas tant sur les soins prévus que sur les soins qu'on va devoir initier. » (ID12)

En plus du questionnement oral, l'une des personnes (n = 1) a recours à des questionnaires qu'elle a elle-même élaborés. Les réponses (sans recours à des sources d'information) sont attendues avant la première journée de stage pour déterminer leurs connaissances des problèmes de santé fréquents sur l'unité : « Je veux voir ce qu'elles connaissent, ce qu'elles ont appris et ce qu'elles ont retenu par rapport à certaines notions... La première journée, on révise ces questionnaires... et j'amène des éléments pour qu'elles puissent les emmagasiner. » (ID4)

Enfin, outre le questionnement des stagiaires et l'incitation à faire des recherches, une personne participante apporte une nuance : « Il faut poser des questions et aussi laisser les étudiants par eux-mêmes avoir leur propre RC, il ne faut pas toujours les forcer à avoir un RC... Comme j'ai dit, il faut qu'ils développent par eux-mêmes leur RC. » (ID9)

Discussion des situations cliniques

Plusieurs personnes (n = 7) discutent brièvement des situations cliniques rencontrées pour mieux arrimer les connaissances théoriques à des situations réelles. Ces discussions peuvent s'effectuer en cours de journée comme à la fin de la tournée des personnes soignées ou à des moments particuliers « pour revenir sur ce qui a été fait... et restructurer notre plan de travail initial. » (ID4) La discussion peut également porter sur l'évaluation par les stagiaires de l'état de santé de la personne : « On refait le tour de ce qui a été évalué, ce qui est normal, anormal et je questionne sur le pourquoi de la justification de l'évaluation faite de tel ou tel système. » (ID5)

Proposer des mises en situation

Près de la moitié des personnes qui supervisent (n = 6) ont recours à de brèves mises en situation (p. ex. « Tu arrives dans la chambre, la patiente te dit ça, qu'est-ce que tu réponds? », ID22). Deux personnes participantes ont dit demander parfois à une collègue de participer à une mise en situation :

Depuis quelques années, on a des stagiaires, avec le temps, on a des mises en situation de côté... Par exemple, on fait des simulations. Je joue la patiente (en obstétrique) et ma collègue fait l'évaluation à distance et la stagiaire essaie d'intervenir pour développer son raisonnement clinique... On ne fait pas systématiquement à chaque stage. (ID34)

Autres stratégies

D'autres stratégies, rapportées moins fréquemment, visent également le développement du RC. Pour aider les stagiaires à faire des liens entre la théorie et la pratique, quelques personnes ont développé leurs propres outils : « J'ai développé un document théorique pour ramener les notions qui sont vues dans leurs cours de soins, de bio, tout ça en lien avec la cardiologie, pour qu'il comprenne. » (ID33) Dans ces cas, la documentation est toujours liée à la spécialité de l'unité clinique où se déroule le stage.

Quoique peu fréquente (n = 2), la présentation de cas cliniques à l'équipe multidisciplinaire est rapportée comme une stratégie pour soutenir le développement du RC : « Le jeudi, nous nous rencontrons en grand groupe, j'encourage mes stagiaires à prendre leur place autour de la table, à présenter leur analyse, leur réflexion. Elles entendent par la suite mes collègues, les médecins partager

leur raisonnement. » (P34) Toutefois, aucune précision n'est faite sur les consignes données pour structurer la présentation de cas ou encore sur son contenu.

L'exposition à une diversité de cas cliniques n'a été mentionnée explicitement que par deux personnes participantes, sans toutefois que leur contribution individuelle ne soit précisée : « J'essaie quand même d'avoir une diversité en termes de situation... tous mes patients ont une dépression, mais un qui a plus d'enjeux d'anxiété, d'autres des enjeux interpersonnels... Donc, j'essaie d'avoir une belle variété de clientèle. » (ID34)

Sans préciser ce dont il s'agit ou comment il est mis en œuvre, le compagnonnage cognitif a été rapporté par une personne ayant une formation en pédagogie : « On essaie de créer un compagnonnage cognitif... à travers l'interaction sociale, de faire comprendre la situation au stagiaire tout en le mettant en action... donc de le faire travailler le plus possible même s'il a peu d'informations. » (ID25) Cette même personne est la seule à avoir mentionné cette stratégie d'explicitation de son propre raisonnement : « J'ai appris que le plus important dans le RC, c'est de verbaliser toutes les actions qu'on fait en tant que préceptrice... parce qu'il y a beaucoup d'actions qu'on fait de façon intuitive. » (ID25) Il demeure toutefois difficile de déterminer s'il s'agit d'une stratégie régulièrement mise en place.

