

Formation par concordance de script en orthophonie : récit de pratique en évaluation des troubles acquis de la communication

Using learning-by-concordance in speech-language pathology: pilot study in assessment of acquired neurogenic communication impairments

Rebecca MAFTOUL^{1,*} et Karine MARCOTTE^{1,2} 

¹ École d'orthophonie et d'audiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

² Centre de recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Québec, Canada

Manuscrit reçu le 21 novembre 2021 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 16 mars 2022 et le 4 avril 2023 ; accepté pour publication le 5 avril 2023

Résumé–Contexte : Le programme de maîtrise professionnelle en orthophonie de l'Université de Montréal a connu une refonte complète de programme en 2020, et s'inscrit maintenant dans une approche par compétence. La formation par concordance de script (FpC) a été intégrée au programme de formation afin de contextualiser plus rapidement les apprentissages et ainsi réduire l'écart entre l'apprentissage théorique en classe et l'apprentissage pratique en milieu clinique. **Objectif :** Rapporter l'expérience de pratique de la FpC réalisée auprès d'étudiant.e.s en orthophonie et explorer les liens entre cette activité pédagogique et les dimensions constitutives du raisonnement clinique ainsi que la position d'apprentissage des étudiant.e.s. **Méthodes :** Une FpC portant sur l'évaluation des troubles acquis de la communication a été développée avec l'aide de dix panélistes. La FpC a été administrée à un groupe de 71 étudiant.e.s de première année de maîtrise professionnelle en orthophonie. Les réponses des étudiant.e.s ont été comparées à celles des panélistes. Un bilan réflexif a aussi été complété par près de la moitié des étudiant.e.s et une analyse qualitative des réponses a été réalisée. **Résultats :** Les réponses des étudiant.e.s se sont avérées plus concordantes à celles des panélistes après la partie « entraînement ». Les résultats obtenus auprès des étudiant.e.s témoignent de leur appréciation de cette nouvelle modalité d'apprentissage. Selon les réponses au bilan réflexif, la FpC semble favoriser une perception de développement du raisonnement clinique chez les apprenant.e.s et semble leur permettre d'adopter spontanément une position d'apprentissage. **Conclusion :** Bien que la tâche ait été perçue comme complexe par les étudiant.e.s, les résultats indiquent qu'ils sont capables de mobiliser les connaissances apprises en classe et d'exercer un jugement clinique sur la base de ces connaissances malgré une faible exposition clinique.

Mots clés : évaluation formative, formation par concordance de script, position d'apprentissage, raisonnement clinique, éducation en orthophonie

Abstract. Context: The professional master's program in speech-language pathology at the Université de Montréal underwent a complete program redesign in 2020, and is now part of a competency-based approach. Learning-by-Concordance (LbC) has been integrated into the training program in order to contextualize learning more quickly and thus reduce the gap between theoretical learning in the classroom and practical learning in the clinical setting. **Objective:** To report on the experience of practicing LbC with speech-language pathology students and to explore the links between this pedagogical activity and the constituent dimensions of clinical reasoning as well as the students' learning position. **Methods:** A learning-by-concordance tool was developed for the assessment of acquired communication disorders with the assistance of ten panelists. The activity was administered to a group of 71 first-year professional master's students in speech-language pathology. Students' responses were compared to those of the panelists. A reflective assessment was also completed by almost half of the students and a qualitative analysis of the responses was carried out.

*Correspondance et offprints : Rebecca MAFTOUL, Faculté de médecine, École d'orthophonie et d'audiologie, CP 6128, succursale Centre-ville, H3C 3J7 Montréal, Québec.
Mailto : rebecca.maftoul@umontreal.ca.

Results: Students' responses were more consistent with the panelists after the "training" part. The results obtained from the students testify of their appreciation of this new learning method. According to the responses of the students in the reflective assessment, LbC seems to promote a perception of the development of clinical reasoning in learners and to spontaneously adopt a learning position. **Conclusion:** Although the task was perceived as complex by the students, results indicate that they are able to mobilize the knowledge learned in the classroom and exercise clinical judgment based on this knowledge despite their low clinical exposure.

Key words: formative assessment, learning by concordance, learning position, clinical reasoning, speech-language pathology education

Introduction

Contexte

L'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal a entrepris de grands travaux de refonte de ses programmes pour intégrer l'approche par compétences [1]. Un des objectifs de l'équipe enseignante en orthophonie était d'exposer les étudiant.e.s à des activités complexes dès le début de la formation, et non de simplifier l'apprentissage en début de parcours avant de le complexifier ultérieurement au cours du programme, comme cela était fait dans le passé. Ce faisant, l'équipe enseignante vise à mieux préparer les étudiant.e.s au contexte clinique tel qu'il est, en mettant en œuvre un contexte de formation le plus authentique possible [2] et en fournissant parallèlement un soutien à la mesure de ce qui est nécessaire. Le développement des compétences demande de suivre les deux stratégies suivantes en formation : présenter une succession de situations de même nature (même niveau) tout en diminuant le soutien offert et présenter une suite de situations graduées en exigences et en difficultés de mobilisation [3].

Dans le cadre d'un cours visant à enseigner l'évaluation orthophonique des troubles acquis de la communication, nous avons voulu trouver des méthodes innovantes visant à réduire le saut entre l'apprentissage théorique en classe et l'apprentissage pratique en milieu clinique. L'enjeu est important car la peur de se tromper peut devenir paralysante pour certains étudiants lors des stages en milieu clinique. L'importance de contextualiser le plus rapidement possible les apprentissages a été démontrée car la contextualisation permet plus facilement aux étudiants de comprendre à quoi servent les connaissances et les ressources qui sont acquises [2].

La formation par concordance de script (FpC) est un dispositif pédagogique innovant qui n'avait à ce jour pas été utilisé dans notre département et qui n'a fait l'objet d'aucune étude en orthophonie. La FpC permet aux étudiant.e.s de construire des réseaux de connaissances cliniques qui sont organisés pour leur permettre de résoudre des problèmes rencontrés dans le cadre de leur pratique. Aussi connues sous le nom de scripts [4], ces structures cognitives stockées dans la mémoire à long terme prennent la forme d'un réseau organisé de connaissances permettant de vérifier les hypothèses générées face à un problème et d'agir en conséquence. Au fil de leur formation et de leur expérience, les étudiant.e.s

(et clinicien.nes) sont appelé.e.s à développer des scripts. La FpC permet de travailler le développement de ces scripts à l'aide de modèles d'experts qui verbalisent leur processus de réflexion, stratégie qui constitue une des prémisses centrales du compagnonnage cognitif [5]. Selon les principes du compagnonnage cognitif, la verbalisation du raisonnement (en anglais : *articulation*) et de la justification de la prise de décision procure un support efficace pour le développement du raisonnement clinique [6]. La FpC permet ainsi aux étudiant.e.s d'apprendre à analyser les données cliniques au fur et à mesure de leur apparition et à émettre des micro-jugements cliniques en ayant accès aux réflexions d'experts ayant résolu la même situation. Parallèlement à la FpC, un nombre croissant d'études se sont intéressées à l'utilisation du test de concordance de script à des fins d'évaluation de la compétence de raisonnement clinique, ce qui diffère de la FpC qui est utilisée dans le présent récit comme outil de rétroaction et d'évaluation formative.

