

# Soutenir l'apprentissage par les pairs

Un modèle en quatre éléments vous est proposé pour soutenir ce type d'apprentissage (Roberts *et al.*, cités dans Alpine *et al.*, 2019).

## 1. Exposer progressivement les étudiants aux tâches

Cet élément est inhérent à tous les stages. En fonction de leur cheminement académique, de leurs expériences antérieures et de leur style d'apprentissage, les stagiaires pourront examiner les prises de décision et les techniques particulières relatives aux différentes compétences et tâches qu'ils doivent acquérir pendant leur formation.

## 2. Offrir des outils sur le raisonnement clinique

En mettant à leur disposition des outils sur le raisonnement clinique, les étudiants seront en mesure d'être guidés dans leur prise de décision.

Vous pourriez demander aux étudiants d'écrire leur raisonnement en justifiant leurs actions et leurs décisions, de l'expliquer à leur collègue ou encore de créer une **carte conceptuelle**. Cette dernière est une représentation graphique des connaissances et du processus de pensée de l'étudiant. Habituellement, les éléments connus (connaissances) apparaissent sous formes de noyaux ou de boîtes alors que le traitement de ces informations est représenté par des flèches et des liens. Cet outil favorise la métacognition<sup>1</sup>, car sa création demande au stagiaire de faire un retour sur son processus de pensée et l'aidera ultimement à verbaliser son raisonnement clinique à son collègue étudiant ou à son superviseur.

Voir un exemple de [carte conceptuelle](#) (en annexe).

Il est aussi possible de prendre du temps avec les étudiants pour leur expliquer le contenu et la façon dont ils pourraient utiliser la **grille d'observation du raisonnement clinique**. Cette grille expose les comportements attendus en matière de raisonnement clinique chez l'étudiant, et ce, par rapport à ses connaissances<sup>2</sup>, ses processus de cognition<sup>3</sup> et de métacognition<sup>4</sup>.

Après avoir pris connaissance de la grille, les étudiants peuvent s'observer mutuellement et commenter sur ce que l'autre sait du sujet, comment il traite l'information et comment il en est arrivé à une décision quelconque.

Nous vous invitons à ajouter l'outil **Grille d'observation du raisonnement clinique** à votre panier.

- 1 La **métacognition** correspond à l'acte de réfléchir à notre processus de pensée. Elle est constituée d'introspection et de réflexion. La métacognition est responsable du retour sur une décision prise.
- 2 **Connaissances** : Elles sont de nature pratique et théorique. Elles constituent la matière de base pour entamer une prise de décision. Les connaissances représentent la matière brute nécessaire au raisonnement clinique.
- 3 **Cognition** : C'est le processus de pensée permettant d'analyser et de manipuler les connaissances et de cerner la solution la plus plausible. La cognition établit des liens entre les idées et les connaissances, ce qui permet à la personne ayant recours au raisonnement clinique de proposer des solutions possibles selon ses observations et les données recueillies.
- 4 **Métacognition** : Elle est constituée d'introspection et de réflexion. C'est l'acte de réfléchir à notre processus de pensée. La métacognition est responsable du retour sur une décision prise.

L'outil **SNAPPS** est une autre stratégie qui permet à l'étudiant de structurer sa présentation de cas et d'ainsi faciliter l'expression de son raisonnement clinique. Il deviendra ultimement plus autonome et engagé dans le développement de ce dernier (Lalwani *et al.*, 2022; Vishakha *et al.*, 2019). Plus précisément, les stagiaires sont invités à adopter une stratégie d'auto-questionnement structurée leur permettant de façonner leur raisonnement clinique. Lorsqu'ils maîtrisent cette stratégie, ils initient plus souvent la discussion, ils font une synthèse plus concise, ils présentent plus d'éléments pour comparer les hypothèses et ils posent plus de questions (Fagundes *et al.*, 2020).

D'autre part, cet outil aide les étudiants à être plus concis et structurés dans leurs échanges avec l'autre étudiant ou le superviseur.