Une seule personne souligne qu'elle utilise différentes méthodes structurées pour faire expliciter le raisonnement clinique des stagiaires : « Moi aussi, de la façon dont j'ai été formée comme étudiante, j'aime le questionnement pour voir les étudiantes cheminer de façon structurée dans le contenu de leur réflexion, comme le modèle SNAPPS (synthétiser, nommer, analyser, présenter, planifier, sélectionner), ça aide... On suscite une discussion clinique avec des questions structurées... et que l'étudiant me structure une réponse sous forme de schéma. » (ID5)

Le stress des stagiaires est reconnu comme une barrière au RC. Par conséquent, les personnes qui supervisent des stages tendent à le normaliser pour tenter de le réduire : « Je normalise le stress et explique que l'échec fait partie de l'apprentissage. » (ID25) Certaines se montrent aussi disponibles pour soutenir les apprentissages : « Je veux que tu progresses, que tu poses des questions et je suis là pour t'écouter et t'aider à avancer. » (ID11)

Difficultés de RC chez les stagiaires et stratégies de remédiation

La principale difficulté de RC relevée par les personnes participantes (n = 6) est d'établir des liens devant la complexité des situations de soins. Un très petit nombre de personnes participantes ont fourni des informations parcellaires sur la nature des autres difficultés des stagiaires :

- Formuler de bonnes hypothèses (n = 2);
- Prendre des décisions quant aux actions à poser (n = 2);
- Effectuer une collecte de données approfondie ou adéquate (n = 2);
- Mettre en pratique les connaissances (n = 1);
- Détecter des complications (n = 1);
- Justifier les actions (n = 1);
- Valider les résultats obtenus (n = 1).

Interrogées sur la présence de difficultés de RC chez les stagiaires, trois personnes participantes ont répondu ne pas en déceler et une a formulé une réponse ne correspondant pas à une difficulté de RC. Par conséquent, quatre ne semblent pas recourir à des stratégies précises lorsque les stagiaires rencontrent des difficultés.

Les réponses fournies quant aux stratégies de remédiation aux difficultés de RC chez les stagiaires mises en place sont très brèves. Les principales stratégies employées par les personnes qui supervisent auprès des stagiaires sont : 1) demander de faire des recherches ou des lectures pour approfondir leurs connaissances et faire des liens (n = 6); 2) questionner pour établir des liens (n = 4); 3) établir les liens pour les stagiaires (n = 4); ou 4) les amener à se poser les bonnes questions (n = 3). D'autres stratégies sont ressorties de leurs propos, mais elles varient d'une personne à l'autre et, dans tous les cas, ne sont mentionnées que par une seule personne participante :

- Recommander au stagiaire de consulter d'autres sources d'informations, comme les autres personnes professionnelles de la santé;
- Faire découvrir les différentes hypothèses;
- Orienter la prise de décision quant aux interventions;
- Contextualiser la situation;
- Demander au stagiaire de faire part de son RC.

Discussion

Cette étude visait à explorer les conceptions du RC des personnes qui supervisent des stages de premier cycle en sciences infirmières et les stratégies qu'elles déploient pour son développement.

De manière générale, les personnes reconnaissent l'importance du RC dans la pratique infirmière, mais leur conception demeure floue. La plupart ne mentionnent que certains éléments du processus, sans en proposer une définition globale. Par exemple, le raisonnement intuitif n'a été mentionné qu'à une seule occasion et le raisonnement narratif n'a pas été nommé (Daniel et al., 2019; Lavoie et al., 2021). D'autres aspects essentiels, comme la perception fine de l'environnement, la communication pour détecter des signaux ou la nature dynamique du RC en interaction avec la personne soignée, n'ont pas été abordés.