Concrètement, la FpC permet à l'apprenant.e d'être exposé à des situations cliniques authentiques décrites en une ou deux phrases [6,7]. Ces situations comportent volontairement un certain degré d'incertitude, dans le souci d'être représentatif de la réalité professionnelle. Plusieurs possibilités (options de diagnostic, de décisions ou de prise en charge) sont donc proposées à l'apprenant.e ; ces possibilités sont celles qui viendraient en tête rapidement (système 1 ou raisonnement intuitif) à un.e professionnel.le en exercice. Ce système 1 est celui qui, face à une décision clinique à prendre, fait très rapidement émerger des solutions (ou hypothèses d'action) issues de l'expérience, et ce, de manière irrépessible. Chacune de ces possibilités est couplée avec une nouvelle donnée. Il s'agit ensuite de choisir sur une échelle de Likert (à trois, quatre ou cinq points) l'impact quantitatif de la nouvelle donnée sur l'hypothèse présentée. Il est parfois demandé de justifier son choix sur l'échelle. On présente ensuite les réponses quantitatives (sur la même échelle) de panélistes soigneusement sélectionnés et leurs justifications afin de rendre explicite leur raisonnement clinique face à la situation [8] (approche « *making thinking visible* »). Cela permet de faire l'expérience très concrète de la variabilité des prises de position parmi les professionnel.le.s face à une même situation. Parfois, les panélistes arrivent à la même cotation sur l'échelle avec des justifications différentes, mais il arrive aussi que les réponses quantitatives des panélistes divergent. Le fait que les étudiant.e.s soient

exposé.e.s à des situations cliniques où les panélistes n'ont pas tout à fait les mêmes réponses permet aussi de renforcer la prise de décision en dépassant la perspective binaire de vrai/faux.

La FpC permet donc de travailler spécifiquement le raisonnement clinique, qui s'avère une des principales difficultés relevées par les superviseur.e.s dans les stages en milieux cliniques. Notre initiative pédagogique devait d'abord nous permettre de constater si les étudiant.e.s percevaient bien que leurs habiletés de raisonnement clinique étaient mises à l'épreuve avec la FpC. Pour ce faire, nous avons utilisé le cadre théorique de Audétat *et al.* [9], qui détaille les étapes principales du raisonnement clinique ainsi que les erreurs associées à chacune des étapes. Selon ce cadre théorique, au tout début du processus, lors de la « génération d'hypothèses et récolte de données », les principales difficultés qui peuvent poser problème sont liées à la génération des idées et l'orientation de la collecte de données. Ensuite, à l'étape du « raffinement et traitement des hypothèses », les écueils possibles sont la fermeture prématurée ou des difficultés de priorisation. Enfin, à l'issue du processus qui permet d'en arriver au « diagnostic final et élaboration d'un plan d'intervention », les difficultés sont liées à l'élaboration d'un portrait global du cas clinique et au ciblage adéquat des objectifs d'intervention.

Nous étions aussi intéressés à savoir si la FpC pourrait favoriser une posture d'apprentissage. Au Québec, Giroux et Girard [10] ont développé des concepts présentant un continuum entre deux positions face aux apprentissages en stage : la position d'apprentissage et la position d'évaluation [11,12]. Selon les auteurs, l'erreur peut être vue comme un outil puissant de développement de ses apprentissages (position d'apprentissage) ou à l'inverse comme une fin ou un échec (position d'évaluation). L'apprenant.e qui adopte une posture d'évaluation choisit ses actions et comportements de manière à montrer ce qui est déjà su (le but étant de donner l'image de quelqu'un de compétent). À l'inverse, s'il adopte une position d'apprentissage, son énergie sera consacrée à devenir réellement compétent.e, quitte à se confronter à ses difficultés et défis, et donc à rechercher l'évaluation formative pour faire le point sur ses apprentissages. À ce jour, ces concepts sont majoritairement utilisés en supervision pédagogique en contexte clinique [12]. De par sa conception, la FpC pourrait favoriser une position d'apprentissage de plusieurs manières : évaluation de type formatif, présence de zones grises et absence de réponses binaires (vrai/faux) pour les vignettes cliniques présentées. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux liens entre les postures face aux apprentissages proposées par Giroux et Girard et le dispositif pédagogique de la FpC.

Objectif

L'objectif général du présent récit de pratique (ou retour d'expérience) est de décrire l'expérience d'un dispositif pédagogique organisé selon les principes et le

format d'une FpC pour des étudiant.e.s de première année en orthophonie dans le cadre d'un cours portant sur l'évaluation des troubles acquis de la communication.

De façon plus spécifique, dans un premier temps, nous avons d'abord comparé les réponses des étudiant.e.s avec celles des panélistes. Comme il s'agit d'une nouvelle initiative pédagogique, nous nous sommes aussi intéressés à la perspective des étudiant.e.s afin de nous assurer que la FpC correspondait bien aux attentes, c'est à dire le développement du raisonnement clinique. Nous avons donc introduit un bilan réflexif, qui ne fait normalement pas partie de la FpC. Le bilan réflexif nous a permis d'explorer les liens entre l'activité pédagogique et les dimensions constituantes du raisonnement clinique ainsi que les postures d'apprentissage.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché dans le corpus des réponses étudiantes à identifier les étapes du raisonnement clinique au regard du modèle proposé par Audétat *et al.* [9], auquel nous avons ajouté l'élément du raisonnement intuitif, relié mais distinct de la génération d'hypothèses. Même si, à cette étape de leur parcours professionnel, l'exposition clinique est inexistante, l'importance de ce système est réelle. Nous avons posé l'hypothèse que le dispositif de FpC encourage une perception de développement du raisonnement clinique.

Finalement, nous avons exploré les liens entre la FpC et les postures d'apprentissage des étudiant.e.s selon le continuum de Giroux et Girard [12] à l'aide d'un bilan réflexif. En se basant sur les définitions des positions d'apprentissage et d'évaluation [11,12], nous avons posé l'hypothèse que le dispositif de FpC encourage une perception de position d'apprentissage, et ce, dans un contexte de début de formation professionnalisante.

Méthodes

Devis de recherche

La FpC a été développée dans le cadre du cours ORT6132 (Évaluation de la communication adulte et aîné2) pendant l'hiver 2021. La FpC a d'abord été développée en trois étapes consécutives à partir de l'automne 2020. Lorsque le développement fut complété, la FpC a été réalisée dans un cours en présence de la professeure. Après la fin du dispositif, un bilan réflexif a été envoyé aux étudiant.e.s afin d'obtenir leur appréciation et commentaires sur la FpC.

Développement de la FpC

Développement des vignettes

Tel que recommandé par Charlin *et al.* [7], les vignettes de la FpC ont été développées par une seule professeure (KM) à partir d'une courte mise en situation de cas cliniques authentiques dans l'évaluation des troubles acquis de la communication (par exemple : aphasie post-accident vasculaire cérébral – AVC –, trouble cognitivo-communicatif, aphasie progressive primaire). Pour chacune des 12 vignettes développées, trois hypothèses

Tableau I. Exemple d'une question présentée aux panélistes et aux étudiants dans la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage de l'Université de Montréal (StudiUM).

Situation Une dame de 82 ans est admise à l'hôpital pour une chute à la résidence. L'infirmière l'a trouvée par terre près du lit plusieurs heures après sa chute. Sa fille mentionne que sa mère avait de la difficulté à tenir une conversation téléphonique cohérente lorsqu'elle lui a parlé au début de la semaine, mais que c'était mieux hier.	
Si votre hypothèse est que...	et que vous lisez dans le dossier médical de la patiente...
La patiente présente une aphasie post-AVC	que le scanner cérébral a montré quelques lacunes bilatérales et une atrophie marquée au niveau du lobe temporal gauche
Quel est l'impact sur votre hypothèse ?	
☐ La patiente ne présente assurément pas une aphasie post-AVC.	
☐ La patiente ne présente probablement pas une aphasie post-AVC.	
☐ Le résultat de scan n'a aucun impact sur votre hypothèse.	
☐ La patiente présente probablement une aphasie post-AVC.	
☐ La patiente présente assurément une aphasie post-AVC.	
Commentaires	

étaient élaborées. Pour quatre des vignettes, une vidéo de la personne ciblée dans la vignette accompagnait la courte description de la situation clinique. La première version du test a été révisée par une orthophoniste ayant de l'expérience en FpC (RM). Certaines parties de vignettes ont été réécrites pour plus de clarté.

