

Haute école de santé
Genève

Filière Soins infirmiers

Selon la philosophie de Benner, de Novice à Expert, le niveau de compétence a-t-il une influence sur le raisonnement clinique infirmier dans un service d'urgence adulte ?

Travail de Bachelor

Choca Sema, n° de matricule : 1265 5098
Ferreira Fani, n° de matricule : 1265 4554
Léguillon Marine, n° de matricule : 1265 5437

Directeur-trice : Chatelain Brigitte- chargée d'enseignement HES
Membre du jury externe : Gigon Valentin- infirmier – Service des Urgences HUG

Genève, le 3 août 2015

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 3 août 2015

Fani Ferreira, Marine Léguillon, Sema Choca

Remerciements

À l'issue de la rédaction de cette recherche, nous avons pu mettre en pratique l'un des principaux rôles de l'infirmière. En effet, nous nous sommes adaptées aux exigences et la rigueur demandée pour la réalisation de ce travail. De plus, nous avons travaillé en équipe, et sous la supervision d'un directeur.

C'est pourquoi, nous tenons tout d'abord à remercier, Madame Brigitte Chatelain, notre directrice de travail pour ce Bachelor, pour les heures qu'elle a consacré à diriger cette recherche, et pour ses judicieux conseils. Nous lui sommes particulièrement reconnaissantes pour sa disponibilité et ses encouragements.

Nos remerciements vont également à Monsieur Valentin Gigon, pour avoir accepté de participer en qualité de jury à ce travail. Son implication et son intérêt pour notre recherche nous ont touché.

Notre reconnaissance finale va tout particulièrement aux soutiens affectifs et motivationnels de nos familles et de nos amis.

Résumé :

« La confrontation des connaissances théoriques à la réalité des pratiques hospitalières. »

Le raisonnement clinique infirmier est un sujet d'actualité dans la formation. En effet, les étudiants sont de plus en plus formés pour pratiquer des examens cliniques, mais également pour acquérir une réflexion professionnelle. Au cours du cursus de formation actuel, ils sont amenés à travailler en interdisciplinarité dans le but d'apprendre à collaborer avec les différents professionnels de santé et de connaître leur rôle propre.

Dans le développement de ce travail, il est démontré l'importance d'avoir un raisonnement clinique approprié et rigoureux afin d'éviter des erreurs et une mauvaise formulation d'hypothèse diagnostique.

La revue de la littérature a permis de vérifier si l'importance de cette compétence est prouvée. Est-il juste de penser que l'infirmier doit acquérir ces aptitudes?

Les résultats ont été étudiés dans une discussion basée sur des données probantes. Il s'agit de l'importance de l'expérience et de l'intuition, du rôle de leadership, et la place du raisonnement clinique dans l'enseignement et la formation continue.

Mots clés utilisés pour cette recherche

- Raisonnement clinique
- Infirmier
- Urgence
- Évaluation clinique
- Jugement clinique

En anglais, keywords

- Clinical reasoning
- Nurse
- Emergency
- Clinical evaluation
- Clinical judgement

Liste des tableaux

Tableau 1. L'évaluation clinique	2
Tableau 2. ISBAR	3
Tableau 3. Compétences nécessaires aux diverses étapes de la prise de décision	5
Tableau 4. Relation entre la philosophie et le modèle conceptuel	11
Tableau 5. PICOT	13
Tableau 6. HONselect	13
Tableau 7. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique	31

Liste des figures

Figure 1. Hiérarchie des connaissances	9
Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles	16

Table des matières

1. Introduction	1
1.1. Problématique	1
1.1.1. Description et justification de la pertinence du thème	4
1.1.2. Groupe cible	5
1.2. Cadre théorique	6
1.2.1. Modèle de soins	8
1.2.2. Métaconcepts infirmiers d'après Martha E. Rogers	8
1.2.3. Liens entre l'ancrage disciplinaire de Rogers et la philosophie de Benner	9
1.3. Question de recherche	12
2. Méthode	13
2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	13
2.2. Diagramme de flux	15
3. Résultats	17
3.1. Clinical reasoning : concept analysis	17
3.2. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências	19
3.3. Passing the audition - the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage	20
3.4. Clinical reasoning in nursing, a think-aloud study using virtual patients – A base for an innovative assessment	22
3.5. Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels	23
3.6. Medical-surgical nurses' perceived self-confidence and leadership abilities as first responders in acute patient deterioration events	26
3.7. Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers	27
3.8. Elaboration et validation d'un test de concordance de script pour évaluer le raisonnement clinique des infirmières en contexte de détérioration de la condition clinique	28
3.9. Clinical reasoning during simulation : Comparison off student and faculty raitings	29
3.10. Tableau comparatif	30
4. Discussion	38
4.1. Expérience et intuition	38
4.2. Le rôle de leadership	39
4.3. Place dans l'enseignement et la formation continue	40
5. Conclusion	41

