

RECOMMANDATIONS SUR LES STAGES CLINIQUES

DANS LA FORMATION INFIRMIÈRE INTÉGRÉE

OCTOBRE 2009



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

RAPPORT DU COMITÉ D'EXPERTS
SUR LES STAGES CLINIQUES



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Recommandations sur les stages cliniques dans la formation infirmière

Rapport du Comité d'experts sur les stages cliniques

octobre 2009

RAPPORT DU COMITÉ D'EXPERTS SUR LES STAGES CLINIQUES

Révision linguistique

Claire Saint-Georges

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-3770

Ce document est disponible sur le site Web de l'Ordre à l'adresse suivante :
www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2009
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
ISBN 978-2-89229-489-7 (version imprimée)
ISBN 978-2-89229-490-3 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009
Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ,
le féminin est utilisé uniquement pour alléger la présentation.

Membres du Comité d'experts sur les stages cliniques

Présidente du comité

St-Pierre, Liette, M. Sc. inf., Ph. D. (éducation)
Professeure
Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières

Milieux d'enseignement

Buck, Madeleine, M. Sc. inf.
Directrice adjointe
École des sciences infirmières
Université McGill

Larue, Caroline, B. Sc. inf., Ph. D. (psychopédagogie)
Professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Vincent, Francine, B. Sc. inf., Diplôme 2^e cycle en santé au travail
Coordonnatrice, Département des soins infirmiers
Collège François-Xavier-Garneau

Secteurs cliniques

Charbonneau, Karine, B. Sc. inf.
Infirmière clinicienne
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Gélinas, Julie, B. Sc. inf., M. Sc. éd.
Conseillère en soins infirmiers spécialisés
CSSS Haut-Richelieu–Rouville

Plourde, Pauline, B. Sc. inf., M. Sc. éd.
Directrice des soins infirmiers et de la prévention-promotion
CSSS Pierre-Boucher

Personnes-ressources de l'OIIQ

Lauzier, Madeleine, M. Sc. inf., M.B.A.
Directrice-conseil
Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Leprohon, Judith, Ph. D.
Directrice scientifique
Direction scientifique
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Le 14 septembre 2009

Madame Gyslaine Desrosiers
Présidente de l'OIIQ

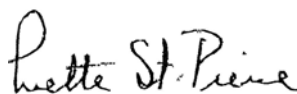
Madame la Présidente,

C'est avec plaisir, à titre de membres du Comité d'experts sur les stages, que nous vous transmettons notre rapport.

Conformément au mandat que le Conseil d'administration de l'Ordre nous a confié le 20 juin 2008, nous vous soumettons les recommandations qui découlent de nos travaux.

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée en nous donnant ce mandat.

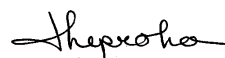
Veuillez agréer, Madame la Présidente, l'expression de nos meilleurs sentiments.



Liette St-Pierre
Présidente



Madeleine Lauzier
Coordonnatrice



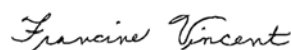
Judith Leprohon
Membre



Madeleine Buck
Membre



Caroline Larue
Membre



Francine Vincent
Membre



Karine Charbonneau
Membre



Julie Gélinas
Membre



Pauline Plourde
Membre

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	iii
RECOMMANDATIONS EN BREF	v
INTRODUCTION	1
1. MISE EN PLACE DU COMITÉ D'EXPERTS SUR LES STAGES	2
1.1 Contexte.....	2
1.2 Mandat	3
2. DIFFICULTÉS RELATIVES AUX STAGES DANS LA FORMATION INFIRMIÈRE	4
2.1 Réduction du nombre d'heures de stage	4
2.1.1 Places de stage.....	4
2.1.2 Partage entre les ordres d'enseignement du développement des compétences et des domaines de soins et conséquence sur les places de stage	4
2.1.3 Développement des programmes clientèles et impact sur les places de stage	5
2.2 Difficultés relatives à l'encadrement des stagiaires	5
2.3 Recours inégal aux activités complémentaires	6
2.4 Stages à l'étranger	6
3. RÔLE DES STAGES DANS LA FORMATION INFIRMIÈRE	7
3.1 Objectifs visés par les stages	7
3.2 Compétences à développer en stage	7
3.3 Contribution des stages au processus d'apprentissage des infirmières	8
3.4 Importance de l'encadrement des stagiaires	9
3.5 Contribution des activités complémentaires aux stages	9

4.	PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	11
4.1	Heures de stage.....	11
4.2	Clientèles ciblées par les stages.....	12
4.2.1	Stage en médecine-chirurgie	12
4.2.2	Stage en périnatalité	13
4.2.3	Stage en gériatrie.....	13
4.2.4	Stage en santé mentale	13
4.3	Encadrement des stagiaires	14
4.4	Activités complémentaires	15
4.5	Stages à l'étranger.....	16
5.	CONCLUSION	17
	RÉFÉRENCES.....	19
ANNEXE 1	Nombre d'heures de stage par domaine en milieu collégial.....	21
ANNEXE 2	Heures de stage.....	22
ANNEXE 3	Stages à l'étranger pendant la formation collégiale	23
ANNEXE 4	Regroupement des éléments du mandat du Comité d'experts sur les stages cliniques dans le programme de formation infirmière intégrée	24
ANNEXE 5	Difficultés relatives aux stages.....	25
ANNEXE 6	Les stages en sciences infirmières	26

SOMMAIRE

À la demande du Comité de la formation des infirmières, le Conseil d'administration de l'OIIQ a confié au Comité d'experts sur les stages¹ le mandat de proposer des orientations pour les stages dans le programme de formation infirmière intégrée (DEC-BAC) afin de résoudre les difficultés éprouvées par les établissements d'enseignement. La principale difficulté est liée aux places de stage : une étude menée par le Comité de la formation des infirmières² montre que 63 % des 27 collèges participant à l'étude ne réussissent pas à offrir toutes les heures de stage prévues au programme-cadre ministériel (programme d'études techniques Soins infirmiers 180.A0).

Cette étude sur les stages met en évidence des difficultés relatives à la réalisation du nombre d'heures de stage prévues de même qu'à l'encadrement des stagiaires. Il est évident que la logique sur laquelle reposaient les décisions relatives aux lieux de stage prises lors de la révision des programmes de formation des infirmières en 2000, ne correspond plus à la réalité actuelle des contextes de soins. La transformation du réseau de la santé fait en sorte que les soins se déplacent vers la communauté, réduisant l'accès aux stages en médecine-chirurgie (principaux lieux de stage), car la clientèle de ce domaine de soins est moins nombreuse dans les centres hospitaliers.

Par ailleurs, concernant l'encadrement des stagiaires, les établissements d'enseignement ont de plus en plus de mal à recruter des infirmières capables de jouer ce rôle principalement en raison de la pénurie. En plus de compromettre la qualité de l'encadrement des stagiaires, cette difficulté a souvent un impact direct sur le nombre de places de stage, car faute de personnel d'encadrement, les stages ne peuvent pas être effectués.

Devant la difficulté à trouver des places de stage, certains collèges cherchent à remplacer les activités de stage par d'autres activités comme des laboratoires. Qui plus est, certains collèges offrant des stages à l'étranger³ créditent les heures effectuées dans le cadre de ces stages qui sont parfois réalisés dans des contextes fort différents de ceux du Québec.

Ces faits nous incitent à nous poser la question suivante : comment les stages, effectués dans le cadre de la formation initiale⁴, contribuent-ils au développement des compétences qui permettront aux infirmières d'exercer en toute sécurité les activités qui leur sont confiées en vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*?

Le Comité d'experts sur les stages est d'avis que les stages jouent un rôle déterminant dans la formation des infirmières et que tout doit être mis en œuvre pour que les étudiantes infirmières soient exposées à une diversité de situations de soins et de clientèles pendant leurs stages. Les recommandations qui suivent portent sur les actions à entreprendre afin que les stages contribuent de façon optimale à la formation des infirmières au Québec.

¹ Dans ce texte, le mot « stages » fait référence aux stages cliniques.

² Comité de la formation des infirmières (2008).

³ Communément appelés stages internationaux.

⁴ Il s'agit de la formation menant au permis d'exercice, soit les trois premières années de la formation infirmière intégrée ou le baccalauréat initial.

RECOMMANDATIONS EN BREF

1. ÉTABLIR COMME MINIMUM 1 035 HEURES DE STAGE À EFFECTUER AU COURS DES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE LA FORMATION INFIRMIÈRE INTÉGRÉE

Les infirmières apprennent en agissant et en accomplissant des actes concrets dans des situations réelles de soins. Les stages sont donc une activité déterminante dans la formation des infirmières.

Comme le but des stages est de permettre aux infirmières d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer en toute sécurité les activités qui leur sont confiées en vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, il est important que les programmes de formation les exposent à une diversité de situations de soins et de clientèles.

Le Comité d'experts considère que 1 035 heures constituent le minimum d'heures de stage qui doivent être offertes pendant les trois premières années du programme de formation infirmière intégrée⁵. Il serait souhaitable d'ajouter des heures d'exposition clinique en élaborant des stages d'intégration et en favorisant et soutenant l'externat.

2. RÉPARTIR LES HEURES DE STAGE COMME SUIT :

- 720 heures en médecine-chirurgie, y compris la pédiatrie;
- 75 heures en périnatalité;
- 120 heures en gériatrie;
- 120 heures en santé mentale.

Les stages sont l'occasion d'expérimenter divers modes d'intervention auprès de clientèles de tous âges et dans une diversité de milieux d'exercice de la profession d'infirmière.

Une grande partie des heures de stage doivent être effectuées en médecine-chirurgie pour permettre l'acquisition de l'ensemble des compétences initiales de même que l'autonomie des infirmières et l'exercice du leadership.

Toutefois, trois clientèles requièrent des stages ciblés en raison de la spécificité des interventions qui leur sont propres : c'est le cas de la périnatalité, de la gériatrie et de la santé mentale.

⁵ Cette recommandation qui vise le programme de formation initiale est présentement appliquée par les universités qui offrent le baccalauréat initial.

3. *RENFORCER LA COLLABORATION ENTRE LES MILIEUX CLINIQUES ET LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT POUR L'ENCADREMENT DES STAGIAIRES EN PRIVILÉGIANT UN MODÈLE DE TRIADE : STAGIAIRE JUMELÉE À UNE INFIRMIÈRE DU MILIEU CLINIQUE ET SUPERVISÉE PAR UNE INFIRMIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT*

Il est reconnu que l'encadrement des stagiaires est l'un des facteurs influençant la qualité des stages. Aussi, les infirmières qui assument ce rôle crucial doivent être compétentes, disponibles et formées pour exercer ce type de fonction.

Les modes d'encadrement des stagiaires doivent être revus de manière à ce que les stagiaires puissent se déplacer vers les clientèles. Les modes traditionnels (six ou sept stagiaires pour une infirmière) sont de moins en moins possibles, car les clientèles se trouvent souvent dans des lieux autres que les centres hospitaliers. Aussi, les modes d'encadrement doivent tendre vers des modèles s'apparentant à une triade, ce qui nécessite un partenariat entre les établissements d'enseignement et les milieux cliniques qui devront continuer de participer étroitement à l'encadrement des stagiaires et être bien préparés pour ce faire.

À ce chapitre, les milieux cliniques doivent offrir un environnement propice à l'apprentissage des stagiaires et instaurer une culture de stage et d'organisation apprenante.

4. *CRÉER UN RÉPERTOIRE D'ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES, À PARTIR DE DONNÉES PROBANTES, AFIN D'ENRICHIR LA PRÉPARATION DES STAGES, LEUR RÉALISATION ET LE RETOUR SUR LES EXPÉRIENCES CLINIQUES*

La contribution des activités complémentaires aux stages, c'est-à-dire les activités qui aident à préparer les stages, à les soutenir en cours de réalisation et à faire les retours sur les expériences cliniques, est de plus en plus reconnue et les projets sur le sujet donnent des résultats très intéressants. En effet, ces activités contribuent à enrichir les stages et permettent de tirer le maximum de la formation sans toutefois se substituer aux stages puisqu'elles ne peuvent pas remplacer les situations réelles de soins. Plusieurs chercheurs étudient ces activités.

Étant donné la contribution significative des activités complémentaires aux stages, les établissements d'enseignement bénéficieraient d'un répertoire d'activités à intégrer aux activités pédagogiques telles que des simulations, des études de cas et des schématisations.