Ces résultats rejoignent ceux de Hunter et Arthur (2016), selon lesquels les personnes qui supervisent les stages ont de la difficulté à formaliser leur propre RC, ce qui pourrait expliquer l'hétérogénéité observée. Cette difficulté pourrait en partie s'expliquer par le niveau d'expérience clinique. Dans notre échantillon, cinq participantes avaient moins de cinq ans d'expérience, ce qui peut limiter la profondeur réflexive sur leur propre pratique (Gonzalez et al., 2021). Le manque d'outils de référence dans les milieux cliniques contribue également à ce flou conceptuel (van Wyngaarden et al., 2019).

Les personnes participantes affirment que le RC est essentiel, car il contribue à la pratique infirmière, notamment dans la prise de décisions cliniques, affirmation qui concorde avec ce que de nombreux écrits (Daniel et al., 2019; Gonzalez et al., 2021; Herron et al., 2016; Tanner, 2006) rapportent. Toutefois, cette compétence est majoritairement associée à un passage à l'action immédiate, alors que, dans certains cas, l'inaction ou l'attente pourraient être de mise (Gonzalez et al., 2021; Lavoie et al., 2021). Peu de personnes ont évoqué la priorisation des soins, l'anticipation ou la prévention des complications ou l'importance de la réflexion sur l'action (Tanner, 2006). Par ailleurs, le fait que certaines personnes participantes ne mentionnent pas que la RC contribue à des soins sécuritaires et de qualité ou à l'adaptation des interventions selon la personne soignée et son contexte révèle une vision fragmentée.

Les personnes participantes recourent à une diversité de stratégies pour favoriser le développement du RC, que ce soit en s'adaptant au niveau des stagiaires ou en cherchant à réduire leur stress, des éléments favorables à l'apprentissage (Herron et al., 2016). L'encouragement à effectuer des recherches vise souvent à combler un manque perçu de connaissances de la spécialité clinique et à

enseigner la collecte des données nécessaires à l'exercice d'un RC (Tanner, 2006). Toutefois, le suivi des apprentissages découlant de ces recherches est rarement mentionné.

Le questionnement est fréquemment utilisé pour enrichir les connaissances des stagiaires et la collecte de données. S'il est reconnu pour stimuler le RC (Gonzalez et al., 2021; Jessee et al., 2023; Merisier et al., 2018), le questionnement se limite souvent au rappel de l'information, un engagement cognitif jugé faible (Phillips et al., 2017). Il serait préférable de privilégier des questions favorisant l'analyse, la synthèse et le jugement clinique (Gonzalez et al., 2021). Des formations sur le questionnement socratique sont une piste d'amélioration à envisager (Audétat et Laurin, 2018).

Par ailleurs, les discussions informelles sur les situations de soins soutiennent le développement du RC (Gonzalez et Nielsen, 2024). Rarement sont utilisées des méthodes plus structurées, comme des études de cas ou des mises en situation, alors qu'elles permettraient de consolider les liens entre la théorie et la pratique (Gonzalez et Nielsen, 2024). La présentation de cas cliniques, bien que mentionnée par certaines personnes participantes, est très rarement utilisée. Cependant, l'exposition à une diversité de cas, utilisée traditionnellement pour faciliter le développement du RC, n'est pas suffisante en soi. Elle doit s'accompagner de stratégies pédagogiques directement axées sur le RC, des stratégies qui placent les stagiaires au cœur de leurs apprentissages (van Wyngaarden et al., 2019).

Fait préoccupant, une seule personne a mentionné le recours à une stratégie reconnue comme efficace (le modèle SNAPPS) pour soutenir le développement du RC. Aucune autre n'a évoqué des stratégies éprouvées, comme la pensée à voix haute (Burbach et al., 2015), le modelage de rôle (Jessee et al., 2023), la méthode des « cinq minutes » (Bott et al., 2011), la méthode SNAPPS, ou sa version (SNAPPS-A) adaptée au contexte infirmier (Lechasseur et al., 2021), ou encore le compagnonnage cognitif (Deschênes et al., 2018). Pourtant, l'intégration systématique de telles approches constitue un levier important pour favoriser le développement du RC.