La prise de décision quantitative de la présente FpC a été développée sur une échelle de type Likert à cinq niveaux. Dans son format traditionnel, les niveaux de l'échelle correspondent à des adjectifs permettant d'évaluer l'hypothèse à la lumière de la nouvelle donnée (par exemple: l'impact sur votre hypothèse ou option est : fortement négatif [-2], négatif [-1], ça ne change rien [0], positif [1], fortement positif [2]). Dans le cadre de ce projet pilote, les options étaient précisées pour chacune des questions, de façon à réduire la charge cognitive de la tâche. Le [tableau I](#) présente un exemple de question et de choix de réponses présentés aux panélistes et aux étudiant.e.s et permet de voir les choix donnés.

Pour chacune des vignettes, la rédactrice a identifié l'intention pédagogique. Comme le cours portait sur l'évaluation des troubles acquis de la communication, les vignettes visaient à aborder les différents éléments à considérer lors de l'histoire de cas au niveau du dossier médical et des besoins des patient.e.s et de leur famille. Les vignettes touchaient tant les troubles acquis suite à une lésion cérébrale, tel qu'un AVC ou un traumatisme

crânio-cérébral, ou à une maladie neurodégénérative. L'expérience a montré que la rédaction de l'intention pédagogique aide à équilibrer le contenu de chacune des vignettes et ainsi permette une plus grande diversité de situations.

Voici l'exemple de l'intention pédagogique derrière la mise en situation présentée dans le [tableau I](#) :

Cette vignette vise à aborder l'importance des données recueillies lors de l'histoire de cas. Certaines données sont disponibles au dossier médical de la patiente alors que d'autres données sont disponibles en discutant avec la patiente, la famille ou les autres membres du personnel. Certaines informations sont obtenues à l'aide d'examen objectifs, tel que la lecture radiologique d'un scan cérébral, d'autres informations sont obtenues à l'examen physique par un membre de l'équipe traitante. C'est l'ensemble des données qui permet de préciser l'hypothèse diagnostique et non pas seulement les tests réalisés par l'orthophoniste.

Recrutement du panel et administration du questionnaire de la FpC aux panélistes

Les panélistes ont été recrutés *via* le groupe Facebook Orthophonie-Audiologie Québec, qui regroupe des milliers d'orthophonistes du Québec. Le panel était composé de 10 orthophonistes dont la pratique professionnelle s'exerce majoritairement auprès de la population adulte, en centre

hospitalier de soins aigus ($n=5$), en centre de réadaptation ($n=4$) ou en clinique privée ($n=1$). Le nombre d'années d'expérience variait entre une et 10 années. Bien qu'il soit recommandé que les panélistes aient au moins deux à trois années d'expérience, une récente étude a démontré que la différence était faible entre un panel composé de professionnel.le.s avec plusieurs années d'expérience et un combinant des professionnel.le.s peu expérimenté.e.s [13]. Les autrices ont conclu qu'il était envisageable d'inclure des panélistes moins expérimenté.e.s. Aucun critère de nombre d'années d'expérience n'a donc été utilisé afin d'avoir un nombre satisfaisant de panélistes.

Chaque panéliste a reçu de la documentation sur la FpC et a ensuite été rencontré.e individuellement par vidéoconférence pendant une trentaine de minutes par la professeure responsable du cours (KM). Des instructions étaient données sur la structure de la FpC ainsi que sur le type de justifications (qui doit être en support à la réponse sur l'échelle, en ne tenant compte que de la nouvelle donnée). Par la suite, une pratique était proposée avec les deux premières vignettes. Suite à la pratique, les panélistes pouvaient poser des questions à la professeure du cours pour valider leur compréhension de la FpC; aucun.e panéliste n'a exprimé ce besoin.

La FpC était réalisée par la plateforme d'environnement numérique d'apprentissage de l'Université de Montréal (StudiUM: www.studium.umontreal.ca). Un rappel des principes de la FpC était d'abord présenté aux panélistes, puis elles pouvaient commencer à répondre aux questions. Chaque panéliste a répondu seule aux questions et ne voyait pas les réponses des autres panélistes. Chaque panéliste pouvait se connecter au moment qui lui convenait et aucune limite de temps n'était imposée. La moyenne du temps de complétion a été de deux heures. Les panélistes ont reçu une rémunération pour cet investissement en temps.

Optimisation des réponses du panel et rédaction du message de synthèse

Après la complétion de la FpC par les panélistes, chacune des réponses a été analysée afin d'éliminer celles qui étaient trop discordantes. Dans la FpC, une question idéale génère des réponses variées. Les questions habituellement exclues sont celles pour lesquelles les réponses sont soit uniformes soit unanimes. Les réponses unanimes sont celles pour lesquelles les panélistes donnent la même réponse alors que les réponses sont uniformes lorsque le nombre de panélistes est similaire pour chacun des choix de réponses. À la suite de la réception de l'ensemble des réponses des panélistes, un premier filtrage a été effectué de manière à supprimer éventuellement ces réponses unanimes ou uniformes: en l'occurrence, aucune question n'a dû être enlevée. Ensuite, pour chacune des questions, seules cinq réponses ont été conservées pour chacun des items afin d'éviter trop de confusions chez les étudiant.e.s. Les réponses « déviantes » (qui s'écartent des autres d'un point de vue quantitatif) [14] ont aussi été retirées.

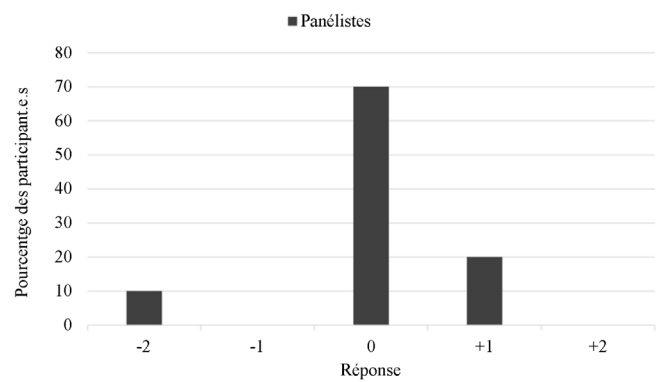


Figure 1. Représentation d'une distribution déviante chez les panélistes.

La figure 1 représente un exemple de réponse déviante pour la réponse -2 qui s'écarte des réponses des autres panélistes.

Un message de synthèse a ensuite été élaboré pour chacune des vignettes par la professeure ayant développé les vignettes. Les messages de synthèse permettent d'explicitier les éléments importants de la vignette, de nuancer les réponses des panélistes et d'offrir des pistes de réflexion aux étudiant.e.s [15].

Voici l'exemple du message de synthèse pour la mise en situation présentée dans le tableau I :

« Pour cette vignette, plusieurs hypothèses sont possibles. L'atrophie marquée au niveau du lobe temporal droit semble beaucoup moins compatible avec une aphasie post-AVC, mais elle aurait soutenu une hypothèse de trouble neurocognitif. Bien que l'hypothèse du trouble neurocognitif soit probable, le fait de savoir que la patiente n'est pas orientée dans le temps et dans l'espace, alors qu'elle est hospitalisée, n'a pas d'impact sur l'hypothèse. Plusieurs patients ont de la difficulté à donner la bonne date et à dire où ils sont car ils peuvent être souvent changés de chambre. L'hypothèse du trouble cognitivo-communicatif est aussi probable, dans le contexte où la patiente a été retrouvée par terre à la suite d'une chute. Le fait qu'il n'y ait aucun signe de traumatisme ou de fracture minimise toutefois cette hypothèse. »

Administration de la FpC aux étudiant.e.s

Participants

L'activité a été réalisée par les 71 étudiant.e.s de première année de maîtrise professionnelle en orthophonie à l'Université de Montréal.