5. *RECONNAÎTRE UNIQUEMENT AU NOMBRE DES HEURES DE STAGE CRÉDITÉES LES STAGES À L'ÉTRANGER QUI REMPLISSENT LES MÊMES CRITÈRES QUE LES STAGES EFFECTUÉS AU QUÉBEC : COMPÉTENCES VISÉES, CLIENTÈLES COMPARABLES ET MILIEUX DE SOINS SEMBLABLES*

Les stages à l'étranger peuvent être reconnus comme heures de stage pourvu qu'ils répondent aux mêmes critères que les stages effectués au Québec.

INTRODUCTION

Produit dans le cadre du mandat confié par le Conseil d'administration de l'OIIQ à la demande du Comité de la formation des infirmières, ce rapport présente des recommandations destinées à guider la planification et la réalisation des stages à effectuer au cours des trois premières années de la formation infirmière intégrée au Québec. Ces recommandations s'appliquent également à la formation au baccalauréat initial.

Élaborées par un comité d'experts qui s'occupent activement des stages des infirmières en formation, ces recommandations visent à bien cerner et définir le rôle des stages dans la formation des infirmières.

La première section explique la mise en place du Comité d'experts sur les stages tandis que la deuxième présente les liens établis entre les difficultés concernant les stages et l'évolution des contextes de soins.

La section 3 précise le rôle des stages dans la formation de l'infirmière en abordant les objectifs visés par les stages, les compétences à développer, la contribution des stages au processus d'apprentissage des infirmières, l'encadrement des stagiaires et les activités complémentaires aux stages.

La section 4 présente des perspectives liées aux stages de même que les recommandations qui en découlent. Cette section traite des heures de stage, des clientèles ciblées par les stages, de l'encadrement des stagiaires, des activités complémentaires et des stages à l'étranger.

Enfin, la conclusion souligne l'importance d'actualiser les recommandations afin de préserver la qualité de la formation des infirmières.

1. MISE EN PLACE DU COMITÉ D'EXPERTS SUR LES STAGES

1.1 Contexte

Au cours de l'année 2007-2008, le Comité de la formation des infirmières a examiné l'évolution du programme de formation infirmière intégrée (DEC-BAC) sous l'angle du partage des compétences entre les ordres d'enseignement collégial et universitaire, et ce, par le biais des stages. L'étude a été menée grâce à la participation volontaire des collèges et des universités qui offrent le programme. Un questionnaire leur a été adressé et 27 collèges sur 42 (64 %) et 6 universités sur 9 (66 %) y ont répondu.

Les résultats de l'étude mettent en évidence des difficultés importantes, éprouvées par les collèges, dans l'exécution des stages. La plus importante est reliée aux lieux de stage : une grande disparité dans les heures et les domaines est observée (Annexe 1). De plus, 63 % des collèges participants n'offrent pas les 1 035 heures de stage établies dans le programme-cadre de formation en soins infirmiers (Annexe 2).

Une autre préoccupation importante concerne la formation en santé mentale. En effet, une grande disparité (de 0 à 144 heures) existe également dans les heures consacrées aux stages en santé mentale, quand elles ne sont pas carrément inexistantes! De plus, l'étude sur les stages montre que les heures sont parfois effectuées auprès de clientèles en psychogériatrie ou en déficience intellectuelle.

Enfin, dix des collèges participants (37 %) offrent des stages à l'étranger (Annexe 3). Les heures varient de 48 à 165 et elles sont généralement reconnues à titre de stages en médecine-chirurgie. Or, certains de ces stages sont effectués dans des contextes de soins très différents de ceux du Québec, ce qui ne permet pas d'acquérir les compétences ciblées par les stages prévus au programme.

Ces constatations ont attiré l'attention du Comité de la formation des infirmières qui a adressé un avis au Bureau de l'OIIQ (devenu depuis le Conseil d'administration) le 20 juin 2008 demandant :

« [...] qu'un comité d'experts sur les stages soit formé pour étudier les écarts observés dans la répartition des heures de stage, les difficultés de réalisation des stages cliniques, la reconnaissance des heures de laboratoire dans les heures de stage et la pertinence des stages internationaux. S'il y a lieu, le comité proposera des orientations qui assureront l'atteinte des compétences visées par le programme de formation infirmière intégrée ».

1.2 Mandat

C'est dans ce contexte qu'un Comité d'experts sur les stages, dont les membres ont été choisis pour leur connaissance des stages et leur représentativité des principales instances concernées par les stages, s'est vu confier le mandat suivant :

- décrire le contexte actuel et futur de réalisation des stages cliniques;
- déterminer les domaines cliniques où les stages sont essentiels au développement des compétences en soins infirmiers;
- décrire les défis dans la réalisation des stages compte tenu des difficultés observées et des futurs contextes de soins;
- par rapport à ces défis, établir les principales caractéristiques des stages et les facteurs de succès concernant les buts, l'encadrement et les modalités de réalisation;
- examiner l'utilisation des places de stage et, au besoin, trouver des méthodes alternatives et complémentaires aux activités de stages cliniques;
- explorer le développement du leadership et de la coordination des équipes de soins dans un contexte de stage;
- et analyser la pertinence des stages à l'étranger;

afin de proposer des orientations et des conditions d'exécution des stages cliniques.

Pour atteindre ce but, les éléments du mandat ont été regroupés (Annexe 4) en deux catégories, soit :

- la nature des stages, c'est-à-dire leur contribution au développement des compétences dans la formation des infirmières;
- les conditions d'exécution des stages, notamment l'organisation et l'encadrement.

2. DIFFICULTÉS RELATIVES AUX STAGES DANS LA FORMATION INFIRMIÈRE

Réduction du nombre d'heures de stage dans plusieurs milieux, difficultés d'encadrement des stagiaires, inégalité entre les établissements d'enseignement dans l'utilisation des activités complémentaires aux stages, telles sont les principales difficultés concernant les stages dans la formation infirmière. Les stages à l'étranger en font également partie.

2.1 Réduction du nombre d'heures de stage

2.1.1 Places de stage

L'Étude sur l'évolution du programme de la formation infirmière intégrée précédemment citée montre sans équivoque des difficultés importantes relatives au nombre de places de stage. Faute de places, plus de la moitié (63 %) des collèges participant à l'étude ne réussissent pas à offrir toutes les heures de stage prévues au programme. En effet, comme le montre l'étude, ces heures varient de 890 heures à 1 148 heures et certains collèges (30 %) tentent de remédier à la situation en remplaçant des heures de stage par des heures de laboratoire pouvant aller jusqu'à 145 heures.

2.1.2 Partage entre les ordres d'enseignement du développement des compétences et des domaines de soins et conséquence sur les places de stage

La répartition des domaines de soins entre les ordres d'enseignement a été déterminée en 2000 lors de la révision des programmes de formation des infirmières. Au cours de cet exercice, le partage des compétences entre les ordres d'enseignement a été établi comme suit : les collèges se sont vu confier le développement des compétences en soins généraux (médecine-chirurgie) et auprès de la clientèle âgée alors que les universités ont été chargées du développement de compétences plus poussées, notamment celles requises pour intervenir en soins critiques, en santé communautaire et auprès de clientèles présentant des problèmes complexes de santé, par exemple la santé mentale.

La logique du partage des compétences qui reposait alors sur les domaines de soins a entraîné que les stages du programme collégial étaient effectués en soins généraux (médecine-chirurgie), gériatrie, pédiatrie et obstétrique alors que les soins critiques, la santé communautaire et les soins complexes étaient réservés à l'ordre universitaire.

2.1.3 Développement des programmes clientèles et impact sur les places de stage

Au cours des dix dernières années, le réseau de la santé et des services sociaux a connu une réforme importante, notamment en organisant les soins et les services autour des programmes clientèles et en mettant au premier plan les soins de première ligne. Ces changements ont comme résultat un déplacement des soins et des services vers la communauté.

Aussi, les clientèles traditionnellement hospitalisées se retrouvent de plus en plus dans la communauté, dans les soins de première ligne et dans les services ambulatoires ce qui se traduit par une diminution des places de stage. Cette situation peut expliquer en partie l'incapacité de certains établissements d'enseignement d'offrir les heures de stage prévues au programme.

Malgré les efforts notables déployés par les établissements d'enseignement et les milieux cliniques, la planification des places de stage est devenue un casse-tête imposant. La difficulté à recruter les ressources d'encadrement pour les stagiaires est très souvent montrée du doigt. S'ajoutent à ce problème la forte concurrence avec les autres disciplines qui organisent des stages et le manque d'espace pour accueillir les stagiaires (Annexe 5). Ces difficultés se sont accentuées depuis la mise en œuvre du nouveau programme de formation infirmière intégrée. En 2003, le Comité national sur les stages du ministère de l'Éducation a étudié la question à la lumière du Portrait d'ensemble de la situation des stages des programmes de formation de la santé et des services sociaux, produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁶.

2.2 Difficultés relatives à l'encadrement des stagiaires

Les transformations des contextes de soins entraînent également des difficultés dans l'encadrement des stagiaires. Actuellement, deux modes d'encadrement existent : généralement, au niveau collégial, une professeure encadre six ou sept stagiaires alors qu'au niveau universitaire, une stagiaire est encadrée par une infirmière de milieu clinique (habituellement appelée préceptrice) sous la supervision d'une professeure de l'université. Or, suivre les clientèles signifie modifier les modes d'encadrement, car il est inconcevable qu'une infirmière encadre, sans soutien, six ou sept stagiaires réparties dans des lieux différents ou dans des milieux qui ne peuvent pas accueillir plusieurs stagiaires à la fois, tels les soins ambulatoires ou les soins à domicile.

⁶ MSSS (2003).

S'ajoute aux transformations des contextes de soins, la pénurie d'infirmières, tant en milieux cliniques que dans les établissements d'enseignement, ce qui rend de plus en plus difficile le recrutement d'infirmières pour encadrer les stagiaires. Le Comité national sur les stages s'est également penché sur ces difficultés en 2003.

2.3 Recours inégal aux activités complémentaires

Diverses activités complémentaires aux stages sont actuellement utilisées tels les études de cas, les laboratoires et les simulations pour la préparation des stages. Toutefois, nous savons que ces activités complémentaires prennent différentes formes d'un établissement d'enseignement à l'autre en fonction des ressources matérielles et de l'expertise disponibles.

Les activités complémentaires aux stages jouent un rôle important tant dans la préparation des stages que lors des retours sur les expériences de stages mais elles ne peuvent pas remplacer les stages qui sont réalisés dans des situations réelles de soins. Or, l'étude sur les stages nous apprend que huit collèges (3 %) comptent de 10 à 145 heures de laboratoire au nombre des heures de stage créditées.

2.4 Stages à l'étranger

Au fil des ans, pour diverses raisons, certains établissements d'enseignement ont organisé des stages à l'étranger. L'étude sur les stages montre que la durée de ces stages est très variable (de 48 à 165 heures) et qu'ils sont parfois réalisés dans des contextes de soins fort différents de ceux du Québec. De plus, certains établissements d'enseignement admettent ces heures en équivalence d'heures de stage en médecine-chirurgie.

3. RÔLE DES STAGES DANS LA FORMATION INFIRMIÈRE

Cette section aborde les objectifs visés par les stages dans la formation des infirmières, les compétences à développer en stage, la contribution des stages au processus d'apprentissage des infirmières et l'encadrement des stagiaires. En raison de l'importance de leur valeur ajoutée, les activités complémentaires sont également abordées.

Une recension d'écrits réalisée par le Centre d'innovation en formation infirmière (Annexe 6) a servi de référence pour cette section. Les membres du Comité d'experts se sont basés sur cette recension tout en mettant à profit leurs connaissances des stages pour préciser le rôle des stages dans la formation des infirmières.

3.1 Objectifs visés par les stages

La profession d'infirmière est une profession d'action et de pratique : les infirmières apprennent en agissant et en accomplissant des actes concrets dans des situations réelles de soins. Ce contexte d'apprentissage permet le développement du jugement clinique des infirmières et les rend aptes à prendre des décisions cliniques appropriées aux situations de soins.

Aussi, selon le Comité d'experts sur les stages, les stages visent l'apprentissage progressif de la profession au moyen de situations de soins. Les stages sont donc l'occasion d'expérimenter divers modes d'intervention auprès de clientèles de tous âges et dans divers milieux d'exercice de la profession d'infirmière.