5.1. Apports et limites du travail	41
5.2. Recommandations	42
6. Références	43
7. Annexes	45

Définition des termes spécifiques

Le raisonnement clinique infirmier : Il est défini comme un “Processus cognitif que les infirmières utilisent lorsqu’elles analysent les données provenant du patient pour planifier les soins de manière à en obtenir de bons résultats” (Fonteyn, 1991, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 17). En 2010, deux autres auteurs ont défini le raisonnement clinique comme: “processus intellectuel hypothético-déductif qui utilise les données provenant de l’observation du patient pour arriver à une décision de soins” (Psiuk, 2010, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 17). “Processus cognitif complexe qui utilise les stratégies formelles et informelles de la pensée pour assembler et analyser les informations provenant du patient, évaluer la signification de ces informations et générer et peser les alternatives” (Simmons, 2010, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 17).

Raisonnement diagnostique: Raisonnement dont le but est de révéler les troubles, les maladies, les handicaps du patient, donc d’arriver à un diagnostic (Jones, Jensen, Edwards, 2000, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 16).

Prise de décision: Génération d’une décision, résultat du raisonnement clinique tangible (McAllister, Rose, 2000, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 16).

Résolution de problème: Action de résoudre de trouver une solution à un problème (Le Dictionnaire, 2011, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 16).

Heuristiques: Stratégies informelles de la pensée servant de guide à l’investigation d’un problème (Simmons, 2010, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 16).

Jugement clinique infirmier: Conclusion clinique provenant de la collecte des données issues des observations du patient grâce à l’utilisation des opérations mentales hypothético-déductives, dans le respect de l’autonomie professionnelle (Psiuk, 2010, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 16).

Pensée critique: Processus, orientation de la pensée incorporant le domaine de la cognition et le domaine affectif, impliquant des habiletés et des attitudes nécessaires pour le développement du raisonnement clinique (Da Silva Bastos Cerullo, De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, 2010, cité par Côté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 16).

1. INTRODUCTION

Ce travail traite du raisonnement clinique infirmier, il démontre son rôle dans la pratique professionnelle. Il est également montré que son perfectionnement et sa nécessité ont évolué en fonction de l'avancée des soins médicaux et de l'évolution des soins infirmiers. L'enseignement de cette pratique aux étudiants, mais également aux infirmiers¹ diplômés est d'actualité.

Ce travail a pour but d'expliquer le sens de cette pratique, son intérêt, voire sa nécessité.

« La fonction d'évaluation n'est pas nouvelle ; elle est partie intégrante du rôle infirmier. L'histoire de la profession montre que l'observation et le jugement clinique ont toujours été reconnus aux infirmières, même si elles l'exercent peu» (Delmas, Cloutier & Dallava, 2011, p.31).

De plus, il est également précisé qu'il s'agit d'un fonctionnement d'adaptation de la part des infirmiers, demandant de s'aligner avec l'avancée des soins médicaux. « Un rôle que les infirmiers doivent envisager de façon dynamique pour répondre aux besoins de santé grandissants tout en s'ajustant au développement des technologies médico-chirurgicales nécessitant des surveillances de plus en plus pointues » (Delmas et al., 2011, p.31).

1.1. Problématique

La démarche de soins qui est actuellement enseignée aux étudiants infirmiers est d'une grande importance. En effet, ces derniers développent des connaissances sur les théories infirmières existantes et par ce biais, acquièrent des compétences relationnelles, techniques et pratiques en se basant sur les métaconcepts existants. Il s'agit du soin, de la personne, de la santé et de l'environnement. Le patient est vu comme un être bio-psycho social spirituel. Il est nécessaire de s'intéresser à ces aspects afin de prodiguer des soins de qualité. En se basant sur aspects, il est possible d'effectuer une démarche de soins personnalisée à chaque patient et un raisonnement clinique approprié.