Lors de la mise en œuvre de cette stratégie, le stagiaire doit :

- S Synthétiser** brièvement l'histoire et les données (évaluation subjective et objective) en une présentation d'une durée de moins de trois minutes. *Le stagiaire doit faire ressortir les informations clés/pertinentes sur l'état du patient.*
  
- N Nommer** deux ou trois hypothèses pertinentes liées à la problématique. *Le stagiaire verbalise sa compréhension du cas en présentant les hypothèses les plus plausibles et en les priorisant.*
  
- A Analyser** la solution possible en comparant ou contrastant les données. Le stagiaire justifie son choix d'hypothèses en fonction des données et de ses connaissances. *Ainsi, il expose son processus de pensée.*
  
- P Poser** des questions à l'autre étudiant. *Le stagiaire initie l'interaction avec son collègue quant aux défis auxquels il fait face (manque de connaissances, confusion au sujet d'une donnée spécifique...). Il pose des questions pour améliorer sa compréhension du cas clinique à l'étude.*
  
- P Proposer** un plan d'intervention. *Le stagiaire précise les interventions spécifiques qui lui semblent logiques à partir de l'information obtenue lors de son évaluation initiale.*
  
- S Sélectionner** un sujet d'autoapprentissage. *Le stagiaire est responsable de combler ses lacunes et d'y pallier par divers moyens. Il cerne les difficultés qu'il éprouve dans son processus de raisonnement clinique. Son collègue peut faire des suggestions pour aider l'étudiant dans sa démarche.*

### 3. Mettre en place une dyade de discussion

Les écrits suggèrent de tenir ces groupes de discussion entre stagiaires de façon quotidienne ou hebdomadaire pour **encourager l'apprentissage collaboratif, le développement des compétences de pratique réflexive et le partage de connaissances** (Alpine *et al.*, 2019).

Lors de ces rencontres, les étudiants peuvent discuter de certains éléments qu'ils auront colligés dans leur journal de bord<sup>5</sup> ou simplement discuter de leurs apprentissages à partir de la grille d'observation du raisonnement clinique, de la carte conceptuelle ou de la démarche SNAPPS qu'ils auront mise en pratique.

Nous vous invitons à ajouter l'outil **Journal de bord** à votre panier.

### 4. Permettre l'observation par les pairs, la prise de notes et la rétroaction

Tout au long du stage, les étudiants s'observent et s'offrent de la rétroaction. Puisque ces derniers arrivent souvent en stage sans expérience concrète concernant la communication de la rétroaction, le fait de leur offrir la possibilité d'utiliser des grilles d'observation ou de leur prodiguer des conseils généraux sur la rétroaction peut grandement faciliter leur compréhension des critères de succès et éventuellement, leur fournir un guide pour offrir de la rétroaction constructive.

Nous vous invitons à ajouter l'outil Grille d'observation d'une intervention à votre panier.

Les outils et stratégies présentés ne remplacent évidemment pas les questions directes ou les autres stratégies implantées par le superviseur pour façonner le raisonnement clinique de leurs étudiants, mais ils leur permettent notamment de développer une certaine autonomie face à leur processus réflexif.

<sup>5</sup> **Journal de bord** : Instrument dans lequel le stagiaire note de façon périodique des activités, des événements ainsi que des réflexions sur son stage. (Cet outil a également été présenté à l'unité portant sur la cosupervision.)

# Annexe

# Carte conceptuelle (Description et outil)

Une carte conceptuelle est une représentation graphique des connaissances et du processus de pensée du stagiaire.

Elle permet de recueillir des faits sur le raisonnement clinique du stagiaire en le rendant conscient du chemin qu'il a emprunté pour prendre une décision.

Cet outil témoigne des endroits où le raisonnement du stagiaire est juste ou fautif. Vous pourrez ensuite déterminer plus facilement les connaissances à parfaire ou cibler les difficultés reliées à la cognition ou à la métacognition (Ajjawi et Higgs, 2008; Buzan et Buzan, cités par Higgs *et al.*, 2008; Nendaz *et al.*, 2005).

La carte conceptuelle permet donc d'analyser le raisonnement clinique du stagiaire en le rendant visible (Higgs *et al.*, 2008).