3.2 Compétences à développer en stage

La *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière* : compétences initiales⁷ constitue le référentiel des compétences nécessaires pour exercer la profession d'infirmière au Québec. La *Mosaïque* comporte trois axes correspondant aux trois composantes des compétences à développer pour exercer la profession d'infirmière soit :

- la composante fonctionnelle qui regroupe les différents champs de savoirs auxquels l'infirmière se réfère pour intervenir;
- la composante professionnelle qui comprend l'évaluation clinique, les interventions cliniques et la continuité des soins;

⁷ OIIQ (2009).

- la composante contextuelle, qui comprend les compétences génériques se rapportant à des types de situations cliniques, à des caractéristiques de la personne et à un certain nombre de pathologies, d'examens diagnostiques, de traitements et de situations à risque, bref à des situations cliniques auxquelles l'infirmière est couramment exposée au début de sa pratique.

Les stages permettent l'acquisition de ces différentes compétences, en particulier celles de la composante professionnelle et de la composante contextuelle, en exposant les étudiantes à une variété de situations cliniques qui exigent l'intégration de compétences des trois composantes.

Le développement de ces compétences est primordial dans toute formation initiale afin de permettre aux infirmières d'assumer les responsabilités professionnelles liées à leur champ d'exercice, d'accomplir les activités qui leur sont réservées depuis l'entrée en vigueur de la « Loi 90⁸ » et d'exercer leur leadership clinique.

3.3 Contribution des stages au processus d'apprentissage des infirmières

Les membres du Comité d'experts sur les stages s'entendent pour dire que les activités d'intégration que sont les stages constituent un mode d'apprentissage essentiel dans la formation des infirmières. Les stages permettent aux étudiantes de développer et d'intégrer leurs habiletés cognitives, affectives et psychomotrices pour intervenir dans des situations réelles de soins. Elles acquièrent tout au long des stages les compétences requises pour l'exercice de la profession.

Aussi, le Comité d'experts sur les stages est d'avis que les stages sont un moyen indispensable pour préparer les infirmières à l'exercice de la profession.

Entre autres, au cours de leur formation en stage, les infirmières doivent acquérir des compétences pour être en mesure d'évaluer, d'assurer le suivi clinique, de donner des directives, de coordonner les activités de soins des équipes de travail formées de divers intervenants et de travailler au sein d'équipes multidisciplinaires.

De plus, le Comité d'experts sur les stages retient que les principales contributions des stages sont de permettre à l'étudiante :

- de devenir une professionnelle de la santé, d'approfondir sa compréhension du monde infirmier, d'adopter des attitudes professionnelles propres aux soins infirmiers, de prendre conscience des valeurs de l'infirmière et de la dimension éthique de son rôle;

⁸ Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c. 33.

- d'intervenir de manière sécuritaire auprès des patients;
- de traduire les notions théoriques en savoir pratique, de faire appel à des habiletés de pensée critique, de résolution de problèmes et de prise de décisions, en somme de développer son jugement clinique;
- de développer et d'intégrer ses habiletés cognitives, affectives et psychomotrices pour intervenir auprès de personnes en situations réelles, de bien agir, c'est-à-dire de respecter les étapes d'une procédure donnée et d'intervenir de façon efficace dans les délais requis;
- de développer des compétences en matière de relations interpersonnelles;
- d'apprendre à bien gérer son temps et à établir des priorités;
- d'acquérir un leadership clinique en vue de l'exercer dans une équipe de soins ou encore une équipe interdisciplinaire.

3.4 Importance de l'encadrement des stagiaires

Il est reconnu que l'encadrement des stagiaires est l'un des facteurs influençant la qualité des stages. Aussi, les infirmières qui assurent ce rôle crucial doivent être compétentes, disponibles et formées pour exercer ce type de fonction.

Le Comité d'experts sur les stages soutient que l'infirmière qui encadre la stagiaire (professeure ou préceptrice) joue un rôle déterminant dans l'apprentissage, et ce, peu importe le type d'encadrement. Les principales caractéristiques d'une infirmière qui encadre une stagiaire avec efficacité sont la compétence en clinique et en pédagogie, la facilité à établir une relation interpersonnelle avec les stagiaires, les attentes claires envers les stagiaires, la capacité d'évaluer (rétroaction constructive) et de créer un environnement propice à l'apprentissage.

3.5 Contribution des activités complémentaires aux stages

Il est de plus en plus reconnu que des activités préparatoires tels les travaux réalisés en laboratoire et les simulations, des activités de soutien pendant les stages telles les études de cas et les activités de retour sur les apprentissages en stage optimisent l'acquisition des compétences et l'efficacité des stages.

Des études issues des sciences cognitives montrent qu'un savoir/savoir-faire/savoir-être qui n'est pas mis à l'épreuve et qui n'est pas travaillé par l'étudiante est un savoir inerte et, par conséquent, chassé du champ de la conscience⁹.

⁹ Jonnaert (2002); Jonnaert et Vander Borgh (1999); Perrenoud (1997); Tardif (1997).

Aussi, toutes les activités pédagogiques doivent être arrimées aux stages soit pour la préparation, la réalisation ou le retour sur les expériences cliniques. Ce type d'activités contribuent à enrichir les stages et permettent de tirer le maximum de la formation sans toutefois remplacer les stages qui sont réalisés dans des situations réelles de soins.

Les activités qui aident l'étudiante, d'une part, à élaborer, organiser, mémoriser et transférer ses savoirs, son savoir-être et son savoir-faire, et d'autre part, à mobiliser ses ressources en vue d'offrir des soins sécuritaires sont à privilégier car elles contribuent à la préparation aux stages.

De même, d'autres activités sont à favoriser dont celles permettant de maximiser l'apprentissage et d'augmenter la diversité des expériences, par exemple :

- l'apprentissage par raisonnement clinique (ARC) portant sur des problèmes standardisés de santé courants et qui visent à raffiner les habiletés d'évaluation initiale et d'évaluation en cours d'évolution;
- la résolution de problèmes de soins courants de clients suivis en clinique et dont les paramètres physiques (sexe, âge, etc.) sont modifiés afin d'aider l'étudiante à généraliser et discriminer les soins en fonction de changements cliniques ou selon les caractéristiques du client;
- la réalisation de cartes conceptuelles (schématisation) pour aider les étudiantes à organiser les données et à établir des liens entre des catégories de données;
- la coordination des activités de soins visant à développer le leadership;
- l'accompagnement de clientèle ou le suivi clinique pour se familiariser avec les expériences de santé tout au long du continuum de soins et de services;
- l'élaboration d'un portfolio pour soutenir le projet professionnel de l'étudiante et la progression de ses compétences;
- la simulation pour améliorer les connaissances, faciliter l'acquisition des habiletés, diminuer l'anxiété et promouvoir le jugement clinique dans un environnement contrôlé et sécuritaire.

En somme, les activités complémentaires contribuent significativement au processus d'apprentissage des infirmières. Ces activités permettent d'enrichir et d'optimiser les expériences de stages cliniques.

4. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

4.1 Heures de stage

Le phénomène de déplacement des clientèles vers d'autres lieux de soins se poursuivra et fera en sorte que les soins et les services seront de plus en plus offerts dans la communauté. Pour leur part, les hôpitaux accueilleront les clientèles qui ont besoin de soins complexes et de haute technologie. Ainsi, les clientèles ne seront plus concentrées dans un lieu physique.

Même si les lieux traditionnels de stage se sont modifiés avec la transformation des contextes de soins, les stages doivent permettre un contact avec différentes clientèles. Le Comité d'experts sur les stages considère que les 1 035 heures de stage établies dans le programme-cadre constituent le minimum d'heures de stage qui devraient être effectuées pendant tout programme de formation des infirmières. Il importe de noter que la formation au baccalauréat initial doit comprendre, en plus des 1 035 heures de stage, des stages supplémentaires en soins critiques, en santé communautaire et en santé mentale.

Le Comité d'experts sur les stages considère que dans les faits, les trois premières années de la formation infirmière intégrée comprennent peu d'heures de stage et qu'à cet égard il serait souhaitable d'ajouter des heures pour que les infirmières soient prêtes à intégrer des milieux de travail caractérisés par un encadrement réduit et un soutien difficile à maintenir sans parler des soins qui ne cessent de se complexifier.

De plus, étant donné que les résultats des examens d'entrée à la profession montrent les effets positifs de l'externat sur les apprentissages, le Comité d'experts sur les stages est d'avis que l'externat doit être encouragé et soutenu.

Les stages doivent viser le développement des compétences qui ont été définies comme étant nécessaires à l'exercice de la profession. La *Mosaïque des compétences* constitue la référence et toutes les compétences nécessaires à l'intervention doivent être acquises pendant les stages au moyen d'une diversité de situations de soins tels les soins de santé, les soins aigus ou de courte durée (état stable, instable, urgent ou critique), les soins de réadaptation ou de rétablissement, les soins chroniques ou de longue durée et les soins en fin de vie.

Les efforts déployés pour trouver des places de stage doivent se poursuivre. Aussi, comme les tables de concertation régionales sur les stages sont fonctionnelles dans toutes les régions administratives du réseau de la santé et des services sociaux, elles pourraient remplir le mandat de revoir les besoins en matière de places de stage nécessaires dans leur région respective et définir les modalités de révision et de planification des places de stage.

RECOMMANDATION

Établir comme minimum 1 035 heures de stage à effectuer au cours des trois premières années de la formation infirmière intégrée.

4.2 Clientèles ciblées par les stages

Une partie importante des heures de stage doivent viser le développement des compétences nécessaires à l'exercice infirmier dans une diversité de contextes de soins. Celui-ci doit être réalisé en médecine-chirurgie auprès d'adultes et d'enfants. La transférabilité des compétences permet d'intégrer la clientèle pédiatrique aux stages de médecine-chirurgie.

Outre ce stage, certaines clientèles doivent être ciblées de façon précise en raison des particularités des interventions et du développement plus approfondi de certaines compétences. C'est le cas de la périnatalité, la gériatrie et la santé mentale.

Ces quatre stages sont décrits ci-dessous et l'ensemble des stages doit permettre aux stagiaires de progresser vers une plus grande autonomie.

4.2.1 Stage en médecine-chirurgie

Le stage en médecine-chirurgie (adultes et enfants) doit comprendre la plus grande partie des heures de stage (720) et il doit permettre l'acquisition et l'intégration de la majorité des compétences visées par le programme de formation. En raison de sa longueur, ce stage doit permettre d'intégrer les compétences relatives à l'évaluation, au suivi clinique, à la coordination des activités de soins (équipes de travail) et au travail en interdisciplinarité. Vu l'importance de la pharmacovigilance, ce stage doit couvrir toutes les dimensions s'y rapportant.

Également, ce stage doit être un moment privilégié pour développer les compétences requises en fonction de la *Mosaïque des compétences* afin d'intervenir auprès d'une clientèle de tous âges en réadaptation, en fin de vie et de la clientèle atteinte de maladies chroniques qui requiert de plus en plus de soins infirmiers.

4.2.2 Stage en périnatalité

Les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et les nouveau-nés ont besoin d'interventions particulières qui peuvent être apprises uniquement en intervenant auprès de ces clientèles. Ces interventions comprennent la surveillance fœtale, le monitoring maternel pendant le travail, les soins au nouveau-né et à la nouvelle accouchée.

Malgré les difficultés parfois importantes pour trouver des places de stage en périnatalité, un minimum de 75 heures de stage doivent y être consacrées.

4.2.3 Stage en gériatrie

Il est bien connu que les personnes âgées constituent un groupe important de la population et que le phénomène de vieillissement s'accroît. Or, bien que la technologie et l'évolution de la médecine fassent en sorte que bon nombre des personnes âgées vivent en bonne santé, il n'en reste pas moins qu'une bonne proportion de ces personnes, particulièrement celles âgées de plus de 75 ans, présentent de la comorbidité ou des problèmes de santé très complexes et subissent une perte d'autonomie en raison du vieillissement.

Compte tenu de la spécificité des interventions auprès de la personne âgée en perte d'autonomie, un minimum de 120 heures de stage en gériatrie doivent être effectuées. Ce stage doit être l'occasion de développer les compétences requises pour intervenir en psychogériatrie et auprès de la personne âgée en perte d'autonomie de même que dans des situations de pluripathologies.

4.2.4 Stage en santé mentale

L'importance des problèmes de santé mentale¹⁰, l'envergure de la réforme en cours en santé mentale et le rôle essentiel de l'infirmière dans ce domaine rendent le stage en santé mentale absolument indispensable.

En effet, toutes les infirmières dans tous les domaines de pratique sont appelées à donner des soins à des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. Ce stage doit permettre aux infirmières de développer les compétences requises pour intervenir auprès de cette clientèle.