Déroulement de la FpC

Tout comme pour les panélistes, la FpC était réalisée via la plateforme StudiUM. Un rappel des principes du dispositif pédagogique était d'abord présenté.

L'activité s'est déroulée en deux temps :

1. Les deux premières situations (*entraînement*) étaient d'abord réalisées individuellement ; plus de soutien a été donné afin de bien expliquer aux étudiant.e.s la mécanique de la FpC, notamment le fait qu'à chaque nouvelle hypothèse, on ignore la paire « hypothèse-nouvelle donnée » précédente. Iels ne pouvaient voir la réponse des autres. Chacune des questions a aussi été discutée en grand groupe afin d'explicitier le processus de raisonnement et ainsi leur permettre de bien comprendre les nuances et subtilités des mises en situation. Cette phase d'entraînement n'est pas classiquement décrite dans la plupart des articles publiés sur le sujet.
2. Les 10 mises en situation suivantes (*formation*) ont ensuite été effectuées de la façon suivante :
 - Les questionnaires correspondant aux six premières vignettes ont été administrés individuellement. Comme dans la séquence d'entraînement, iels ne pouvaient voir la réponse des autres sur la plateforme StudiUM.
 - Les questionnaires correspondant aux quatre dernières vignettes ont donné lieu à des échanges à haute voix avec les étudiant.e.s présentes dans la salle de cours. Habituellement, la FpC se réalise individuellement. Or, les étudiant.e.s ont manifesté le souhait de réaliser l'activité en petits groupes pour les dernières vignettes afin de stimuler la réflexion à voix haute et la confrontation des avis. À la suite des discussions, les étudiant.e.s pouvaient inscrire leurs réponses sur la plateforme StudiUM. Puisque nous n'avons pas recolté les réponses de tous.les étudiant.e.s., les données pour ces quatre dernières vignettes n'ont pas été analysées.

Dans la plateforme StudiUM, le module FpC inclut une boîte *Navigation du test* situé à droite dans leur fureteur qui présente des indicateurs de couleur selon la réponse des étudiant.e.s par rapport à celles des panélistes. Un indicateur rouge apparaissait lorsque la réponse fournie n'était pas celle de la majorité des panélistes. Les étudiant.e.s ont ainsi un rappel constant de leur performance tout au long de la FpC.

Enquête auprès des étudiant.e.s

Dans les outils conçus pour mettre en place une FpC, l'apprentissage se termine avec des synthèses éducatives. Afin de favoriser le développement du raisonnement clinique, il est essentiel d'associer à la formation une activité qui sollicite la pratique réflexive [2,16]. En effet, afin de maximiser et d'ancrer les apprentissages, l'étudiant.e doit s'engager activement dans le développement de ses compétences. Le bilan réflexif, qui ne fait pas normalement partie de la FpC, est un moyen permettant d'amener les étudiant.e.s à réfléchir à leurs apprentissages et aux écueils rencontrés. Ainsi, iels peuvent se fixer des objectifs d'apprentissage pour la suite en identifiant des moyens concrets afin de les atteindre. Le fait d'avoir à poser un regard sur l'expérience donne aussi l'occasion à l'étudiant.e de développer de bonnes habiletés

d'auto-évaluation qui sont essentielles au cheminement d'un.e professionnel.le compétent.e.

À la suite de l'activité, un sondage de type bilan réflexif sur la plateforme en ligne Forms de la suite Microsoft Office (forms.office.com) a été envoyé à tous les étudiant.e.s. La participation au sondage était optionnelle, comme l'ont également suggéré Fernandez *et al.* [6]. Parmi les questions du bilan réflexif, trois questions ont été analysées dans le cadre du présent récit de pratique, soit la question qui visait à donner une appréciation globale de l'activité sur une échelle dont le niveau maximum était de 5 ainsi que deux questions à développement (le détail des questions du sondage est disponible en [Annexe A](#) (disponible en tant que matériel éditorial supplémentaire en ligne). D'autres commentaires sur la plateforme et sur l'appréciation de l'activité par les cliniciennes ont aussi été collectés informellement.

Analyse des données

Formation par concordance

Les données des 10 panélistes et des 71 étudiant.e.s de la cohorte des étudiant.e.s ont été recueillies dans le module FpC de la plateforme StudiUM. Des analyses descriptives des données de l'entraînement et de formation ont été réalisées.

Bilan réflexif des étudiant.e.s

Les données constituées par les réponses aux deux questions à développement ont été agrégées dans une base de données puis ont été analysées par le biais de la méthode d'analyse thématique [17]. Dans un premier temps, une des autrices (RM) a procédé au repérage des propos en lien avec chacune des deux thématiques d'intérêt. À l'aide du cadre théorique d'Audétat *et al.* [9] et l'ajout de la dimension du raisonnement intuitif, les propos en lien avec les étapes du raisonnement clinique ont été repérés dans la question portant sur les apprentissages. Le continuum des postures de l'étudiant.e proposé par Giroux et Girard [12] a été utilisé pour repérer les propos en lien avec les positions d'apprentissages et d'évaluation dans la question portant sur la satisfaction. Ensuite, la même autrice (RM) a procédé au regroupement des propos selon quatre angles proposés par Giroux et Girard [12] qui caractérisaient les concepts des positions d'apprentissages et d'évaluation, c'est à dire les besoins et motivations, pensées, émotions, attitudes face à l'apprentissage. La deuxième autrice (KM) a procédé à une vérification du codage et des regroupements afin de s'assurer d'une vision commune. Compte tenu de la taille de l'échantillon (30 réponses), aucun outil ou logiciel n'a été utilisé.

Résultats

Formation par concordance

Pendant la séquence d'entraînement, les étudiant.e.s avaient plus de difficultés à comprendre la mécanique de la FpC, malgré les explications données avant le début de

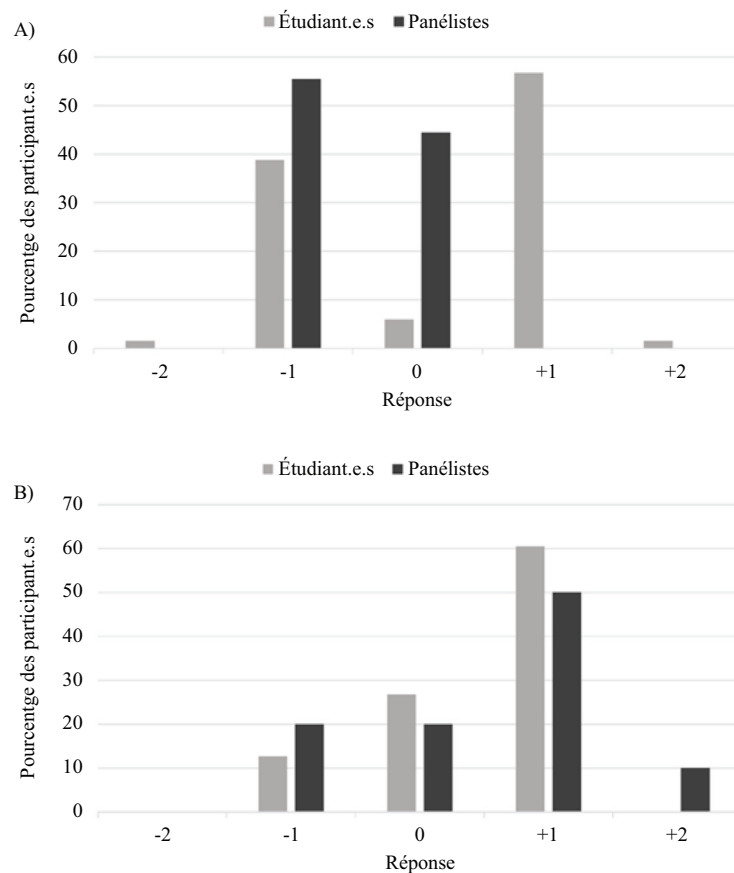


Figure 2. Représentation d’une distribution discordante (A) et d’une distribution concordante (B) entre les étudiant.e.s et les panélistes.

l’activité. Les étudiant.e.s ont répondu de façon discordante par rapport aux panélistes à quatre des six questions d’entraînement. Un exemple d’une telle distribution discordante entre les étudiant.e.s et les panélistes est présenté sur la [figure 2A](#).