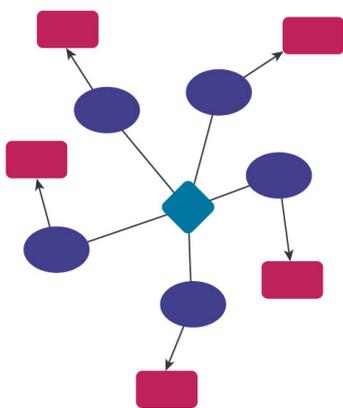
Lors de l'évaluation d'une carte conceptuelle, il importe tout d'abord de laisser votre stagiaire vous l'expliquer verbalement afin de clarifier les liens qu'il a établis entre les concepts. Lorsque vous regarderez la carte, portez une attention particulière à :

- L'exhaustivité des concepts représentés par le stagiaire
- L'absence de liens importants entre certains concepts
- La présence de liens erronés entre certains concepts

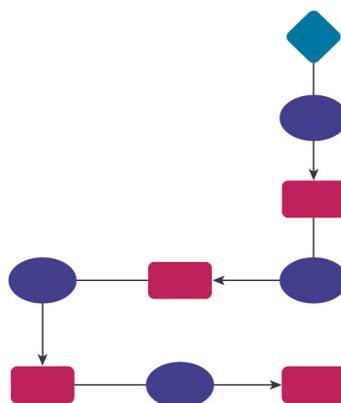
(Bertrand, Pelaccia *et al.*, 2016)

Lorsque vous laissez le stagiaire décider de la structure à employer pour la carte, vous pouvez aussi vous y attarder lors de l'évaluation. Kinchin *et al.* (cités par Durand et Loye, 2014) notent trois principales structures de cartes conceptuelles :

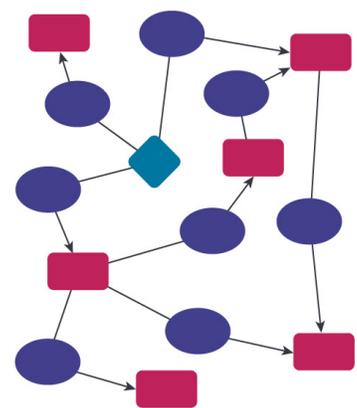
- En chardon : Les concepts associés sont reliés au concept central, mais n'ont aucun lien entre eux.



- En chaîne : Les concepts sont présentés en suite linéaire de sorte que le retrait d'un seul concept brise toute la séquence.



- En réseau : Les concepts sont reliés entre eux pour illustrer des relations complexes.



(adapté de Durand et Loye, 2014)

Pour créer une carte conceptuelle, vous pouvez suggérer à votre stagiaire de suivre les étapes suivantes :

- **Indiquer la condition du patient**
  - Ce concept est représenté à l'intérieur d'une forme géométrique. Il est le point de départ de la carte.
- **Lister et illustrer tous les concepts associés à la condition du patient qui vous viennent en tête**
  - Il devrait y avoir plusieurs concepts associés à la condition du patient.
  - Ceux-ci sont des éléments qui ont une influence sur la condition (par ex. fumeur, vit seul, patient âgé, etc.).
  - Chaque concept est représenté par un mot placé à l'intérieur d'une forme géométrique.
  - Lister et illustrer les autres concepts qui peuvent découler des concepts déjà retenus
  - Ce sont des éléments qui ne découlent pas directement de la condition mais qui auront une influence sur la compréhension de la condition du patient et sur la prise de décision quant au plan d'intervention.
  - Par exemple, le concept fumeur pourrait mener au concept guérison plus lente.