¹⁰ Environ 20 % de la population présente des problèmes de santé mentale et l'Organisation mondiale de la santé estime qu'en 2020 la dépression sera la deuxième cause de morbidité et de mortalité.

Cette formation initiale doit donc préparer les infirmières qui exercent dans les services généraux à dépister les problèmes de santé mentale et les situations à risque, ainsi qu'à intervenir de façon appropriée auprès des personnes pouvant présenter des problèmes de santé mentale ou à les orienter vers d'autres ressources. Pour permettre une exposition clinique dans ce domaine, un minimum de 120 heures de stage doivent être effectuées.

Cette formation constitue le premier niveau d'un continuum de formation en santé mentale. Celle-ci devra respecter les recommandations du Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques. Le mandat de ce comité consiste à : « déterminer l'ensemble des rôles infirmiers, les compétences requises et les programmes de formation en santé mentale et en soins psychiatriques dans le contexte de la réorganisation des services dans ce secteur ».

RECOMMANDATION

Répartir les heures de stage comme suit :

- ***720 heures en médecine-chirurgie, y compris la pédiatrie;***
- ***75 heures en périnatalité;***
- ***120 heures en gériatrie;***
- ***120 heures en santé mentale.***

4.3 Encadrement des stagiaires

L'encadrement des stagiaires constitue un défi de taille, car non seulement faut-il recruter en nombre suffisant des infirmières formées pour assurer l'encadrement des stagiaires mais en plus elles doivent être reconnues et soutenues.

Les stages en milieu clinique demeurent indispensables pour le développement des compétences, notamment celles mettant en cause le jugement clinique et le leadership infirmier. Conséquemment, le partenariat entre les milieux cliniques et les établissements d'enseignement est primordial pour établir les mécanismes permettant de trouver des places de stage et de les attribuer en tenant compte des ressources d'encadrement requises.

Ce partenariat nécessite la participation active des deux parties (milieux cliniques, établissements d'enseignement) dans toutes les activités inhérentes à la formation des infirmières allant de la planification à l'évaluation, en passant par la réalisation des stages. Les deux parties doivent s'assurer que les étudiantes sont bien préparées à leurs stages, que

les objectifs de ceux-ci sont clairs et connus des milieux cliniques, que l'accueil et l'environnement sont propices à l'apprentissage et que les stagiaires sont encadrées par des ressources formées pour ce faire.

Étant donné les transformations des contextes de soins, les stages doivent être effectués là où la clientèle est traitée (ex. : à domicile, soins ambulatoires, etc.). Aussi, les modes traditionnels d'encadrement des stagiaires doivent évoluer vers des modèles de type triade, c'est-à-dire qu'une stagiaire est encadrée par une infirmière du milieu clinique et supervisée par une infirmière d'un établissement d'enseignement.

Certains établissements d'enseignement et milieux cliniques ont développé des moyens originaux pour faire face aux difficultés éprouvées telles des ententes formelles de places de stage et de partage des ressources pour l'encadrement. Par exemple, des milieux cliniques ont créé des postes de conseillère clinique en enseignement dont une des fonctions est d'être responsable des stagiaires.

Ces innovations sont souvent inconnues faute de tribune pour les présenter et les discuter. Il serait souhaitable de développer des mécanismes formels d'échange et, pour ce faire, d'exploiter le réseau existant (colloques, consortium, associations, etc.).

RECOMMANDATION

Renforcer la collaboration entre les milieux cliniques et les établissements d'enseignement pour l'encadrement des stagiaires en privilégiant un modèle de triade : stagiaire jumelée à une infirmière du milieu clinique et supervisée par une infirmière de l'établissement d'enseignement.

4.4 Activités complémentaires

La contribution des activités complémentaires aux stages est de plus en plus reconnue et les projets réalisés dans des collèges sur le sujet donnent des résultats très intéressants. Entre autres, l'évolution de la technologie donne accès à des laboratoires de plus en plus sophistiqués sans parler des activités de simulation et des possibilités offertes par l'informatique.

À ce sujet, plusieurs organismes s'intéressent à la recherche en pédagogie et il s'avère important de mener des recherches pour évaluer les différentes approches liées à la formation pour mieux en comprendre les déterminants.

De plus, en 2007, un Centre d'innovation en formation infirmière a été créé par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal avec la mission de développer, d'évaluer et de diffuser des innovations pour l'enseignement et l'apprentissage de meilleures pratiques de soins à tous les niveaux de formation.

RECOMMANDATION

Créer un répertoire d'activités complémentaires, à partir de données probantes, afin d'enrichir la préparation des stages, leur réalisation et le retour sur les expériences cliniques.

4.5 Stages à l'étranger

Les apprentissages réalisés pendant les stages à l'étranger relativement à la promotion de la santé et aux aspects multiculturels peuvent quelquefois être admis en équivalence des heures de théorie prévues au programme de formation et donner droit à certains crédits.

Toutefois, des critères visant à valider la valeur de ces stages doivent être établis pour les comparer aux stages effectués au Québec : mêmes compétences, clientèles comparables et contextes de soins semblables. Ainsi, les stages à l'étranger qui ne remplissent pas les conditions nécessaires au développement des compétences visées par les stages ne devraient pas être reconnus comme des heures de stage.

RECOMMANDATION

Reconnaître uniquement au nombre des heures de stage créditées les stages à l'étranger qui remplissent les mêmes critères que les stages effectués au Québec : compétences visées, clientèles comparables et milieux de soins semblables.

5. CONCLUSION

Nos recommandations qui portent sur les facteurs déterminant la qualité et l'efficacité des stages reposent sur la prémisse que les stages sont essentiels au développement des compétences des étudiantes infirmières. Ces recommandations visent les instances concernées par la formation des infirmières, soit le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fédération des cégeps, la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec, l'Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières – Région du Québec et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

Le Comité d'experts sur les stages estime que tout doit être fait pour réviser les modalités d'exécution des stages, afin de les ajuster aux nouvelles réalités engendrées par la transformation des contextes de soins, tout en abordant des modèles novateurs de supervision et d'encadrement des stagiaires.

Le partenariat entre les milieux cliniques et les établissements d'enseignement constitue une des pierres angulaires de la qualité de la formation clinique des infirmières. La création d'un environnement propice à l'apprentissage découlera d'un tel partenariat.

Enfin, outre ces recommandations, le Comité d'experts sur les stages recommande que des recherches soient menées pour mieux documenter les activités complémentaires aux stages et l'utilisation des différentes approches pédagogiques.

RÉFÉRENCES

Comité de la formation des infirmières (2008). *Étude sur l'évolution du programme de la formation infirmière intégrée (collégiale et universitaire)*, document non publié, Westmount, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif.

Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique*, Bruxelles, De Boeck Université, coll. « Perspectives en éducation et formation ».

Jonnaert, P., et Vander Borgh, C. (1999). *Créer des conditions d'apprentissage : un cadre de référence socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants*, Bruxelles, De Boeck Université, coll. « Perspectives en éducation et formation ».

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Portrait d'ensemble de la situation des stages des programmes de formation de la santé et des services sociaux*, Québec, MSSS, Direction de la planification et de l'analyse.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales*, 2^e éd., Westmount, OIIQ.

Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*, 2^e éd., Paris, ESF éditeur, coll. « Pratiques et Enjeux pédagogiques ».

Tardif, J. (1997). *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*, rééd., Montréal, Éditions Logiques, coll. « Théories et pratiques dans l'enseignement ».

ANNEXE 1

Nombre d'heures de stage par domaine en milieu collégial

Nombre moyen d'heures de stage par domaine en milieu collégial

Domaines de stage	Nbre de collègues (total = 27)	Nbre d'heures minimum	Nbre d'heures maximum	Moyenne	Ecart type
Médecine et chirurgie	27	225	710	500,1	92,5
Pédiatrie	26	25	180	82,2	30,3
Périnatalité (y compris obstétrique)	26	30	180	78,3	27,0
Milieu scolaire	5	10	110	42,0	43,1
Géronto-gériatrie	25	48	240	133,8	41,9
Santé mentale	26	15	144	113,4	27,0
Soins ambulatoires	19	32	185	110,1	44,6
Soins critiques	4	35	165	89,3	58,6
Soins à domicile	6	35	74	53,2	14,1
Autre domaine	5	5	30	17,0	9,1

Pourcentage moyen d'heures de stage par domaine en milieu collégial

Domaines de stage	Nbre de collègues (total = 27)	% d'heures minimum	% d'heures maximum	Moyenne	Ecart type
Médecine et chirurgie	27	21,7	74,1	50,0	9,1
Pédiatrie	26	2,5	17,9	8,2	2,9
Périnatalité (incl. obstétrique)	26	3,0	18,2	7,8	2,7
Milieu scolaire	5	1,0	10,8	4,1	4,2
Géronto-gériatrie	25	4,9	23,2	13,3	3,9
Santé mentale	26	1,5	15,3	11,3	2,6
Soins ambulatoires	19	3,4	18,8	11,0	4,5
Soins critiques	4	3,4	15,9	8,8	5,7
Soins à domicile	6	3,4	7,7	5,4	1,6
Autre domaine	5	,5	3,0	1,7	,9

Extrait de Comité de la formation des infirmières (2008, p. 28).

ANNEXE 2

Heures de stage

Nombre total d'heures de stage

	Nbre d'établissements	Nbre d'heures minimum	Nbre d'heures maximum	Moyenne	Écart type
Nombre total d'heures de stage en milieu collégial	27	890	1148	1001,1	53,7
Nombre total d'heures de stage en milieu universitaire	6	150	575	330,7	155,3

Heures de stage

Nombre d'heures	Nombre de collèges	Nombre d'universités
1 035	10	
1 035 compensées par laboratoires*	8	
1 000 – 1 034	3	
950 à 999	5	
900 à 949	1	
500 à 599		1
400 à 499		1
300 à 399		1
200 à 299		2
100 à 199		1
Total	27	6

* Heures de laboratoire varient de 10 à 145 heures

Extrait de Comité de la formation des infirmières (2008, p. 10).

ANNEXE 3

Stages à l'étranger pendant la formation collégiale

Stages à l'étranger crédités par les collègues participants

Nombre d'étudiantes	Heures	Milieu	Clientèle	% heures médecine-chirurgie	% heures du programme-cadre (1 035 h)
6	64	Dispensaire : Amérique Centrale	adulte	9	6.1
6	48	Centre de soins : Bordeaux	ambulatoire	9	4.6
6	81	Inconnu : Martinique	adulte	17	7.8
6	165	Centre hospitalier : Suisse	adulte	38	15.9
6-7	120	Inconnu : Sénégal	adulte/enfant	24	11.5
7	105	Inconnu : Sénégal	adulte/enfant	18	10.1
6-12	150	Inconnu : Martinique, Afrique	adulte	27	14.4
12-16	150	Dispensaire : Cameroun	communauté	38	14.4
12	55	Centre hospitalier : Paris	étudiante infirmière	7	5.3
12	75	Centre hospitalier : France	tous âges	14	7.2

Extrait de Comité de la formation des infirmières (2008, p. 12).

ANNEXE 4

Regroupement des éléments du mandat du Comité d'experts sur les stages cliniques dans le programme de formation infirmière intégrée

Nature des stages	Conditions de réalisation
• déterminer les domaines cliniques où les stages sont essentiels au développement des compétences en soins infirmiers • explorer le développement du leadership et de la coordination des équipes de soins dans un contexte de stage • au besoin, trouver des méthodes alternatives et complémentaires aux activités de stages cliniques • analyser la pertinence des stages à l'étranger	• décrire le contexte actuel et futur de réalisation des stages cliniques • décrire les défis dans la réalisation des stages compte tenu des difficultés observées et des futurs contextes de soins • examiner l'utilisation des places de stage • établir les principales caractéristiques des stages et les facteurs de succès concernant les buts, l'encadrement et les modalités de réalisation

ANNEXE 5

Difficultés relatives aux stages

« Des difficultés ont été signalées par les répondants. Pour les collègues, la principale difficulté mentionnée est la disponibilité des places de stage, particulièrement en pédiatrie, en périnatalité et en santé mentale. Les autres difficultés se résument comme suit :

- éloignement des milieux ou grand territoire;
- manque d'espace;
- concurrence avec les autres stagiaires pour les places de stage;
- collaboration déficiente des milieux cliniques, notamment en ce qui a trait à l'accueil, à l'accompagnement et à l'organisation;
- refus des patients d'être traités par des stagiaires;
- difficulté à recruter des enseignantes, des superviseurs ou des monitrices;
- ratio étudiantes/professeure élevé en raison du manque de ressources humaines et financières;
- exigences mêmes du stage;
- lourdeur de la clientèle;
- disparité entre les milieux de stage pour un même stage, notamment en soins ambulatoires;
- en préparation aux stages : désuétude des moyens pédagogiques, absence de nouvelles technologies ou de laboratoires de simulation.