Plusieurs obstacles à la mise sur pied de ces stratégies en milieux de stage ont été spontanément évoqués par les personnes participantes, même s'ils ne faisaient pas l'objet de la présente étude : le manque de temps, la surcharge de travail et l'absence d'un cadre structuré pour guider la supervision du RC. Le flou conceptuel entourant le RC, mentionné précédemment, semble également freiner la mise en œuvre de stratégies pédagogiques et évaluatives ciblées (Brown Tyo et McCurry, 2019). Ces constats rejoignent ceux de Goudreau et al. (2014) qui rappellent que, sans encadrement particulier, le RC risque d'être relégué au second plan au profit des tâches techniques jugées plus urgentes.

À l'instar des constats de Hunter et Arthur (2016), cette étude montre que les personnes participantes ont du mal à évaluer le RC des stagiaires, mais surtout à cerner les difficultés dans le développement et l'exercice de RC. Ces dernières sont souvent réduites à des lacunes au niveau des connaissances, alors que les difficultés résultent généralement d'un usage inadéquat des données disponibles, malgré une base de connaissances adéquate (Audétat et al., 2017). Malgré cela, les personnes participantes ont recours au questionnement pour valider, entre autres, les connaissances des stagiaires, ce qui pourrait leur permettre de distinguer un manque de connaissances d'une difficulté à exercer le RC. Or, la distinction entre les deux n'a pas été mentionnée de manière explicite.

Bien que le RC infirmier présente des distinctions notables avec le RC en médecine (Vreugdenhil et al., 2023), le cadre conceptuel développé par Audétat et al. (2011a, 2011b) pour cerner les problèmes de RC offre un éclairage intéressant. Le fait que les personnes participantes ne soient pas en mesure de soulever des difficultés, comme la vision en tunnel ou les biais d'ancrage, témoigne d'un manque de connaissances de ces enjeux (Audétat et Laurin, 2018). Une formation axée sur le RC s'impose pour mieux outiller les personnes qui supervisent des stages et leur permettre d'exercer un raisonnement

pédagogique (Audétat et Caire Fon, 2018). Elles seraient ainsi plus aptes à comprendre la nature des difficultés, à établir un diagnostic pédagogique et à prendre les mesures de remédiation appropriées.

Forces et limites

Cette étude a permis d'explorer un sujet peu documenté. Elle a le mérite de souligner les besoins de formation et de soutien des personnes qui supervisent des stagiaires en sciences infirmières. Elle montre également la nécessité d'offrir un encadrement structuré et des outils pour favoriser le développement du RC en contexte de stage.

Parmi les limites de l'étude, notons le nombre restreint de personnes participantes qui, d'ailleurs, proviennent d'une même région, ce qui peut nuire à la transférabilité des résultats. De plus, les données recueillies reposent sur les perceptions des stratégies que les personnes estiment mettre en œuvre. Une observation directe en contexte clinique aurait permis de mieux cerner les pratiques réellement déployées. Enfin, l'analyse des données a été effectuée conjointement par la chercheuse principale et une professionnelle de recherche ne provenant pas du milieu infirmier. Bien que toutes deux aient visé l'adoption d'une posture réflexive et neutre, leurs trajectoires et bagages respectifs ont pu influencer l'interprétation des résultats.

Conclusion

Les résultats de l'étude confirment que le soutien au développement du RC en stage clinique représente un réel défi pour les personnes qui supervisent. Faiblement outillées sur les plans théorique et pédagogique, plusieurs d'entre elles semblent avoir une conception limitée du RC, ce qui réduit leur capacité à cibler des stratégies efficaces. Si certaines pratiques sont alignées avec les recommandations de la littérature scientifique, elles sont souvent mises en œuvre de façon intuitive plutôt que systématique.