D'après l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) (2013) :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. (CII, 2010) (p.5)

Par le biais de cette définition, il est important que les infirmiers aient connaissance de leur rôle propre. Afin de répondre à ces exigences, ils doivent accomplir leurs soins en faisant preuve d'un savoir-être et d'un savoir-faire. Le raisonnement clinique est un rôle important dans les soins infirmiers. Afin d'aboutir à un raisonnement clinique, l'infirmier devra commencer par une évaluation clinique ce qui lui permettra de cibler ce dernier.

D'après Delmas et al., (2011), l'évaluation clinique est essentiellement basée sur l'anamnèse. Elle permet de diriger la suite des soins et des surveillances cliniques. Il s'agit d'un automatisme

¹ Nom à lire indifféremment au masculin ou au féminin.

qui devrait être acquis et utilisé dans chaque service de soins afin d'offrir une prise en soins adéquate et personnalisée.

Tableau 1. L'évaluation clinique

« 70% l'histoire de santé	<i>Constitue la base de données qui oriente les choix concernant le reste de l'examen physique. Pour ce faire, l'infirmière doit développer des habilités propres à la conduite d'entretien ». p.32</i>
20% l'examen physique	<i>Comprend : l'inspection, la palpation, l'auscultation, et la percussion. p.32</i>
10% les examens complémentaires	<i>Examens qui requièrent l'usage d'un instrument (à part le stéthoscope) pour collecter d'autres données objectives. Il peut s'agir de la mesure de la saturométrie pulsatrice, de la glycémie capillaire ou d'autres examens biochimiques, hématologiques et radiologiques. p.33</i>

Comme précisé, l'examen clinique permet d'amener un raisonnement clinique et de l'affiner. Il est une ressource précieuse dans l'orientation des soins en fonction des besoins du patient.

Comme dit précédemment, afin de compléter l'histoire de santé il faut effectuer un examen physique. Cet examen comporte 4 étapes:

1. « L'inspection consiste à observer attentivement la personne. L'infirmière est alors consciemment absorbée par les messages transmis par ses yeux, ses oreilles et son odorat. L'inspection doit être ainsi une démarche systématique pour toutes les fonctions et organes du corps humain » (Delmas et al., 2011, p.32).
2. « La palpation permet à l'infirmière d'identifier les caractéristiques d'un organe ou d'un tissu » (Delmas et al., 2011, p.32).
3. « L'auscultation vise à écouter les sons produits par les intestins, les poumons, les artères et le cœur » (Delmas et al., 2011, p.32).
4. « La percussion elle permet d'évaluer la densité des tissus ou des organes percutés » (Delmas et al., 2011, p.32).

Pour se faire, elle doit être en mesure d'identifier un son physiologique afin de distinguer et d'interpréter un son pathologique.

Selon Delmas et al., 2011 :

L'examen clinique se pose ainsi comme un standard de connaissance et de pratique de tous les professionnels de santé amenés à poser un jugement clinique. La profession infirmière se trouve enrichie de ce socle de connaissances et pourra contribuer de façon optimale à la qualité et à la sécurité des soins p.33.

Après avoir effectué une anamnèse qui aboutira au raisonnement clinique de l'infirmier, il est important que ce dernier puisse transmettre des informations précises au médecin.

Haig & al (2006), ont déclaré qu'une communication insuffisante est un phénomène fréquent qui est associé à des événements conflictuels, dus à des omissions ou à des inexactitudes des informations transmises, cela malgré une collaboration pluridisciplinaire. Une communication efficace peut également être améliorée grâce à l'utilisation ... de l'outil ISBAR adapté par Marshall & al (2009). Cet outil permet de structurer la communication et il assure le partage d'informations précises. Il favorise également la sécurité des patients selon la NHS Institute for Innovation and Improvement (2008). (Clarke, 2014, traduction libre, p.55).