Trois universités sur six soulignent également les difficultés relatives aux places de stage, à la concurrence avec les autres stagiaires et au recrutement des superviseurs ou monitrices de stage. »

ANNEXE 6
Les stages en sciences infirmières

Recension d'écrits préparée pour le Comité d'experts sur les stages cliniques

Par

Laurence Ha
Attachée de recherche, Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)

Jacinthe Pepin
Professeure titulaire, Université de Montréal
Directrice, Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)

24 octobre 2008

Les stages en sciences infirmières

Recension d'écrits

Préparé pour
Le comité d'experts sur les stages cliniques

24 octobre 2008

© Droits d’auteur, 2008
Centre d’innovation en formation infirmière

Laurence Ha
Attachée de recherche

Jacinthe Pepin
Professeure titulaire
Directrice

Centre d’innovation en formation infirmière, CIFI
C. P. 6128 succursale Centre-ville
Montréal (Québec), Canada H3C 3J7
www.cifi.umontreal.ca

Introduction

Si nous souscrivons à l'idée de Neary (2000, cité par Midgley, 2006) que la profession infirmière est une profession d'action, une profession de pratique et donc, que les infirmières apprennent en agissant et en posant des gestes concrets, l'expérience de stage devient alors une composante incontournable de la formation infirmière pour le développement d'habiletés cliniques.

Bien que la littérature souligne les nombreux avantages de la pratique clinique en stage, des difficultés y sont aussi reliées. La restructuration de la distribution des soins jumelée à la pénurie de professionnels et la hausse d'inscriptions dans les programmes de soins infirmiers crée une situation qui met en danger les occasions de stage des étudiants (Smith, Spadoni et al., 2007). Dans un premier temps, le déséquilibre existant entre le nombre croissant d'étudiants inscrits en sciences infirmières et le nombre restreint de personnel académique, clinique et communautaire, disponible pour les accompagner en stage entraîne des inquiétudes persistantes quant à la qualité de l'expérience clinique pouvant être offerte aux étudiantes (National Council State Boards of Nursing Practice, Regulation and Education Committee [NCSBN PR&E], 2005; Campbell & Filer, 2008). De plus, étant donné le nombre limité de milieux et de places de stage disponibles, les différents programmes de soins infirmiers sont présentement en concurrence pour y placer leurs propres étudiants (MacFarlane et al. 2007). Considérant les coûts importants associés aux stages cliniques des étudiants (Smith, Seeley, et al., 2007) et les difficultés énumérées, il importe d'examiner la contribution spécifique des stages au développement des compétences des infirmières et les meilleures conditions de réalisation possibles.

Mandat

À l'aide d'une recension d'écrits, nous discuterons d'abord de la contribution des stages au développement des compétences des infirmières et présenterons les conditions optimales de réalisation des stages. Ensuite, nous examinerons différentes activités pédagogiques complémentaires aux stages ou de remplacement d'une partie des stages, principalement la simulation, et les conditions optimales relatives à ces activités. Finalement, nous fournissons une liste de lectures suggérées.

Méthodes de recherche et écrits clés

Suite à des recherches en ligne dans la base de données CINAHL sur EbscoHost et les moteurs de recherche Google et Google Scholar en utilisant les mots-clés « *clinical education* », « *nursing* », « *clinical placement* », « *competence/competency* » et « *simulation* », quatre écrits notables ont émergé dont deux sur les stages en général et deux sur la simulation.

- **Diem, E., Cragg, B., Moreau, D., Lauzon, S., Blais, J., McBride, W., & Idriss, D. (2004) : projet collaboratif de sept associations canadiennes dont l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI) et l'Académie canadienne des chefs de directions en soins infirmiers (ACDSI).**

Face à la réalisation qu'aucune donnée canadienne sur les stages cliniques n'était disponible, l'équipe de représentants d'associations a utilisé trois méthodes de collecte de données (revue de littérature, sondage en ligne et entrevues avec des leaders en sciences infirmières) afin

d'obtenir des informations pancanadiennes sur les pratiques actuelles des stages, les difficultés et barrières y étant reliées et les facteurs qui influent sur la qualité du stage dans les programmes de sciences infirmières. Ils ont aussi identifié des modèles innovateurs en formation clinique.

- **Revue systématique (212 références) par le Queensland Nursing Council (2001) de l'Australie en collaboration avec The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery**

Trois thèmes principaux font l'objet de cette revue: les programmes en sciences infirmières, la formation clinique au premier cycle universitaire et le soutien lors de l'expérience de transition des infirmières nouvellement diplômées. La section sur la formation clinique cherche à dresser un portrait des approches utilisées lors des stages en sciences infirmières et en sciences de la santé et d'en évaluer leur efficacité.

- **Revue systématique (109 articles) provenant du Best Evidence Medical Education (BEME) par Issenberg, McGaghie, Petrusa, Gordon & Scalese (2004) sur les caractéristiques et l'utilisation des simulations et l'évaluation de leur efficacité comme stratégie pédagogique**

Cette équipe s'est positionnée au sujet de la qualité des études sur la simulation. Ils notent que seulement 20% des résultats de recherche rapportés sont clairs et possiblement fiables. Toutefois, dans l'ensemble, les études convergent vers une conclusion: la simulation haute-fidélité est efficace si les conditions entourant son déroulement sont adéquates. Dix conditions sont décrites.

- **Dernier rapport d'une série de trois projets financés par l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI) qui avaient pour buts d'examiner les stages. Ce rapport présente l'inventaire des contextes et des caractéristiques de l'utilisation de la simulation et évalue leur effet sur l'apprentissage (2007)**

Similaire à la revue systématique d'Issenberg et al. (2004), ce rapport a examiné tous les types de simulation utilisés et leur efficacité dans différents programmes de formation avec un intérêt particulier pour les sciences infirmières et les sciences de la santé. Présentement, les preuves empiriques au sujet des avantages économiques de la simulation et leur efficacité en sciences infirmières demeurent insuffisantes. Les réponses au sondage pancanadien révèlent qu'il n'existe pas de consensus sur l'amplitude du rôle que pourra jouer la simulation en complément ou remplacement des stages.

En prenant pour acquis que ces revues et rapports couvraient la majorité des travaux importants précédant leur publication, nos efforts ont porté sur les écrits récents (2001-2008). Une quarantaine d'articles provenant du Canada, de l'Australie et des États-Unis et qui portent soit sur la simulation, soit sur un sujet relatif aux stages cliniques ont été trouvés.

Thèmes abordés et ce qui ressort

Les revues des écrits notent le manque d'évaluation des pratiques et innovations en matière d'exposition des étudiants à la réalité de la pratique clinique des infirmières, soit en stages, soit en simulation de situations cliniques. Nous présenterons les idées qui ressortent en abordant :

- Le développement des compétences de l'infirmière par les stages en milieux cliniques (incluant les habiletés cliniques, attitudes et autres);
- Les conditions optimales de réalisation des stages (aspects organisationnels, activités préalables, modes de supervision, partenariat des institutions de clinique et d'enseignement);
- Les activités pédagogiques de simulation de la réalité clinique;
- Les conditions optimales de réalisation de ces activités de simulation de la réalité clinique.

Compétences développées dans le cadre des stages

En 2000, le Bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a adopté une position sur les compétences initiales de l'infirmière. Le modèle élaboré prend la forme d'une mosaïque construite à partir de trois composantes: fonctionnelle, professionnelle et contextuelle. La composante fonctionnelle fait référence à des savoirs relatifs aux champs suivants: scientifique, relationnel, éthique/déontologique, juridique, organisationnel et opérationnel. Des compétences en lien avec l'évaluation de la situation clinique, les interventions cliniques et la continuité des soins composent la deuxième composante de la mosaïque. Enfin, les compétences de la composante contextuelle « sont définies en fonction des situations cliniques rencontrées dans l'exercice de la profession d'infirmière » (Leprohon, Lessard, & Lévesque-Barbès, 2001, p. 26). En d'autres mots, l'infirmière fait appel à différents savoirs, utilise ses habiletés cliniques et prend en considération le contexte de soins de la personne pour offrir des soins adéquats et efficaces. Cette mosaïque est le cadre de référence de l'examen d'entrée à la profession. Au Québec, la formation infirmière est centrée à tout le moins sur le développement de ces compétences.

Les compétences sont définies comme étant: « 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). Dans la formation par compétences, l'intégration d'une compétence est l'élément le plus important. Comme Lasnier (2000) explique, l'intégration signifie que l'étudiant s'approprie des connaissances déclaratives (connaissances), procédurales (capacités) et conditionnelles (caractéristiques d'une situation particulière) qui composent la compétence. Lors de l'intégration, les ressources de l'étudiant sont mises à l'épreuve de façon concrète. En effet, l'intégration sous-entend la mobilisation de différents acquis dissociés, en les rendant interdépendants, dans le but de poser une action (Roegiers, 2001). Le stage présente donc une occasion privilégiée de mettre en pratique les acquis.

Plusieurs auteurs soutiennent que les stages apportent une contribution significative à la formation infirmière (McCalister, 2001 cité par Midgley, 2006; Tanner, 2006 cité par dans Budgen & Gamroth, 2008; Tanner, 2002) et qu'ils sont le seul moyen pour développer les compétences nécessaires pour former des infirmières prêtes à l'exercice de la profession (Raines, 2006; Clare, Edwards, Brown & White, 2003). Dans cette même lignée, Tanicala (2006) cite les travaux de Reilly & Oermann (1985) pour affirmer que les compétences développées en stage permettent à l'étudiant de devenir un professionnel de la santé qui pratique de manière responsable et imputable dans des milieux de soins complexes. Concrètement, l'attrait des stages se situe dans l'incapacité des autres formules pédagogiques, que ce soit en classe ou en laboratoire (simulation, étude de cas, jeu de rôle) à reproduire la réalité des milieux de soins, la complexité des problèmes de santé et celle de l'interaction humaine (Tanicala, 2006; Levett-Jones & Lathlean, 2008).

L'expérience clinique se présente communément comme une occasion pour l'étudiant de transférer les notions théoriques apprises en classe à la pratique (Midgley, 2006). L'étudiant est appelé à intervenir de manière sécuritaire auprès de patients en analysant les données de la situation

pour ensuite sélectionner dans ses connaissances antérieures celles qui sont applicables au contexte (Gaberson & Oermann, 2007). En effet, les prestations en milieu clinique créent une occasion au sein de laquelle l'étudiant doit agencer ses habiletés cognitives, affectives et psychomotrices pour intervenir auprès de personnes dans une situation réelle (Chan, 2001, 2002; Hart & Rotem, 1994 cité par Elliott, 2002; Levett-Jones & Lathlean, 2008). Ceci lui permet de développer des compétences dans l'application de ses connaissances, ses habiletés, ses attitudes et ses valeurs à des situations cliniques variées (Chan, 2002).

Développement d'habiletés

Afin d'intervenir de manière efficace dans ces situations, l'étudiant doit faire appel à des habiletés de pensée critique, de résolution de problèmes et de prise de décisions (Cook, 2007; Gaberson & Oermann, 2007; Elliott, 2002). L'étude d'Angel, Duffey & Belyea (2000) avance que les connaissances et la pensée critique des étudiants s'améliore après une session en stage avec supervision clinique. Des processus cognitifs tels le raisonnement, le jugement et la créativité permettent à l'étudiant de discerner entre une intervention adéquate et inadéquate (Cook, 2007). De façon plus concrète, face à un client présentant une problématique de santé quelconque, l'étudiant est appelé à recueillir des données sur le patient, les analyser pour ensuite prendre une décision rationnelle en considérant les différentes composantes du milieu clinique (services disponibles, membres du personnel) et adapter des interventions générales apprises en cours à la situation de *cette* personne dans *ce* contexte (Cook, 2007; Gaberson & Oermann, 2007).