En revanche, pour les 18 questions suivantes (partie « formation »), les réponses des panélistes et des étudiant.e.s se sont avérées nettement plus concordantes. En effet, 15 de ces 18 questions ont une distribution de réponses concordantes entre les panélistes et les étudiant.e.s. Un exemple d’une telle distribution concordante entre les étudiant.e.s et les panélistes est présenté sur la [figure 2B](#).

Lors de la réalisation de l’activité, les étudiant.e.s ont verbalisé se sentir évalué.e.s, alors que l’activité était formative. À mesure que des onglets rouges s’ajoutaient dans l’onglet *Navigation du test*, iels ont aussi rapporté se sentir de moins en moins compétent.e.s.

Bilan réflexif des étudiant.e.s

Près de la moitié des étudiant.e.s ont complété le sondage ($n=30$), ce qui est comparable à une des rares études portant sur la perception de la FpC auprès d’étudiant.e.s en sciences vétérinaires [18]. Une majorité (61%) ont donné une note de 5 (sur un maximum de 5) pour l’appréciation globale de la FpC, près du tiers (32%)

ont donné une note de 4 et une minorité (7%) ont donné une note de 3, pour une moyenne de 4,55. À titre comparatif, un atelier de raisonnement clinique a aussi été réalisé dans le cours. Cette activité est reprise depuis maintenant trois ans et a donc pu être améliorée après que les commentaires des étudiant.e.s des années antérieures aient été recueillis. Le bilan réflexif de cette activité a généré un score moyen de 4,76 auprès d’un nombre similaire d’étudiant.e.s ($n=35$).

Concernant les apprentissages réalisés, les réponses ont été analysées à l’aide du cadre conceptuel décrit par Audétat *et al.* [9], auquel nous avons ajouté l’élément du raisonnement intuitif. Des exemples représentatifs de chacune des dimensions constitutives sont rapportés dans le [tableau II](#). L’importance du raisonnement intuitif a été nommée par plusieurs étudiant.e.s. D’autres étudiant.e.s ont rapporté avoir appris à générer des hypothèses. En lien avec les hypothèses générées initialement, des étudiant.e.s ont pris conscience de la possibilité de fermeture prématurée. La priorisation et l’interprétation des données sont généralement plus difficiles à faire, bien que ces aspects fassent partie intégrante du processus de raisonnement clinique. Des étudiant.e.s ont signalé que la FpC leur a permis d’apprendre à concrétiser cette opération mentale importante (par exemple : « *L’impact d’une nouvelle information (tâche, site de lésion) sur l’hypothèse* » et

Tableau II. Exemples de réponses des étudiant.e.s à la question : « *Quels sont les apprentissages réalisés ?* ».

Dimensions constitutantes du RC	Extraits de réponses des étudiant.e.s
Importance du raisonnement intuitif	● « Chercher trop loin me nuisait. », « Développer mon processus intuitif. » ● « Je pense aussi que j'ai réalisé qu'il est important de se fier à son instinct et que celui-ci est un bon allié dans ce genre de situation clinique. » ● « Me positionner rapidement avec un nombre limité d'éléments. »
Génération d'hypothèses	● « Me positionner rapidement avec un nombre limité d'éléments – Émettre des hypothèses et retenir les plus probables pour faire un jugement. » ● « J'apprends à faire des liens sur chaque information apportée, au lieu d'essayer de prendre plusieurs informations avant de penser à des liens ou des hypothèses. »
Fermeture prématurée	● « J'ai appris à ne pas rester "prise" avec ma première hypothèse, mais de continuer à chercher d'autres possibilités. »
Priorisation/ Interprétation des données	● « J'apprends à faire des liens sur chaque information apportée. » ● « J'ai pu apprendre comment analyser chaque information de façon indépendante de l'autre. » ● « L'impact d'une nouvelle information (tâche, site de lésion) sur l'hypothèse. » ● « Identifier les éléments pertinents pour poser un jugement. »
Portrait global	● « Les réponses des panélistes m'aident également à voir "the bigger picture" et considérer tous les éléments dans un ensemble et non seulement comme des caractéristiques distinctes, sans lien. » ● « On a vu les différentes atteintes de manière distinctes, mais la formation par concordance nous poussait à faire un tout de ces notions. » ● « L'importance d'avoir un portrait global du patient. »

« Identifier les éléments pertinents pour poser un jugement »). D'autres étudiant.e.s ont aussi démontré qu'ils entrevoient l'importance d'un portrait global de la situation. Finalement, plusieurs étudiant.e.s ont nommé des apprentissages en lien avec les connaissances, ce qui n'a pas été codé, compte tenu des thématiques analysées.

Nous avons également exploré la perception de réussite des étudiant.e.s. L'item dans le questionnaire était précisément formulé ainsi : « Votre niveau de satisfaction quant à votre performance ? Pensez-vous que votre performance est au niveau attendu pour votre stade de votre formation, pourquoi ? ». Des extraits de réponses des étudiant.e.s ont été regroupés suivant le continuum des postures de l'apprenant proposées par Giroux et Girard [12] et des exemples sont rapportés dans le [tableau III](#). Une minorité de réponses s'inscrivent dans une position d'évaluation. Certain.e.s étudiant.e.s perçoivent leurs lacunes comme des défaillances (par exemple : « Je ne suis pas satisfaite de ma performance. J'ai de la difficulté à savoir si elle(...) est au niveau attendu. Je constate que certaines étudiantes sont au même niveau que moi et que d'autres sont plus avancées dans leur maîtrise des connaissances. Cela me donne l'impression de ne pas être au niveau souhaité. » Un autre groupe de réponses se trouve à mi-chemin entre la position d'évaluation et la position d'apprentissage. Ces propos regroupent autant

une vision positive de l'apprentissage qu'une appréhension face à l'échec potentiel (par exemple : « Je suis un peu déçu de ma performance. J'ai trouvé cela difficile, mais je crois que c'est normal de ne pas tout connaître maintenant. Il y avait peu d'information fournie ce qui rendait la situation stressante. »). Enfin, de nombreuses réponses correspondent de manière plus franche à une position d'apprentissage ; ces étudiant.e.s se voient en cheminement, la notion de succès et d'échec n'est pas vue comme une fin en soi mais comme un indicateur de ce qu'il reste à apprendre. La possibilité d'avoir accès à la rétroaction élaborée des panélistes était perçue comme source d'apprentissages (par exemple : « Je pense que ma performance était bonne, même si je n'obtenais pas toujours la "bonne réponse sur StudiUM". Plusieurs des éléments que j'ai utilisés lors de mes justifications se retrouvaient également dans les réponses des cliniciens. »).

Discussion

Principaux résultats

L'objectif du présent article était de décrire l'expérience de pratique de la FpC réalisée auprès d'étudiant.e.s de première année en orthophonie dans le cadre d'un cours portant sur l'évaluation des troubles acquis de la commu-

Tableau III. Exemples de réponses des étudiant.e.s à la question « Pensez-vous que votre performance est au niveau attendu pour votre stade de votre formation, pourquoi ? », analysées selon le continuum des positions de l'apprenant proposé par Giroux et Girard [7].