Tableau 2. ISBAR

Identify (Identité)	Vérifier l'identité de l'interlocuteur. Annoncer l'identité du soignant en précisant le prénom, le statut professionnel ainsi que le nom du service. Par la suite, transmettre l'identité du patient en précisant son nom, prénom et sa date de naissance.
Situation (situation)	Informé sur le problème de santé actuel et sur les symptômes cardinaux.
Background (antécédent)	Annoncer les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux, et les traitements en cours. Renseigner sur les allergies, la prise d'alcool, de drogue, de tabac, et les facteurs de risques en lien avec la problématique. Selon la situation, calculer le Body Mass Index (BMI) du patient et connaître la dernière prise prandiale.
Assesment (examen clinique)	Transmettre les résultats de l'examen clinique.
Recommandation (recommandation)	Émettre des hypothèses diagnostiques. Formuler un degré d'urgence. Proposer des examens ou traitements supplémentaires.

(Clarke, 2014, traduction libre, p.56)

Clarke (2014), dit également qu' : « afin qu'une infirmière novice puisse apprendre à explorer et interpréter les informations tirées de l'évaluation clinique, elle doit entreprendre un processus de pensées complexe qui lui permettra d'effectuer un plan de soin approprié (Hartigan *et al* 2010, Levett-Jones *et al* 2010). » (traduction libre, p.53)

Toutes ces notions permettent à l'infirmière de faire une démarche de soins adaptée aux besoins du patient. Elles amènent une autonomie dans la gestion de la santé et du bien-être, l'infirmière va mettre évidence les données de la situation, elle posera des objectifs de soins et établira les résultats attendus en fonction de ceux-ci. Tout au long de la prise en soins elle ajustera ces objectifs selon l'évolution de l'état de santé et adaptera ses actions. Il s'agit du rôle propre autonome de l'infirmière.

1.1.1. Description et justification de la pertinence du thème

L'importance du raisonnement clinique est notamment démontrée par l'article de Chapados, Larue, Pharand, Charland & Charlin (2011) :

La perception qu'ont les infirmières de l'impact de la pratique de l'examen clinique sur les soins aux patients et sur leur satisfaction professionnelle. Ainsi, elles jugent que cet examen aide à dépister les problèmes de santé des patients et contribue à renforcer leur sentiment de compétence professionnelle. (p.20)

Le tableau de l'annexe I démontre que le raisonnement clinique aide à « dépister les problèmes de santé des patients » à 90%. En analysant le point «avoir le sentiment de satisfaction à faire son travail », il est démontré à 95,3% qu'il est fondamental pour les infirmières d'effectuer une évaluation clinique, afin d'avoir une prise en soin ciblée sur le patient.

De plus, selon Côté & al. (2012). «Les conséquences du raisonnement clinique sont la prise d'une décision, le passage à l'action (la décision d'intervenir ou non), la formation d'un jugement clinique et, finalement, la résolution ou non du problème. » (p.18)