**Note : Une carte conceptuelle ne devrait pas dépasser 30 concepts (Rice et al., cités dans Durand et Loye, 2014).**

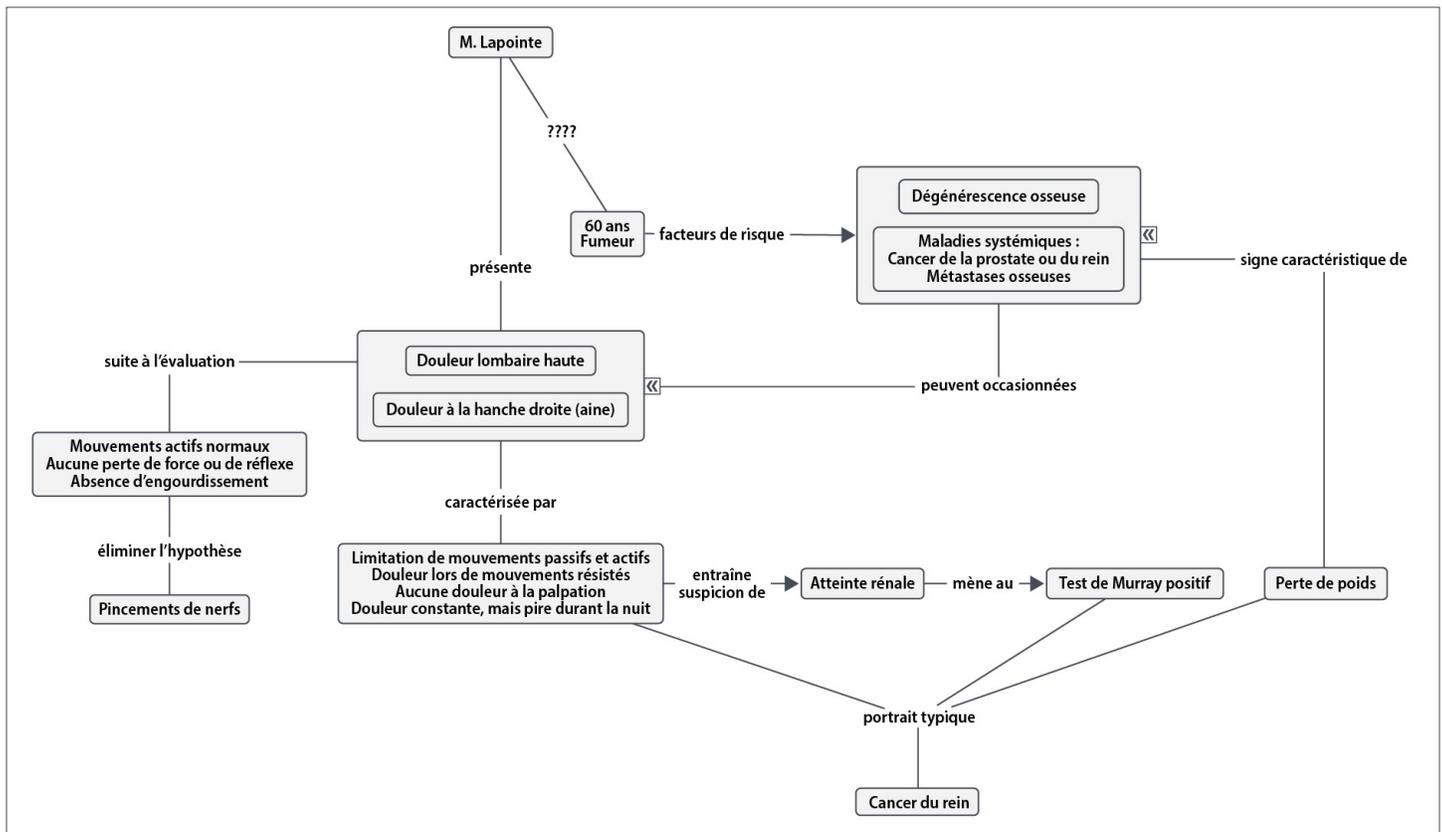
- **Établir les relations entre les concepts**
  - Une ligne ou une flèche (unidirectionnelle ou bidirectionnelle selon les cas) qui fait le lien entre deux concepts rapprochés ou éloignés. Le lien doit être accompagné de mots qui caractérisent la relation entre les concepts concernés (p. ex. cause, conséquence, comme).
- **Réviser la carte conceptuelle afin de s'assurer qu'elle soit complète et supprimer les concepts redondants ou les liens non pertinents**

La carte peut être dessinée à la main ou à l'aide d'un logiciel tel que :

- Mindmeister
- Cacoo
- Mindomo
- Coggle (peut être intégrée à Google drive)
- Cmap Tools

(adapté de Durand et Loye, 2014, et de Bertrand *et al.*, 2016)

## Exemple de carte :



### Références

- Ajjawi, R. et Higgs, J. (2008). Learning to reason: A Journey of Professional Socialisation. *Advances in Health Sciences Education*, 13(2), 133-150.
- Bertrand, C., Pelaccia, T., Durand, E., Revaux, F., Leveque, M., Delacour, C., Montandon, F., Charlin, B. et Hodges, B. (2016). Construire et utiliser les outils d'évaluation choisis. Dans T. Pelaccia (dir.), *Comment [mieux] former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé?* (p. 371-396). De Boeck Supérieur.
- Durand, M. J. et Loye, N. (2014). *L'instrumentation pour l'évaluation : la boîte à outils pour l'enseignant évaluateur*. Éditions Marcel Didier.
- Higgs, J., Jones, M., Loftus, S. et Christensen, N. (2008). *Clinical reasoning in the health professions* (3<sup>e</sup> éd.). Elsevier.
- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V. et Bordage, G. (2005). Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie médicale*, 6(4), 235-254.