	Position d'évaluation	Position ambivalente	Position d'apprentissage
Besoins et motivations	Être conforme aux attentes ● Je crois que c'était une activité difficile et que j'aurais peut-être pu avoir une meilleure performance.	● Je ne suis pas satisfaite de ma performance. J'ai de la difficulté à savoir si ma performance est au niveau attendu. Je constate que certaines étudiantes sont au même niveau que moi et que d'autres sont plus avancées dans leur maîtrise des connaissances. Cela me donne l'impression de ne pas être au niveau souhaité.	Apprendre et expérimenter ● Je pense que ma performance était bonne, même si je n'obtenais pas toujours la « bonne réponse sur StudiUM ». Plusieurs des éléments que j'ai utilisés lors de mes justifications se retrouvaient également dans les réponses des cliniciens. ● Je suis globalement satisfaite. J'ai trouvé ça très stimulant et malgré que certaines étaient plus difficiles, cela rendait le tout plus « challengeant » et très bénéfique. J'ai réalisé aussi que mon raisonnement était globalement bon. Et que parfois mes réponses et mes raisonnements étaient bons mais que je me trompais de réponse à cause du sens de la question mais les réponses des panélistes m'aidaient à bien/mieux justifier mes réponses.
Pensées	Vise à fournir la bonne réponse ● Moyennement satisfaite, j'ai trouvé que je manquais de connaissances pour amener mon raisonnement plus loin. Je ne savais pas non plus que l'activité pouvait rassembler les cours de deux autres professeur.e.s, j'avais plutôt porté mon étude préalable sur les cours des AVC et des aphasies.	● Un peu déçue de ma performance, je pense que j'aurais pu mieux performer. Je pense que ma performance était légèrement sous ce qui était attendu. Mes réponses n'étaient que parfois les mêmes que celles des panélistes.	Considère les zones grises comme opportunités d'apprentissage ; considère plusieurs hypothèses ● Qu'il est possible que 2 professionnels divergent d'opinion tout en ayant tous deux des raisons valables ● J'ai appris aussi que même entre différent.e.s professionnel.les, le raisonnement clinique peut varier d'une personne à l'autre, et que plusieurs raisonnements à propos d'un même cas peuvent être tout aussi valides.
Émotions	Fragilité par rapport à sa compétence ; ressent ses lacunes comme des faiblesses ● Un peu déçue de ma performance, je pense que	● Je suis un peu déçue de ma performance. J'ai trouvé cela difficile, mais je crois que c'est normal de ne pas tout connaître maintenant. Il y avait peu d'information fournie	Normalise le statut de débutant, qui est vécu de façon sereine ● J'ai réalisé qu'il n'avait pas de vérité absolue que les réponses des panélistes variaient beaucoup. Cela m'a permis de [...] diminuer mon stress de me tromper dans

Tableau III. (suite).

	Position d'évaluation	Position ambivalente	Position d'apprentissage
	j'aurais pu mieux performer. Je pense que ma performance était légèrement sous ce qui était attendu. Mes réponses n'étaient que parfois les mêmes que celles des panélistes	ce qui rendait la situation stressante. (...) ● Ma performance n'était pas aussi bonne que je l'aurais espéré. Je pense que je dois apprendre par cœur mes notes de cours et les relire à plusieurs reprises pour être en mesure d'y accéder aisément	mon cheminement de raisonnement clinique ● (...) je crois que somme toutes j'ai eu de bons raisonnement et qu'à l'endroit où je suis dans ma formation il est normal de ne pas tout avoir bon et de faire des erreurs, tant que j'apprenne de celles-ci.
Attitudes face à l'apprentissage		● Je crois que ma performance est adéquate au stade actuel de ma formation, malgré que je ne me sentais pas toujours confiante dans mon raisonnement ou dans ma justification. ● Pendant l'activité, je ne me trouvais pas si mal. J'étais agréablement surprise même compte tenu que je n'étais pas vraiment préparée. Toutefois, avec la note finale j'avoue être déçue de ma performance et je crois que mon niveau devrait être supérieur à ce qu'il est en ce moment. D'un autre côté, j'ai l'impression d'acquérir beaucoup (...) de nouvelles connaissances en ce moment et de ne pas toutes les avoir intégrées au point de pouvoir bien les manipuler. Néanmoins, c'est ce genre d'activité d'apprentissage qui permet de le constater et d'agir en conséquence.	Volonté de progresser ; accepte la critique perçue d'émblée comme constructive et nécessaire à l'apprentissage ● Je suis satisfaite des réflexions que j'avais avec les autres étudiantes, je suis consciente que je ne maîtrise pas encore la matière, mais en équipe nous avançons bien, et même si les réponses des panélistes étaient plus complètes et approfondies que mes réflexions personnelles, la plupart du temps, j'étais dans la bonne direction. Je pense que pour un début de formation (compte tenu que nous n'avons aucune expérience clinique), ma performance était appropriée. ● Je ne sais pas ce qui est attendu de moi à ce stade. J'ai raté beaucoup de questions, mais parfois mes justifications correspondaient avec les justifications des panélistes. J'ai aussi appris de mes erreurs, alors ma note ne témoigne pas vraiment de mes capacités actuelles puisque l'activité m'a permis de développer mes capacités et d'identifier mes fragilités.

nication. Nous nous sommes intéressé à la perspective d'apprentissage des étudiant.e.s afin de s'assurer que la FpC répondait bien aux attentes de formation de l'enseignante pour les étudiant.e.s, c'est à dire le développement de leur raisonnement clinique. Les commentaires recueillis auprès des étudiant.e.s indiquent que cette activité favorise, entre autres, une perception de développement du raisonnement clinique chez les apprenant.e.s et les amène, selon leur propos, dans une grande proportion, à adopter spontanément une position d'apprentissage.

L'utilisation du bilan réflexif a permis aux apprenant.e.s de se positionner en métacognition et de réaliser que leur apprentissage concernait, entre autres, l'utilisation d'un raisonnement clinique sur la base des connaissances qu'ils ont développé au cours des semaines précédant l'activité. Spécifiquement en orthophonie, la pratique réflexive a été définie comme étant les moyens qui permettent de donner du sens aux nouveaux apprentissages et de les ancrer dans ses connaissances actuelles [19]. L'ajout d'un élément de pratique réflexive à la FpC est donc selon nous un ajout incontournable pour amener l'étudiant.e à poser un regard sur son développement. Nous proposons donc que cet élément soit inclus pour compléter l'expérience de la FpC et pour soutenir le développement d'une pratique réflexive chez les étudiant.e.s, puisque la pratique réflexive est maintenant encouragée pour les clinicien.ne.s par les entités professionnelles régissant la pratique orthophonique dans de nombreux pays et doit donc être travaillée avant l'entrée sur le marché du travail [20]. Il est par ailleurs intéressant de relever que dans le corpus recueilli, et alors même que la question était ouverte (et ne les induisait pas dans le sens précis du raisonnement clinique), les propos abordent toutes les dimensions constitutives du raisonnement clinique tel que proposé par Audétat *et al.* [9]. Les termes utilisés étaient parfois même ceux décrits dans la littérature et présentés dans le cours quelques semaines auparavant. Il nous apparaît donc que la plupart des apprenant.e.s reconnaissent la valeur pédagogique pour intégrer les connaissances apprises. Cela renforce notre conviction qu'un cours préalable sur le raisonnement clinique est primordial et que le dispositif présente une utilité perçue élevée concernant spécifiquement le raisonnement clinique. Par ailleurs, bien que moins étudié que la pratique réflexive à l'écrit, la discussion en groupe d'étudiants permet aussi de développer une pratique réflexive [21,22]. La discussion en groupes a aussi été ajoutée afin de favoriser l'apprentissage, ce qui semble aussi avoir été bénéfique. Le fait d'avoir à préciser sa pensée à haute voix, d'avoir à défendre une position parmi d'autres a été apprécié. C'est encore une autre manière d'être ancré dans des pédagogies dites actives.