En lien étroit avec ces processus cognitifs sont les composantes du « savoir-faire » infirmier qui impliquent le développement d'habiletés psychomotrices, interpersonnelles et organisationnelles. En milieu clinique, l'étudiant est amené à appliquer les notions techniques qui ont été pratiquées préalablement en laboratoire ou vues en classe. Les facteurs environnementaux des milieux de santé demandent à l'étudiant non seulement de bien agir, c'est-à-dire de respecter les étapes d'une procédure donnée, mais d'agir de façon efficace, dans les délais requis (Gaberson & Oermann, 2007) et en tenant compte de la situation spécifique. L'immersion dans les milieux de soins place l'étudiant dans une situation propice pour le développement des compétences transversales reliées aux relations interpersonnelles (Gaberson & Oermann, 2007). En effet, les habiletés de communication verbales/non-verbales, écrites, de relation d'aide et l'utilisation thérapeutique de soi sont mises à profit et raffinées durant toute l'épisode de soins du patient/famille et aussi lors des interactions avec les membres de l'équipe de soins (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2008). Enfin, les habiletés organisationnelles réfèrent aux capacités de gestion du temps, de priorisation des soins et de délégation (Gaberson & Oermann, 2007).

Attitudes, valeurs et autres apprentissages

Murphy (2005) admet que les stages sont une occasion pour les enseignants de faire valoir l'apprentissage tout au long de la vie. Dans cette même lignée, Bernard (1992) cité par Elliott (2002) affirme les étudiants apprennent le plus lorsqu'ils sont en stage et que ces apprentissages les marqueront à long terme. D'ailleurs, Murphy (2005) souligne que trop souvent, l'emphase est placée sur *qu'est ce qui doit être appris* et non sur *comment apprendre*.

En étant placé dans le rôle d'infirmière, les étudiants sont introduits à la socialisation dans leur futur rôle et approfondissent leurs connaissances sur leur choix de carrière (Chun-Heung & French, 1997 cité par Edwards, Smith, Courtney, Finlayson, & Chapman, 2004). Au-delà du développement des compétences qui les prépare pour la pratique infirmière, les étudiants sont aussi témoins de l'art infirmier, s'investissent dans des relations avec les patients et/ou le personnel et

approfondissent leur compréhension du monde infirmier (Reilly & Oermann, 1985, cité par Tanicala, 2006). Au sein de ses relations, ils développent des attitudes telles le *caring* et prennent conscience des valeurs de l'infirmière et de la dimension éthique du rôle infirmier (Gaberson & Oermann, 2007; Edwards et al. 2004).

Dans leur ensemble, les stages offrent non seulement une occasion de développer des compétences, mais constituent un environnement qui peut favoriser le développement d'attitudes (*caring*) et de façon d'être. Les situations dans lesquelles tous ces apprentissages et le développement de ces compétences ont lieu ne peuvent pas être simulées dans des laboratoires (Boxer & Kluge, 2000 cité par Clare, Edwards, Brown & White, 2003), d'où l'importance de créer les conditions optimales pour tirer le meilleur des situations de stage.

Conditions optimales de réalisation des stages

Aujourd'hui, en lien direct avec les difficultés de placement des étudiants, les études tentent de déterminer les conditions optimales dans lesquelles les apprentissages cliniques doivent avoir lieu afin de maximiser le peu de temps que les étudiants ont en stage. La revue systématique du Queensland Nursing Council (2001) et le projet collaboratif de l'AIIC (2004) soulignent d'ailleurs plusieurs lacunes dans la rigueur méthodologique des études et identifient des lacunes en termes de quantité d'études à propos de plusieurs thématiques reliées à la formation clinique. Il n'existe donc pas de **conclusions claires** sur:

1. les aspects organisationnels des stages
 - a. les apprentissages spécifiques en stage
 - i. Un manque d'études dans ce domaine (Queensland Nursing Council, 2001) rend difficile la standardisation des résultats attendus suite au stage et de fait, son évaluation;
 - ii. Un manque de consensus sur la définition du concept de « compétence » rend l'évaluation clinique difficile (Dolan, 2003). De plus, un outil d'évaluation global et efficace pour évaluer la compétence clinique n'a pas encore été développé (Dolan, 2003);
 - b. la durée optimale des stages

À ce sujet, une variabilité importante existe:

 - i. Au Canada, environ 2000 heures sont consacrées au stage (Skelton & Baumann, 2002 cité par Diem et al., 2004); au Québec 1035 heures sont requises;
 - ii. Aux États-Unis, dans la région d'Indiana, Michigan et Ohio (Tanicala, 2006): le nombre d'heures de stage varient de 630 à 1035, moyenne 850.43;
 - iii. En Australie (Ogle et al., 2002 cité par Heath, 2002): 600 à 1100 heures plus de 50 à 400 heures en laboratoires;
 - iv. Au Royaume-Uni: 2300 heures sont requises (Nursing and Midwifery Council, 2004).
 - c. leur place (*timing*) dans le curriculum
 - i. Une revue systématique du BEME a révélé qu'une expérience précoce (durant les deux premières années d'étude en médecine) en milieu clinique avait des effets sur le développement d'attitudes positives envers soi, envers les autres (empathie) et envers ses études. Aussi, cela permettait aux étudiants d'améliorer leurs habiletés techniques et de communication, de renforcer les apprentissages théoriques en les mettant en contexte et de les introduire à

leurs futurs rôles dans le système de la santé et les responsabilités y étant rattachées (Dornan et al.).

- d. l'horaire (stages continus ou intermittents);
- e. le nombre optimal d'étudiants dans un groupe de stage;
- f. le « meilleur » mode de supervision.

2. les activités complémentaires avant ou durant le stage

- a. formation préclinique (simulation, jeu de rôle, séance en laboratoire);
- b. l'impact des journaux d'apprentissage et portfolios sur l'apprentissage clinique;
- c. l'effet des contrats pédagogiques sur l'apprentissage et le développement d'habiletés;
- d. utilisation des patients instructeurs.

La plus grande critique au sujet des écrits traitant ces thèmes est que la recherche évaluative est de petite échelle et n'a pas été répétée dans des milieux différents avec différentes cohortes d'étudiants (Queensland Nursing Council, 2001). En conséquence, il est impossible de tirer des conclusions basées sur des résultats de recherche solide et encore moins, de généraliser les résultats obtenus et de se positionner sur chacun des thèmes.

En outre, l'intérêt de la littérature se situe au niveau de la perception des étudiants sur les éléments aidants de l'environnement clinique que ce soit le milieu en lui-même ou les caractéristiques aidantes des facilitateurs cliniques.

Attentes des étudiants

Durant les stages, les étudiants soulignent avoir besoin de développer le sens des responsabilités (Löfmark & Wikblad, 2001), un sentiment d'indépendance et d'autonomie (Papp, Markkanen, & von Bonsdorff, 2003; Löfmark & Wikblad, 2001), d'avoir l'occasion de pratiquer des procédures et de recevoir du feedback (Löfmark & Wikblad, 2001; NCSBN PR&E, 2005), de pouvoir superviser leur collègues (Löfmark & Wikblad, 2001), être exposées à des situations d'apprentissage innovatrices et intéressantes (Chan, 2001, 2002, Chan & Ip, 2007), de pouvoir collaborer avec le personnel et avec leur superviseur et se sentir intégré à l'équipe de soins (Chan & Ip, 2007, Chan, 2002, Papp, Markkanen, & von Bonsdorff, 2003; Andrews et al., 2006). Malheureusement, on dénote une variabilité considérable dans l'expérience de stage des étudiants. En effet, à leur arrivée dans le milieu clinique, les étudiants sont confrontés à des sentiments d'anxiété, de stress et d'incompétence (Edwards, 1991, Beck, 1993 cité par Elliott, 2002). Un manque d'expérience, une méconnaissance des unités et des procédures infirmières, une peur des médecins et la peur de commettre des erreurs contribuent tous à augmenter le stress des étudiants (Andrews et al., 2006). Il semblerait que l'environnement de stage et la qualité des mentors peuvent atténuer ces sentiments ou les exacerber.

En lien avec l'environnement de stage, Levett-Jones et Lathlean (2008) ont évalué l'effet du sentiment d'appartenance des étudiants sur leur apprentissage en milieu clinique. Les données de cette étude à devis mixte révèlent l'impact positif de ce sentiment sur la motivation d'apprendre, la confiance à poser des questions et partager leurs opinions et la capacité de choisir et profiter des situations maximisant leurs apprentissages. En contraste, les étudiants qui se sentaient exclus des équipes de soins décrivaient des sentiments d'anxiété, d'appréhension et concentraient toute leur énergie afin d'intégrer l'équipe plutôt que sur leur apprentissage. Dans ce contexte, l'infirmière-chef a un rôle important à jouer dans l'accueil des étudiants: elle serait en mesure d'influencer l'attitude et l'ouverture de son personnel envers les étudiants (Andrews et al., 2006). Sachant l'influence que le sentiment d'appartenance a sur la motivation et la capacité d'apprendre des étudiants, il est essentiel

que des démarches soient entreprises afin d'éviter des situations dans lesquelles l'apprentissage de l'étudiant est négativement affecté.

Aussi, étroitement lié à la qualité de l'expérience de stage des étudiants sont les personnes mandatées pour les accompagner et les encadrer. Différentes études décrivent les caractéristiques suivantes d'un facilitateur clinique efficace (Lee, Cholowski, & Williams, 2002; Queensland Nursing Council, 2001): compétence en clinique et en enseignement, avoir des attentes claires face aux étudiants, facilité à établir une relation interpersonnelle avec l'étudiant, capacité d'évaluer (donner de la rétroaction constructive) et de créer un environnement propice à l'apprentissage. Certains auteurs (Diem et al., 2004; Löfmark & Wikblad, 2001) décrivent aussi les obstacles à l'apprentissage des étudiants dont la dominance du superviseur, une attitude de désintéressement ou dérogatoire et un manque de feedback de la part du personnel et/ou du superviseur.

Modes de supervision: avantages et inconvénients

Deux modes « classiques » de supervision existent dans la tradition des stages au Canada: la méthode de l'enseignant clinique et le préceptorat. La première implique que la personne mandatée enseignera les notions théoriques aux étudiants et les accompagnera ensuite en stage. Les avantages reliés à cette méthode sont la corrélation et la coordination possible entre les notions théoriques et la pratique et une connaissance préalable des étudiants et de leurs capacités. Par ailleurs, étant donné que la présence des étudiants ne devrait pas impliquer une réduction de personnel infirmier sur les unités, les infirmières se trouvent à certains moments avec des tâches allégées, mais elles n'ont pas de responsabilité reconnue d'enseignement. Par contre, l'enseignant supervise un groupe (les ratios variant entre 1:6 et 1:10), sa disponibilité pour chaque étudiant est donc limitée et son bagage clinique n'est parfois pas à jour (Diem et al., 2004; Budgen & Gamroth, 2008).

Contrairement à ce mode, le préceptorat implique que l'étudiant est en interaction 1:1 avec un professionnel possédant une expertise clinique à jour (Diem et al., 2004). En 2002, l'étude de Myrick et Yonge, cité par Budgen et Gamroth (2008), a trouvé que ces étudiants obtenaient de meilleurs résultats au niveau des habiletés de leadership, de relations interpersonnelles et de communication, enseignement/collaboration et aussi lors de la planification et l'évaluation des soins. Toutefois, les inconvénients de cette pratique se situent au niveau de la charge de travail plus importante de l'institution enseignante dans la planification, la supervision, l'évaluation des stages et le soutien aux précepteurs (Diem et al.). Aussi, on note les difficultés d'évaluer l'étudiant sans pouvoir le comparer à ses pairs, des précepteurs ne possédant pas les compétences nécessaires pour occuper ce poste, les responsabilités additionnelles d'enseignement en plus du travail habituel et le *burn-out* des précepteurs (Grealish & Carroll, 1998 cité par Elliott, 2002). De plus, dans un sondage de Harvey et Vaughan (1990, cité par Elliott, 2002), les étudiants semblaient avoir une préférence pour le mode en groupe étant donné qu'il permettait l'interaction avec d'autres étudiants.

Selon le Queensland Nursing Council (2001), les preuves empiriques permettant de trancher sur la supériorité d'un modèle par rapport à un autre sont peu concluantes et même contradictoires. Toutefois, il va sans dire que les composantes de l'environnement ont un effet sur la qualité de l'expérience de stage et conséquemment, sur l'apprentissage des étudiants.