Des lacunes ont également été observées dans la détermination des difficultés de RC et dans la mise en place de mesures de remédiation adéquates. Ces constats mettent en évidence la nécessité de proposer des formations ciblées à l'intention des personnes qui supervisent des stagiaires pour les aider à intégrer des modèles de RC ou de jugement clinique, à utiliser des stratégies pédagogiques validées et à reconnaître les difficultés propres au RC. Non seulement ces formations permettraient de mieux structurer la supervision, mais elles rehausseraient la qualité de la formation clinique en sciences infirmières.

Références

- Audétat, M.-C., Laurin, S. et Sanche, G. (2011a). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique : I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale*, 12(4), 223–229. <https://doi.org/10.1051/pmed/2011109>
- Audétat, M.-C., Laurin, S. et Sanche, G. (2011b). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique : II. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du recueil initial des données et de la génération d'hypothèses. *Pédagogie Médicale*, 12(4), 231–236. <https://doi.org/10.1051/pmed/2011110>
- Audétat, M.-C. et Caire Fon, N. (2018). Aider les étudiants en difficulté. Dans T. Pelaccia (dir.), *Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche?* (p. 161–183). De Boeck Supérieur.
- Audétat, M.-C. et Laurin, S. (2018). Superviser l'apprentissage du raisonnement clinique. Dans T. Pelaccia (dir.), *Comment (mieux) superviser les étudiants en sciences de la santé dans leurs stages et dans leurs activités de recherche?* (p. 111–128). De Boeck Supérieur.
- Audétat, M.-C., Laurin, S., Dory, V., Charlin, B. et Nendaz, M. (2017). Diagnostic et prise en charge des difficultés de raisonnement clinique. Guide AMEE no 117 (version courte). *Pédagogie Médicale*, 18(3), 129–138. <https://doi.org/10.1051/pmed/2018012>
- Bott, G., Mohide, E. A. et Lawlor, Y. (2011). A clinical teaching technique for nurse preceptors: The five minute preceptor. *Journal of Professional Nursing*, 27(1), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.09.009>
- Bradshaw, C., Atkinson, S. et Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, 1–8. <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>
- Brown Tyo, M. et McCurry, M. K. (2019). An integrative review of clinical reasoning teaching strategies and outcome evaluation in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 40(1), 11–17. <https://doi.org/10.1097/01.Nep.0000000000000375>
- Burbach, B., Barnason, S. et Thompson, S. A. (2015). Using “think aloud” to capture clinical reasoning during patient simulation. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 12(1), 1–7. <https://doi.org/doi:10.1515/ijnes-2014-0044>
- Cook, D. A., Stephenson, C. R., Gruppen, L. D. et Durning, S. J. (2023). Management reasoning: Empirical determination of key features and a conceptual model. *Academic Medicine*, 98(1), 80–87. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000004810>
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (3^e éd.). SAGE Publications.
- Creswell, J. W. (2015). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (5^e éd.). Pearson.
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2024). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (5^e éd.). SAGE Publications