Tel que mentionné précédemment, les concepts de positions d'apprentissage sont majoritairement utilisés en formation clinique (supervision de stagiaires et résidents) [12]. Les résultats de la présente étude semblent montrer que la FpC favorise aussi une position d'apprentissage chez l'apprenant.e qui n'a pas encore débuté sa formation clinique. En s'éloignant de questions auxquelles il n'y

aurait qu'une seule bonne réponse, la FpC oblige les étudiant.e.s à considérer plusieurs hypothèses (diagnostiques ou d'intervention) face à un problème clinique. La FpC permet aux étudiant.e.s de développer leur raisonnement clinique dans un contexte d'ambiguïté et d'incertitude par la comparaison de leur micro-jugement à celui de divers clinicien.ne.s à l'aide de vignettes authentiques [7]. Puisque les panélistes n'ont pas tous les mêmes réponses ni les mêmes justifications, la FpC permet de démontrer aux étudiant.e.s que, dans la pratique clinique, il n'y a pas toujours une seule bonne réponse et que la prise de décision est beaucoup plus nuancée. Les présents résultats semblent différer de ceux obtenus auprès d'étudiant.e.s en première année de médecine et qui n'avaient aussi pas débuté leur formation clinique [6]. Selon les résultats obtenus suite à une FpC de raisonnement clinique, les étudiant.e.s de première année de médecine acceptaient plus difficilement qu'il n'y ait pas une seule bonne réponse alors que les étudiant.e.s de troisième année appréciaient les nuances données par les panélistes pour justifier leurs réponses. Cette différence peut s'expliquer par les choix méthodologiques qui ont été fait dans la préparation de la FpC. En effet, contrairement à ce qui est proposé par Charlin *et al.* [7] et rapporté par Fernandez *et al.* [6], bien que les étudiant.e.s étaient en début de parcours professionnalisant, nous avons décidé de présenter des vignettes présentant un plus grand degré d'ambiguïté et moins centré sur l'application des connaissances afin d'amener les étudiant.e.s à raisonner sur des données cliniques et les aider à mieux se préparer à l'incertitude et la complexité de la clinique. De plus, bien que Charlin *et al.* [7] proposent qu'une seule personne pourrait répondre aux mises en situations pour les apprenant.e.s débutant.e.s, nous avons décidé de recourir à un panel de référence et une échelle Likert sur cinq points afin que les étudiant.e.s puissent être exposés aux différentes nuances apportées par les panélistes lorsqu'ils explicitent leur raisonnement clinique. Dans l'étude de Fernandez *et al.* [6], une échelle de Likert à trois niveaux a été utilisée avec les étudiant.e.s de première année et les étudiant.e.s n'avaient que les réponses des panélistes (sans justification) ainsi qu'un message de synthèse, alors que dans la présente FpC, les étudiant.e.s utilisaient une échelle Likert à cinq niveaux, avaient accès aux justifications des panélistes qui étaient suivis d'un message de synthèse. Contrairement à Fernandez *et al.* [6], une étude réalisée auprès de 45 étudiant.e.s de première et troisième année en soins infirmiers a rapporté que les étudiant.e.s ont apprécié avoir l'opportunité d'avoir des réponses et raisonnements variés [23], ce qui concorde avec ce que les étudiant.e.s nous ont rapporté dans la présente activité. D'après une récente étude réalisée auprès de résident.e.s en oto-rhino-laryngologie [24], les auteurs ont conclu que le test de concordance de script (TCS) devrait être utilisé plus fréquemment et de façon formative, donc en format FpC, afin de familiariser les résident.e.s et les clinicien.ne.s à cette méthode d'apprentissage. Le présent récit semble accréditer cette conclusion puisque les résultats indiquent

que les étudiant.e.s en début du parcours professionnalisant dans les sciences de la santé sont capables de répondre de façon concordante avec les panélistes et qu'ils perçoivent le potentiel d'apprentissage de l'activité.

Lorsque la concordance de scripts est utilisée de façon sommative, donc en format TCS, il est recommandé d'inclure des items de pratique puisque les étudiant.e.s ne sont pas habitué.e.s au format de questions [25]. À notre connaissance, les études portant sur la FpC ne précisent pas si des items d'entraînement sont inclus. Comme il s'agissait d'une première pour les étudiant.e.s de notre programme, nous avons regardé les résultats séparément pour la partie « entraînement » et la partie « formation ». Les résultats obtenus lors de la partie entraînement semblent démontrer qu'il est important de permettre aux apprenant.e.s, dans un premier temps, d'expérimenter la « mécanique » de la FpC avant de les laisser seul.e.s face au dispositif. Lors de la partie « entraînement », les étudiant.e.s avaient des distributions de réponses qui différaient de celles des panélistes. Après la partie « entraînement », la distribution est devenue beaucoup plus similaire à celles des panélistes. Comme les étudiant.e.s de première année se situent à un niveau débutant, leur processus de raisonnement clinique est moins développé et efficace que celui des panélistes, ce qui peut expliquer la distribution discordante. Durant la partie entraînement, les étudiant.e.s obtenaient une rétroaction immédiate avec les réponses des panélistes, les messages de synthèse ainsi qu'une rétroaction en grand groupe qui n'est traditionnellement pas donnée en FpC. Cet accompagnement en grand groupe peut avoir aidé les étudiant.e.s à réaliser la suite de la FpC. Une autre hypothèse plausible serait que les étudiant.e.s se soient ajusté.e.s aux réponses des panélistes. Étant dans une formation de deuxième cycle pour laquelle les étudiant.e.s doivent démontrer des performances pour être admis, les étudiant.e.s sont conditionnés à chercher la bonne réponse ou à tout le moins à se rapprocher de réponses plus consensuelles, et donc à être davantage en position d'évaluation (à la recherche de la bonne réponse afin de paraître compétent.e.s) [18]. Les positions d'évaluation et d'apprentissage s'inscrivent dans un continuum interactif dans lequel les étudiant.e.s se déplacent continuellement dans le continuum en fonction de différents facteurs liés à l'apprentissage, dont la situation d'apprentissage elle-même [18]. Bien que les étudiant.e.s aient perçu qu'ils étaient en position d'apprentissage dans le bilan réflexif, plusieurs étudiant.e.s ont verbalisé lors de la FpC qu'ils évaluaient leur performance par la couleur automatiquement générée par la plateforme en fonction des réponses des panélistes au moment de réaliser la FpC. Des étudiant.e.s en sciences vétérinaires ont déjà rapporté n'utiliser que trois choix de réponses pour être plus prudent.e.s et éviter de se commettre [18]. Il apparaît donc que l'onglet *Navigation du test* de la plateforme FpC intégrée dans StudiUM pourrait induire une position d'évaluation, et ainsi avoir pour impact de fragiliser les apprenant.e.s par rapport à leur compétence.

Limites

Le présent récit de pratique n'est qu'une étape préliminaire pour étudier l'utilisation de la FpC en orthophonie et présente donc plusieurs limites. Tout d'abord, cette étude a porté sur les étudiant.e.s d'une seule université et d'un seul cours qui était orienté sur le développement des compétences. Il est donc difficile de savoir si les étudiant.e.s d'autres cours et d'autres programmes auraient apprécié l'activité différemment ou si les apprentissages réalisés auraient été différents.

Deuxièmement, il aurait été préférable de réaliser une série d'entretiens semi-structurés ou un groupe de discussion focalisée (*focus group*) plutôt que de simplement utiliser un bilan réflexif qui mélangeait des réponses quantitatives et des réponses qualitatives pour l'analyse thématique. Bien que les entretiens en personne auraient fort probablement permis une analyse qualitative plus rigoureuse et plus complète, comme ce qui a été fait auprès d'étudiant.e.s en soins infirmiers [23], il importe toutefois de mentionner que la majorité des étudiant.e.s qui ont répondu aux questions ouvertes ont produit des réponses élaborées comportant plusieurs phrases, contrairement à ce qui est généralement attendu [26]. Comme l'analyse thématique s'est avérée être le focus principal du présent article et visait à répondre aux questionnements des professeurs, nous croyons néanmoins que les présents résultats sont rigoureux, sincères, éthiques et résonnent auprès de collègues professeur.e.s en sciences de la santé. Le présent récit de pratique devrait être complété par la réalisation d'une étude conceptualisée, qui inclura des groupes de discussion, ce qui nous permettra d'atteindre le critère de richesse requis pour l'analyse qualitative [26].