Nouveaux modèles (innovation)

D'autres tendances novatrices émergent en réponse aux difficultés reliées au placement des étudiants en stage (Diem et al. 2004; Queensland Nursing Council, 2001; Elliott, 2002; Budgen & Gamroth, 2008):

- Supervision par les pairs (mode utilisé surtout en médecine : les étudiants plus avancés supervisent les moins avancés; parfois jumelé au modèle d'unité dédiée)
- Collaboration clinique (mode de préceptorat où la préceptrice accepte 2 ou 3 étudiants et où l'enseignant superviseur est présent 2 heures par jour sur l'unité; la préceptrice est invitée à participer à des cours théoriques)
- Unité ou centre dédié à la formation (*Collaborative Learning Units* [CLU], *Dedicated Education Units* [DEU], *Centres for Clinical Education* [CCE], Can-CARE) : solide partenariat entre établissement de soins et université pour assurer la responsabilité de la formation; la formation par les pairs est intégrée;
- Formation interdisciplinaire;
- Formation en milieu communautaire : l'approche populationnelle s'ajoute à l'approche des soins à domicile;
- Formation clinique auprès d'individus et de familles dans des milieux de soins non traditionnels (ex : répits à domicile pour des parents avec enfants présentant une maladie chronique, service communautaire destiné aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale, programme de prévention auprès de groupes communautaires, etc.).

Chaque modèle possède ses avantages particuliers, mais les études empiriques ne sont pas assez avancées pour permettre de juger de la supériorité d'un modèle par rapport à un autre en lien avec l'atteinte des objectifs attendus ou compétences à développer (Clare et al., 2003). D'ailleurs, Elliott (2002) souligne que la recherche évaluative dans ce domaine spécifique doit continuer afin de cibler le mode de supervision le plus efficace. Par contre, il met en garde que ces recherches pourraient arriver conclure que chaque situation spécifique a un mode différent qui lui convient.

Partenariat entre les organisations cliniques et les milieux d'enseignement

Intrinsèquement lié au succès des nouveaux modes de supervision se retrouve la qualité et la nature des relations de partenariat entre les institutions d'enseignement et les milieux cliniques (Clare et al. 2003). Dans une optique d'améliorer l'expérience clinique des étudiants, Levett-Jones, Fahy, Parsons et Mitchell (2006) dressent une liste de problèmes rencontrés par les infirmières associées: manque de connaissances sur les acquis préalables des étudiants, difficulté à rejoindre le personnel universitaire, manque de préparation dans le rôle de mentor, manque de préparation et d'orientation des étudiants et un manque de clarté dans les objectifs de stage. La littérature semble suggérer qu'une meilleure communication constitue une panacée. De fait, l'étude qualitative d'Andrews et al. (2006) décrit l'importance de la communication entre les divers acteurs agissant dans le cadre des stages des étudiants. Il cite, entre autres, les travaux de Duffy et al. (2000) et de Bunce (2002) pour affirmer que l'efficacité des placements des étudiants dépend des relations entretenues entre les mentors, les superviseurs de stage, les équipes de soins et les responsables de la formation infirmière. Ces propos sont soutenus par le Queensland Nursing Council (2001) qui prétend que la qualité de la formation clinique des étudiants est influencée par la qualité des partenariats entre les institutions d'enseignement et les milieux cliniques. À l'aide de données qualitatives de leurs recherches, Andrews et Andrews ont conçu quatre modèles permettant de visualiser les écarts existant entre les meilleures pratiques et les pratiques existantes des stages:

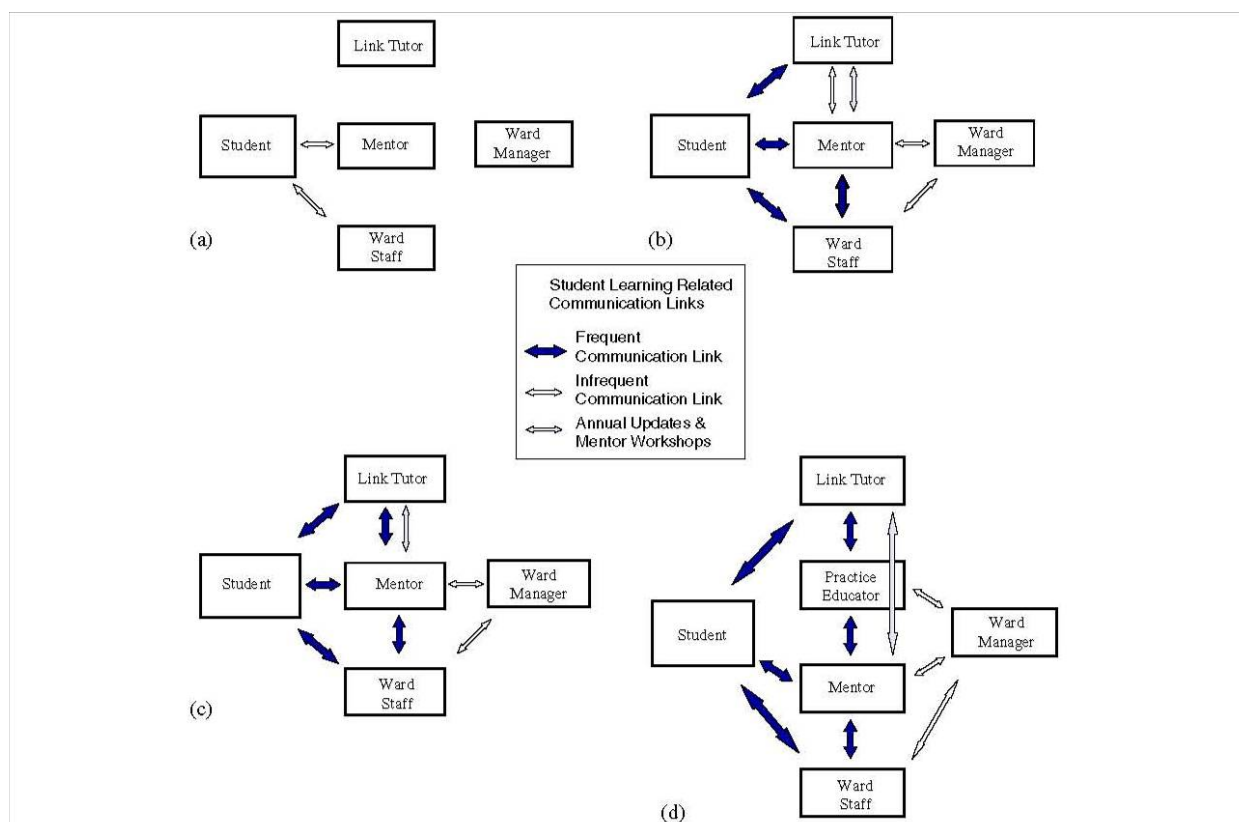


Fig. 1. The Andrews and Andrews clinical placement education models: (a) current 'worst practice'; (b) current 'best practice'; (c) Recommended minimum 'best practice'; and (d) recommended 'best practice'.

En réponse à ces conclusions, Clare et ses collaborateurs (2003) ont entrepris un projet afin d'identifier les éléments facilitateurs et les barrières aux partenariats entre les hôpitaux et les universités et d'établir des *benchmarks*. Ils ont aussi développé trois instruments de mesure de la qualité des partenariats et leurs effets sur l'environnement clinique d'apprentissage. Sous-jacents à ses travaux est la revue de littérature de Chun-Heung et French (1997) dans laquelle les stages sont décrits comme étant l'élément le plus influent sur le développement des habiletés infirmières, l'acquisition de connaissances et la socialisation professionnelle.

Activité pédagogique complémentaire ou de remplacement de stages: simulation

La simulation est une reproduction simplifiée, mais juste de la réalité (Chamberland, Lavoie, & Marquis, 1996). En général, la simulation vise à répliquer une partie de la réalité avec l'utilisation de mannequins, simulateurs, d'acteurs, de patients réels ou d'un environnement virtuel. Les notions¹ de fidélité (haute, intermédiaire, basse) et d'immersion sont des caractéristiques importantes de la simulation. La fidélité se réfère au degré de précision des caractéristiques de la « vraie vie » qui sont recréées. L'immersion dépend fortement de la fidélité de la simulation. Elle fait référence au sentiment de la personne qu'elle se retrouve véritablement dans une situation réelle. Un exemple d'immersion idéale est que la personne ne peut pas différencier l'expérience de simulation de la réalité.

¹ Afin d'éviter toute confusion dans les termes, nous nous fions aux définitions contenues dans le rapport de l'ACÉSI (2007).

De par son habileté à intégrer plusieurs éléments de la réalité, la simulation surclasse l'étude de cas et la simulation informatique de cas réels, au niveau de la reproduction de la complexité des milieux cliniques (Henneman, Cunningham, Roche, & Curnin, 2007). Étant donné que ces deux stratégies d'enseignement (étude de cas et simulation informatique) ne permettent pas l'interaction avec des patients/familles et la création d'un environnement semblable aux milieux de soins, la simulation constitue la stratégie d'enseignement la plus prometteuse pour le remplacement d'une partie des stages (Henneman, Cunningham, Roche, & Curnin, 2007). Les avantages associés à la simulation sont : qu'elle permet à l'étudiant de pratiquer dans des situations manipulables, critiques, complexes et inhabituelles; donne lieu à la pratique délibérée et répétitive; prépare l'étudiant au contact avec de vrais patients; et favorise l'apprentissage d'habiletés complexes dans un environnement sécuritaire et contrôlé (ACÉSI, 2007; Issenberg et al., 2004). En préparation pré-clinique, la simulation peut augmenter la confiance et la persévérance des étudiants en leur permettant d'apprendre de leurs erreurs (Issenberg et al.; Reilly & Spratt, 2007).

Conditions de réalisation de la simulation

Issenberg et ses collègues (2004) soulignent que pour retirer des avantages de la simulation en termes de résultats d'apprentissage, certaines conditions doivent être présentes. La présence d'une rétroaction est de loin la fonction la plus importante. Elle permet à l'étudiant de suivre son évolution vers l'acquisition et le maintien de ses habiletés. De plus, les conditions suivantes doivent être présentes pour la réussite de la simulation (Issenberg et al. 2004; Henneman et al., 2007):

- l'intégration de la simulation dans le programme comme activité pédagogique courante;
- des niveaux de difficultés variés et progressifs d'une activité de simulation à l'autre;
- des situations cliniques diversifiées, adaptées aux besoins individuels des apprenants et fidèles à la réalité et;
- des objectifs clairs et mesurables.

À ce sujet, un sondage des écoles des sciences de la santé (incluant les sciences infirmières) et des centres offrant la formation continue par l'ACÉSI (2007) a révélé des opinions partagées à propos du remplacement d'heures de pratique clinique en stage par la simulation: la majorité des formateurs ont refoulé cette idée tandis que certains ont avancé qu'entre 10% et 20% des heures de stage pourraient être remplacées. Pour déterminer un pourcentage, il faut tenir compte de la structure existante des programmes : nombre d'heures de pratique en laboratoire et nombre d'heures en stage au départ. Un sondage similaire aux États-Unis auprès des ordres professionnels infirmiers montre de l'ouverture envers le remplacement d'heures de stage par la simulation (Nehring, 2008). Par contre, aucun organisme régulateur, sauf celui de la Floride (qui allouerait 10% du temps en milieu clinique à la simulation), ne se prononce sur un nombre spécifique en termes d'heures ou de pourcentage (Nehring, 2008) L'examen systématique des écrits par Issenberg et al. (2004) fait ressortir que, dans le domaine de la médecine, la simulation peut être utilisée en complémentarité avec les stages, mais que celle-ci ne peut pas véritablement remplacer la formation clinique dans de vrais milieux de soins auprès de vrais patients. Quoi qu'il en soit, les avantages de la simulation doivent être tout de même considérés avec intérêt.

Selon les études soulevées par l'ACÉSI (2007), les perspectives d'avenir de la simulation se situent principalement dans la simulation de l'expérience de *team-building* et de la pratique interdisciplinaire. Toutefois, les preuves empiriques en faveur de la simulation demeurent insuffisantes, aucune étude sur les programmes utilisant **exclusivement** des stratégies alternatives

aux stages n'a été entreprise (NCSBN PR&E, 2005; ACÉSI, 2007). Le projet l'ACÉSI (2007) met en garde les formateurs qui voient la simulation comme étant la solution à tous les problèmes reliés aux placements cliniques des étudiants: les recherches sont trop éparpillées, surtout en ce qui a trait aux avantages économiques de la simulation (Issenberg et al., 2004). Dans la conclusion de ce rapport, plusieurs questionnements sans réponse sont soulevés à savoir quel est l'équilibre idéal entre la simulation et les stages pour le développement des compétences? Une question fondamentale est aussi posée:

Est-ce que le remplacement du modèle actuel de stages principalement basés sur l'entraînement au rôle (*apprenticeship-based training*) par une stratégie globale de formation utilisant diverses modalités, incluant la simulation et les stages supervisés, produira de meilleurs résultats de soins pour les patients, résultera en moins d'erreurs et fournira des soins aux patients plus efficaces? [traduction libre] (Dutta, Graba, & Krummel cité par ACÉSI, 2007, p. 3).