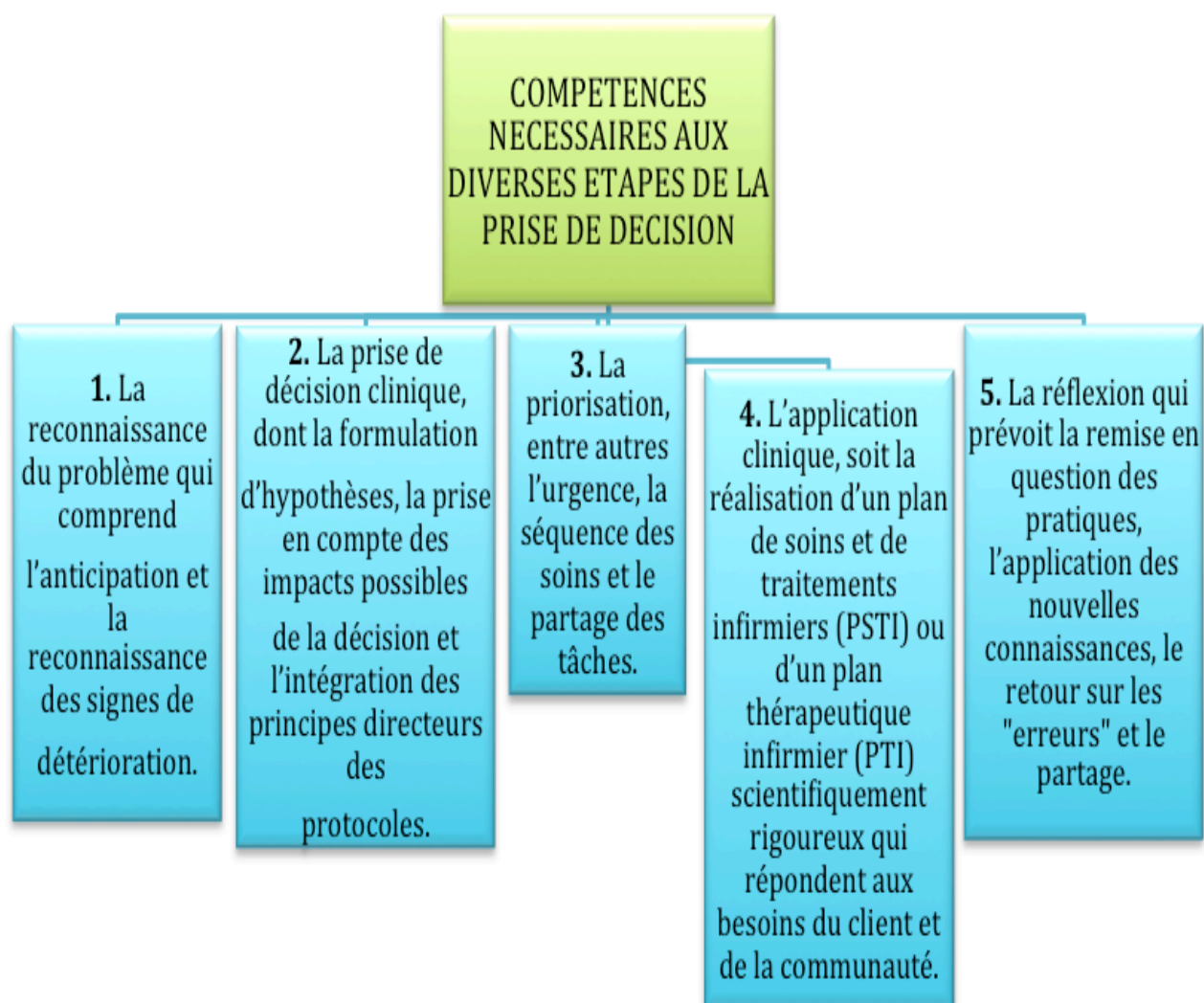
Dans l'article qui suit il a été analysé la façon dont les infirmiers se perçoivent entre eux.

Selon Chapados et al., (2011):

Toutefois, elles sont nombreuses à estimer que leurs collègues n'ont pas les compétences nécessaires pour faire cet examen (60%). Un bon nombre d'entre elles ne sont pas satisfaites des formations continues reçues en milieu de travail. De plus, la majorité affirme que la charge de travail trop lourde ne leur permet pas de procéder aux examens cliniques. Étonnamment, les infirmières ont l'impression de recevoir sur ce plan davantage de soutien de la part de leurs collègues infirmières et des administrateurs de l'unité, de sorte qu'elles estiment que l'examen clinique physique n'est pas réellement valorisé. (p.21)

D'après le tableau de l'annexe II il est démonté qu'une majorité des infirmiers pensent que leurs collègues n'ont pas les compétences requises pour effectuer un examen clinique adéquat. Cependant, il est perçu dans la pratique infirmière que « l'approfondissement de l'examen clinique » est effectué à 69,2%. Cet examen est intégré dans les tâches infirmières à 67,3% et pratiqué à 66,4%.

Tableau 3. Compétences nécessaires aux diverses étapes de la prise de décision



Berkow et al. , 2011.

Le tableau ci-dessus montre que le point 1 et le point 3 sont en lien avec l'évaluation clinique. En effet, le point 1 parle de «la reconnaissance du problème qui comprend l'anticipation et la reconnaissance des signes de détérioration » (Chapados et al., 2014, p.37), ce qui démontre que dans un premier temps l'infirmier devra effectuer une évaluation clinique performante pour mettre en avant le problème du patient et entreprendre une bonne prise en soins. Par la suite, il est indiqué quelles sont les étapes à emprunter pour formuler des hypothèses et prendre une décision en fonction de celles-ci, ce qui aboutit au raisonnement clinique.

1.1.2. Groupe cible

Ce travail s'intéresse aux infirmiers exerçants dans un service d'urgence. Ce choix est dû à la diversité présente dans ce service, les patients viennent avec diverses plaintes et des pathologies variées. Par conséquent, un raisonnement clinique pertinent est d'autant plus difficile, car il doit s'adapter au patient, à sa maladie, et à sa problématique.