- Daniel, M., Rencic, J., Durning, S. J., Holmboe, E., Santen, S. A., Lang, V., Ratcliffe, T., Gordon, D., Heist, B., Lubarsky, S., Estrada, C. A., Ballard, T., Artino, A. R., Jr., Da Silva, A. S., Cleary, T., Stojan, J. et Gruppen, L. D. (2019). Clinical reasoning assessment methods: A scoping review and practical guidance. *Academic Medicine*, 94(6), 902–912. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002618>
- Deschênes, M.-F., Boyer, L., Fernandez, N. et Goudreau, J. (2018). Le compagnonnage cognitif : une approche pédagogique à explorer pour le développement du raisonnement à explorer pour le développement du raisonnement clinique infirmier? *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 4(2), Article 5. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1156>
- Deschênes, M.-F. (2021). Le raisonnement clinique : regards rétrospectif et prospectif sur le concept. *Pédagogie Médicale*, 22(4), 195–197. <https://doi.org/10.1051/pmed/2021020>
- Deschênes, M.-F. et Goudreau, J. (2020). L'apprentissage du raisonnement clinique infirmier dans le cadre d'un dispositif éducatif numérique basé sur la concordance de scripts. *Pédagogie Médicale*, 21(3), 143–157. <https://doi.org/10.1051/pmed/2020041>
- Falender, C. A. et Shafranske, E. P. (2021). *Clinical supervision: a competency-based approach* (2^e éd.). American Psychological Association.
- Gonzalez, L. (2018). Teaching clinical reasoning piece by piece: A clinical reasoning concept-based learning method. *Journal of Nursing Education*, 57(12), 727–735. <https://doi.org/10.3928/01484834-20181119-05>
- Gonzalez, L. et Nielsen, A. (2024). An integrative review of teaching strategies to support clinical judgment development in clinical education for nurses. *Nurse Education Today*, 133, 106047. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106047>
- Gonzalez, L., Nielsen, A. et Lasater, K. (2021). Developing students' clinical reasoning skills: A faculty guide. *Journal of Nursing Education*, 60(9), 485–493. <https://doi.org/10.3928/01484834-20210708-01>
- 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(1), Article 4. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1009>
- Herron, E., K., Sudia, T., Kimble, L. P. et Davis, A. H. (2016). Prelicensure baccalaureate nursing students' perceptions of their development of clinical reasoning. *Journal of Nursing Education*, 55(6), 329–335. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160516-05>
- Hunter, S. et Arthur, C. (2016). Clinical reasoning of nursing students on clinical placement: Clinical educators' perceptions. *Nurse Education in Practice*, 18, 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.03.002>
- Jessee, M. A., Nielsen, A., Monagle, J., Gonzalez, L., Lasater, K. et Dickison, P. (2023). A national report on clinical judgment model use in prelicensure nursing curricula. *Nursing Education Perspectives*, 44(1), 4–10. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000001062>

- Klenke-Borgmann, L., Cantrell, M. A. et Mariani, B. (2020). Nurse educators' guide to clinical judgment: A review of conceptualization, measurement, and development. *Nursing Education Perspectives*, 41(4), 215–221. <https://doi.org/10.1097/01.nep.0000000000000669>
- Lavoie, P., Deschênes, M.-F., Richard, V., Pepin, J., Tanner, C. A. et Lasater, K. (2021). Traduction et adaptation d'un modèle du jugement clinique infirmier pour la recherche et la formation infirmière en contexte francophone. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 7(2), Article 4. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1272>
- Lavoie, P., Pepin, J. et Cossette, S. (2017). Contribution of a reflective debriefing to nursing students' clinical judgment in patient deterioration simulations: A mixed-methods study. *Nurse Education Today*, 50, 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.12.002>
- Lechasseur, K., Hegg, S., Gagnon, J., Gagnon, M.-P. et Goudreau, J. (2021). Développement du raisonnement clinique chez des étudiantes en sciences infirmières par la méthode SNAPPS-A : une étude pilote. *Pédagogie Médicale*, 22(4), 167–176. <https://doi.org/10.1051/pmed/2021022>
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*. Presses de l'Université du Québec.
- Merisier, S., Larue, C. et Boyer, L. (2018). How does questioning influence nursing students' clinical reasoning in problem-based learning? A scoping review. *Nurse Education Today*, 65, 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.006>
- Phillips, N. M., Duke, M. M. et Weerasuriya, R. (2017). Questioning skills of clinical facilitators supporting undergraduate nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 4344–4352. <https://doi.org/10.1111/jocn.13761>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4%3C334::aid-nur9%3E3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4%3C334::aid-nur9%3E3.0.co;2-g)
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- van Wyngaarden, A., Leech, R. et Coetzee, I. (2019). Challenges nurse educators experience with development of student nurses' clinical reasoning skills. *Nurse Education in Practice*, 40, 102623. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102623>
- Vreugdenhil, J., Somra, S., Ket, H., Custers, E. J. F. M., Reinders, M. E., Dobber, J. et Kusurkar, R. A. (2023). Reasoning like a doctor or like a nurse? A systematic integrative review. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1017783>
- Wong, S. H. V. et Kowitlawakul, Y. (2020). Exploring perceptions and barriers in developing critical thinking and clinical reasoning of nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 95, 104600. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104600>