Troisièmement, le bilan réflexif était optionnel et n'a pas été complété par l'ensemble des étudiant.e.s. Bien qu'il eût été optimal que le bilan réflexif soit obligatoire, le taux de réponse obtenu est supérieur à ce qui a déjà été rapporté pour des étudiant.e.s de première année en médecine à qui l'on demandait, de façon volontaire et non obligatoire, de fournir des commentaires qualitatifs suite à une FpC qui visait le raisonnement clinique [6]. Comme près de la moitié des étudiant.e.s ont répondu, nous n'avons pas de raisons de croire que les réponses ne soient pas représentatives de l'ensemble de la classe.

Une autre limite de la présente étude porte sur le développement de la FpC. Il est d'usage de sélectionner les meilleures vignettes et de retirer les vignettes dont les réponses sont unanimes ou uniformes. Aucune vignette ne présentait de distribution unanime ou uniforme. Or, certaines vignettes présentaient des réponses « déviantes » [14]. Ces vignettes devront être retravaillées afin de réduire des éléments d'incertitude qui ont conduit aux réponses hétérogènes. Bien que les réponses sur l'échelle de Likert semblaient parfois divergentes, nous avons remarqué que les justifications se rejoignaient souvent. Par ailleurs, des vidéos avaient aussi été insérées dans certaines vignettes. Ces support audio-visuels étaient appréciés des étudiant.e.s ; par contre, ils ont fortement renforcé une hypothèse chez

certaines cliniciens, ce qui a ensuite biaisé certaines réponses. Dans une version 2.0 de la FpC, les vidéos seront retirées afin que les panélistes ne puissent pas aussi facilement utiliser leur raisonnement intuitif.

Conclusion

Un nombre grandissant de programmes de formation en orthophonie, et en sciences de la santé, subiront des transformations afin d'adopter une approche par compétences. Ce changement de fond requerra de se tourner vers de nouvelles activités pédagogiques. Les résultats de cette initiative pédagogique encouragent l'utilisation de la FpC dans la formation des étudiant.e.s en orthophonie. La FpC s'avère être une activité formative que les enseignant.e.s des programmes d'orthophonie devraient considérer lorsqu'ils souhaitent travailler le raisonnement clinique et s'assurer de l'intégration des connaissances. La présente expérience a montré que la FpC favorise une bonne compréhension du rôle du raisonnement clinique chez les étudiant.e.s et les place majoritairement dans une position d'apprentissage. L'ajout du bilan réflexif, qui ne fait pas classiquement partie de la FpC, pourrait permettre aux étudiant.e.s d'optimiser leurs apprentissages. Des études complémentaires seront nécessaires pour explorer les questions en suspens identifiées au cours du présent travail qui était de nature exploratoire.

Matériel supplémentaire

Annexe A. Bilan réflexif complété de façon optionnelle après la FpC. Le matériel supplémentaire est disponible sur <https://www.pedagogie-medecale.org/10.1051/pmed/2023008/olm>.

Contributions

Rebecca Maftoul et Karine Marcotte ont recueilli les données de la formation par concordance et du bilan réflexif (données anonymisées), interprété les résultats, réalisé les analyses et rédigé le manuscrit.

Liens d'intérêts

Aucun auteur.trice ne déclare de conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

Approbation éthique

Non sollicitée.

Références

1. Tardif J. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière Education, 2006.
2. Pelaccia T. Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2016.
3. Scallion G. L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. Bruxelles: De Boeck Université, 2004.
4. Charlin B, Tardif J, Boshuizen HPA. Scripts and medical diagnostic knowledge. *Acad Med* 2000;75:182-90.
5. Mann KV. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Med Educ* 2011;45: 60-8.
6. Fernandez N, Foucault A, Dubé S, Robert D, Lafond C, Vincent A-M, *et al.* Learning-by-Concordance (LbC): introducing undergraduate students to the complexity and uncertainty of clinical practice. *Can Med Assoc J* 2016;7:e104-e113.
7. Charlin B, Deschênes M-F, Fernandez N. Learning-by-Concordance (LbC) to develop professional reasoning skills: AMEE Guide No. 141. *Med Teach* 2021;43:614-21.
8. Delany C, Golding C. Teaching clinical reasoning by making thinking visible: an action research project with allied health clinical educators. *BMC Med Educ* 2014;14.
9. Audétat M-C, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. *Pédagogie Médicale* 2011;12:223-9.
10. Dweck CS. *Mindset: The new psychology of success*. New York: Random House Digital, Inc, 2008.
11. Giroux M, Saucier D, Cameron C, Rheault C. Adopting a learning stance: an essential tool for competency development. *Can Fam Physician* 2016;62:e48-e51.
12. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale* 2009;10:193-210.
13. Peyrony O, Hutin A, Truchot J, Borie R, Calvet D, Albaladejo A, *et al.* Impact of panelists' experience on script concordance test scores of medical students. *BMC Med Educ* 2020;20.
14. Lubarsky S, Dory V, Duggan P, Gagnon R, Charlin B. Script concordance testing: from theory to practice: AMEE Guide No. 75. *Med Teach* 2013;35:184-93.
15. Charlin B, Fernandez N. Préparer et animer une formation par concordance. In: Pelaccia T (sous la direction de). Comment (mieux) former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé? Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2016:325-40.
16. Moon JA. *A handbook of reflective and experiential learning: theory and practice*. London: Routledge, 2004.
17. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes*. Paris: Armand, 2008.
18. Cobb KA, Brown G, Hammond R, Mossop LH. Students' perceptions of the script concordance test and its impact on their learning behavior: a mixed methods study. *J Vet Med Educ* 2015;42:45-52.
19. McAllister L, Lincoln M. *Clinical education in speech language pathology*. London: Whurr, 2004.
20. Cook K, Tillard G, Wyles C, Gerhard D, Ormond T, McAuliffe M. Assessing and developing the written reflective practice skills of speech-language pathology students. *Int J Speech Lang Pathol* 2019;21:46-55.
21. Caty M-È, Kinsella EA, Doyle PC. Reflective practice in speech-language pathology: a scoping review. *Int J Speech Lang Pathol* 2015;17:411-20.
22. Tillard GD, Cook K, Gerhard D, Keast L, McAuliffe M. Speech-language pathology student participation in verbal reflective practice groups: perceptions of development, value, and group condition differences. *Teach Learn Commun Sci Disord* 2018;2:Art 5.

23. Deschênes M-F, Goudreau J, Fernandez N. Learning strategies used by undergraduate nursing students in the context of a digital educational strategy based on script concordance: a descriptive study. *Nurse Educ Today* 2020;95:104607.
24. Leclerc A-A, Nguyen LHP, Charlin B, Lubarsky S, Ayad T. Assessing the acceptability of script concordance testing: a nationwide study in otolaryngology. *Can J Surg* 2021;64: E317-E323.
25. Fournier JP, Demeester A, Charlin B. Script concordance tests: guidelines for construction. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:18.
26. LaDonna KA, Taylor T, Lingard L. Why open-ended survey questions are unlikely to support rigorous qualitative insights. *Acad Med* 2018;93:347-9.

Citation de l'article : Maftoul R, Marcotte K. Formation par concordance de script en orthophonie: récit de pratique en évaluation des troubles acquis de la communication. *Pédagogie Médicale* 2023;24:179-192