Conclusion

À la suite de nos lectures, nous nous positionnons en accord avec le Queensland Nursing Council (2001) pour souligner le manque de recherches évaluatives rigoureuses dans la littérature au sujet des stages. Dans l'ensemble, avec Diem et collaborateurs (2004) et le Queensland Nursing Council (2001), nous soulignons le besoin que les chercheurs continuent d'effectuer des études rigoureuses sur l'évaluation des diverses stratégies de formation clinique, tant au niveau micro (mode de supervision à privilégier) que macro (mode de partenariat idéal). De plus, il importe de mener des études rigoureuses sur les moyens de maximiser l'expérience d'apprentissage des étudiants.

Le manque d'études comparatives et empiriques (ex: comparaison de deux modèles de stage sur le développement de compétences) empêche une prise de position claire sur le niveau de contribution des stages au développement des compétences infirmières. Toutefois, un thème récurrent émerge dans nos lectures sur l'importance de la rétroaction des formateurs aux étudiants, lors de la simulation et lors des stages. Dans une perspective plus générale, l'importance de la communication entre toutes les personnes et les organismes impliqués dans les stages est une composante majeure de la réussite de l'expérience de stage, au niveau de sa planification, son déroulement et son résultat.

Malheureusement, les pressions qui sont exercées sur les milieux cliniques et les responsables de stage peuvent avoir des effets négatifs sur l'expérience de l'étudiant. De ce fait, les avancées dans le domaine des stratégies pédagogiques pour préparer ou remplacer une partie des stages semblent prometteuses, surtout au niveau de la simulation haute fidélité; toutefois leur efficacité demeure encore peu convaincante. Malgré la difficulté grandissante à trouver des milieux de soins prêts à accueillir tous les étudiants, les stages demeureront une facette inévitable de la formation infirmière jusqu'à preuve du contraire.

Bibliographie
(les lectures les plus informatives sont précédées par une étoile)

Stages en général ou autres sujets

- Angel, B. F., Duffey, M., & Belyea, M. (2000). An evidence-based project for evaluating strategies to improve knowledge acquisition and critical-thinking performance in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 39(5), 219-228.
- *Diem, E., Cragg, B., Moreau, D., Lauzon, S., Blais, J., McBride, W., et al. (2004). *Educational preparation objective C & D Clinical Placements*. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Cook, P. R. (2007). Critical Thinking in Nursing Education. Dans M. J. Bradshaw & A. J. Lowenstein (Éds.), *Innovative Teaching Strategies in Nursing and Related Health Professions* (4^e éd., pp. 55-70). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- *Dornan, T. L., Margolis S. A., Ypinazar, V., Scherpbier, A., Spencer, J. *How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education?* (BEME Guide no 6). Récupéré le 23 octobre 2008 de <http://www.bemecollaboration.org/beme/files/Early%20Experience%20Review.pdf>
- *Elliott, M. (2002). Clinical education: a challenging component of undergraduate nursing education. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 12(1), 69-77.
- *Gaberson, K. B., & Oermann, M. H. (Éds.). (2007). *Clinical Teaching Strategies in Nursing* (2^e éd.). New York: Springer Publishing Company.
- Heath, P. (2002). *National Review of Nursing Education 2002: our duty of care*. Canberra.
- MacFarlane, E., Milliken, J., Ouellet, L. L., Thrasher, C., Gartner, J., Harder, N., Cox, K. (2007). Overcoming the challenges of providing clinical/practice education. *Canadian Nurse*, 103(6), 18-22.
- Murphy, J. I. (2005). How to learn, now what to learn: three strategies that foster lifelong learning in clinical settings. *Annual Review of Nursing Education*, 3, 37-55.
- *National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) Practice, Regulation and Education Committee (2005, août). *Clinical Instruction in Prelicensure Nursing Programs*. Récupéré le 17 septembre 2008 de https://www.ncsbn.org/Final_Clinical_Instr_Pre_Nsg_programs.pdf
- Nursing and Midwifery Council (2004). *Standards of proficiency for pre-registration nursing education*.
- Smith, P. M., Seeley, J., Strickland, S., Spadoni, M., & Dampier, S. (2007). *Project 2: Costing Nursing Clinical Placements in Canada*. Ottawa, Ontario: Canadian Association of Schools of Nursing.
- Smith, P. M., Spadoni, M., Seeley, J., Sevean, P., Dampier, S., & Strickland, S. (2007). *Project 1: An Inventory of Strategies to Deliver Nursing and Interprofessional Clinical Placements in Canada*. Récupéré le 18 septembre 2008 de <http://www.casn.ca/media.php?mid=617&xwm=true>

Tanicala, M. L. (2006). *Design and implementation of nursing student clinical experiences and program effectiveness as measured by NCLEX-RN pass rates*. Bowling Green State University, Bowling Green, Ohio.

Tanner, C. A. (2002). Clinical education, circa 2010. *Journal of Nursing Education*, 41(2), 51-52.

*Queensland Nursing Council (2001). *An Integrative Systematic Review of Nursing Curricula, Undergraduate Clinical Education and Transition Support for New Graduates*. Adelaide, Australie: auteur. Récupéré le 10 octobre 2008 de www.qnc.qld.gov.au/upload/pdfs/project_reports/Undergraduate_curriculum_systematic_review.pdf

Compétences

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Cadre des compétences*. Récupéré le 17 octobre 2008 de http://www.cna-nurses.ca/CNA/nursing/rnexam/competencies/default_f.aspx

Lasnier, F. (2000). La formation par compétences. Dans F. Lasnier, *Réussir la formation par compétences* (pp.151-184). Montréal: Guérin.

Leprohon, J., Lessard, L.-M, & Lévesque-Barbès, H. (2001). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière: compétences initiales*. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Tardif, J. (2006). Le concept de compétence. Dans G. Fortier, & C. Préfontaine (Collaborateurs à l'édition), *L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement* (pp.14-51). Montréal: Chenelière Éducation.

Roegiers, X. (2001). Les enjeux de l'intégration des acquis dans l'enseignement. Dans X. Roegiers, *Une pédagogie de l'intégration: compétences et l'intégration des acquis dans l'enseignement*. (2^{ème} éd.). (pp. 13-26). Bruxelles: De Boeck Université.

Modes de supervision

*Budgen, C., & Gamroth, L. (2008). An overview of practice education models. *Nurse Education Today*, 28(3), 273-283.

*Raines, D. A. (2006). CAN-Care: An Innovative Model of Practice-Based Learning. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 19.

Modèles de partenariat

Andrews, G. J., Brodie, D. A., Andrews, J. P., Hillan, E., Gail Thomas, B., Wong, J., et al. (2006). Professional roles and communications in clinical placements: A qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 861-874.

Campbell, S. E., & Filer, D. A. (2008). Chapter 3. How can we continue to provide quality clinical education for increasing numbers of students with decreasing numbers of faculty. *Annual Review of Nursing Education*, 6, 45-63.

*Clare, J., Edwards, H., Brown, D., & White, J. (2003). *Evaluation Clinical Learning Environments: Creating Education-Practice Partnerships and Clinical Education Benchmarks for Nursing*. Adelaide: School of Nursing & Midwifery, Flinders University.

Levett-Jones, T., Fahy, K., Parsons, K., & Mitchell, A. (2006). Enhancing nursing students' clinical placement experiences: a quality improvement project. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 23(1), 58-71.

Mentorat et supervision

Channell, W. (2002). Helping students to learn in the clinical environment. *Nursing Times*, 98(39), 34-35.

Dickson, C., Walker, J., & Bourgeois, S. (2006). Facilitating undergraduate nurses clinical practicum: The lived experience of clinical facilitators. *Nurse Education Today*, 26(5), 416-422.

Dolan, G. (2003). Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right? *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), 132-141.

Lee, W. S., Cholowski, K., & Williams, A. K. (2002). Nursing students' and clinical educators' perceptions of characteristics of effective clinical educators in an Australian university school of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 412-420.

Lorna K.P. Suen, F. L. W. C. (2001). Students' perceptions of the effectiveness of mentors in an undergraduate nursing programme in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 505-511.

Pollard, C., Ellis, L., Stringer, E., & Cockayne, D. (2007). Clinical education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 7(5), 315-322.

Saarikoski, M., Marrow, C., Abreu, W., Riklikiene, O., & Özbicakçi, S. (2007). Student nurses' experience of supervision and mentorship in clinical practice: A cross cultural perspective. *Nurse Education in Practice*, 7(6), 407-415.

*Secomb, J. (2008). A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 703-716.

Évaluation de l'environnement clinique

Andrews, G. J., Brodie, D. A., Andrews, J. P., Wong, J., & Thomas, B. G. (2005). Place(ment) matters: students' clinical experiences and their preferences for first employers. *International Nursing Review*, 52(2), 142-153.

Chan, D. S. K. (2001). Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 447-459.

*Chan, D. S. K. (2002). Associations between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. *International Journal of Nursing Studies*, 39(5), 517-524.

- Chan, D. S. K., & Ip, W. Y. (2007). Perception of hospital learning environment: A survey of Hong kong nursing students. *Nurse Education Today*, 27(7), 677-684.
- Edwards, H., Smith, S., Courtney, M., Finlayson, K., & Chapman, H. (2004). The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. *Nurse Education Today*, 24(4), 248-255.
- *Levett-Jones, T., & Lathlean, J. (2008). Belongingness: A prerequisite for nursing students' clinical learning. *Nurse Education in Practice*, 8(2), 103-111.
- Löfmark, A., & Wikblad, K. (2001). Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 43-50.
- *Midgley, K. (2006). Pre-registration student nurses perception of the hospital-learning environment during clinical placements. *Nurse Education Today*, 26(4), 338-345.
- Papp, I., Markkanen, M., & von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23(4), 262-268.

Simulation

- *Association canadienne des écoles de sciences infirmières (2007, mars). *Project 3: Inventory of the Use of Simulated Clinical Learning Experiences and Evaluation of their Effectiveness*. Récupéré le 7 octobre 2008 de <http://www.casn.ca/media.php?mid=616&xwm=true>
- *Cantrell, M. A. (2008). The Importance of Debriefing in Clinical Simulations. *Clinical Simulation in Nursing*, 4(2), e19-e23.
- Chamberland, G., Lavoie, L., & Marquis, D. (1996). Chapitre 4: Simulation. Dans G. Chamberland, L. Lavoie, & D. Marquis, *20 formules pédagogiques* (pp. 55-64). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Comer, S. K. (2005). Patient care simulations: role playing to enhance clinical understanding. *Nursing Education Perspectives*, 26(6), 357-361.
- *Henneman, E. A., Cunningham, H., Roche, J. P., & Curnin, M. E. (2007). Human patient simulation: teaching students to provide safe care. *Nurse educator*, 32(5), 212-217.
- Howard, V. M. (2007). *A comparison of educational strategies for the acquisition of medical-surgical nursing knowledge and critical thinking skills: human patient simulator vs. the interactive case study approach*. Texte inédit. University of Pittsburgh.
- *Issenberg, S. B., McGaghie, W. C., Petrusa, E. R., Gordon, D. L., & Scalese, R. J. (2004). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review (BEME Guide no 4) Récupéré le 4 septembre 2008 de <http://www.bemecollaboration.org/beme/files/BEME%204%20Figs%20&%20Appendices/BEME%20Guide%204%20journal%20text.pdf>

- McCallum, J. (2007). The debate in favour of using simulation education in pre-registration adult nursing. *Nurse Education Today*, 27(8), 825-831.
- Murray, C., Grant, M. J., Howarth, M. L., & Leigh, J. (2008). The use of simulation as a teaching and learning approach to support practice learning. *Nurse Education in Practice*, 8(1), 5-8.
- *Nehring, W. M. (2008). U.S. Boards of Nursing and the Use of High-Fidelity Patient Simulators in Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, 24(2), 109-117.
- *Reilly, A., & Spratt, C. (2007). The perceptions of undergraduate student nurses of high-fidelity simulation-based learning: A case report from the University of Tasmania. *Nurse Education Today*, 27(6), 542-550.