En effet, il s'agit d'un secteur de soins qui requiert une aisance et une connaissance approfondie et rigoureuse des signes cliniques et des situations à risques.

De plus, il sera précisé les différentes compétences décrites par la philosophie de Patricia Benner de novice à expert, en lien avec un infirmier travaillant dans un service d'urgence et effectuant un raisonnement clinique.

1.2. Cadre théorique

Le modèle de Patricia Benner semble le plus pertinent dans le développement de cette problématique. Ses recherches sont principalement fondées sur l'évaluation globale de l'infirmière. Le modèle infirmier qui appuiera cette thématique est celui de Martha Rogers.

Selon Benner (1995) :

Patricia Benner s'inspire du modèle de S. Deryfus, mathématicien analyste, et H. Dreyfus, philosophe. Ces deux chercheurs de l'université de Californie ont élaboré un modèle d'acquisition de compétence à la suite de leurs études auprès des pilotes d'avion et des joueurs d'échecs. Patricia Benner le généralise aux soins infirmiers et décrit les comportements de l'infirmière au cours des cinq étapes conduisant à l'expertise : novice, débutante, compétente, performante et enfin experte. (III)

Stade 1 : NOVICE

Selon Benner (1995) :

Les novices n'ont aucune expérience des situations à laquelle elles risquent de se trouver confrontées. Pour les informer et leur permettre d'acquérir l'expérience tellement nécessaire au développement de leurs compétences, on leur décrit ces situations en termes d'éléments objectifs tels que le poids, les lipides ingérés et excrétés ... et autres paramètres objectivement mesurables, permettant de connaître la condition d'un malade – caractéristiques identifiables sans expérience clinique. On leur apprend également des règles indépendantes du contexte pour guider leurs actes en fonction de différents éléments. (p.23)

Dans ce paragraphe, il est souligné qu'à cette étape l'infirmière pourrait être en difficulté selon les situations qu'elle rencontrera. Elle n'aura pas les éléments nécessaires pour une prise en soins rigoureuse et rapide ; dans un premier temps, elle fera raisonnement clinique général et non ciblé.

Stade 2 : DÉBUTANTE

Selon Benner (1995) :

Le comportement des débutantes confirmées est partiellement acceptable : elles ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter (elles mêmes ou sur indication d'un tuteur) les facteurs significatifs qui se reproduisent dans des situations identiques et que le modèle de Dreyfus qualifie « d'aspects de la situation ».

Il faut de l'expérience pour reconnaître ces « aspects » en situation réelle. Il n'en est pas de même pour les éléments mesurables et indépendants du contexte ou les listes indiquant une marche à suivre et les choses à faire, que la débutante apprend et utilise. Ces aspects comprennent l'ensemble des caractéristiques globales qui ne peuvent être identifiées que grâce à des expériences antérieures. (pp.24-25)

À ce niveau, il est décrit que les débutantes ont vécu plus d'expériences que les novices. Par ces acquisitions de connaissances, elles pourront avoir un regard plus pointu sur les situations qu'elles rencontreront. Cependant, un encadrement est encore nécessaire afin qu'elles puissent prioriser leurs soins.

Stade 3 : COMPETENTE

Selon Benner (1995) :

L'infirmière compétente travaille dans le même service depuis deux ou trois ans. Elle devient compétente lorsqu'elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation présente ou envisagés doivent être considérés comme les plus importants, et ceux que l'on peut ignorer. Ainsi, pour l'infirmière compétente, un plan établit une perspective et se fonde sur une analyse consciente, abstraite et analytique du problème. (p.27)

À l'inverse de novice ou débutante, à ce stade l'infirmière est dite « compétente », car elle travaille dans un même service depuis 2 ou 3 ans. Elle a déjà exercé son raisonnement clinique, ce qui lui permet d'être plus précise dans sa prise en soins. Dans ce paragraphe, il est bien démontré que l'infirmière sait quels sont ses buts lors d'une prise en soins. De ce fait, elle s'orientera sur les aspects les plus importants pour la santé du patient.

Stade 4 : PERFORMANTE

Selon Benner (1995) :

À cause de cette capacité, fondée sur l'expérience, à reconnaître des situations dans leur ensemble, l'infirmière performante peut à présent savoir que ce qu'elle prévoyait ne se manifesterait pas. Cette compréhension globale améliore son processus de décision qui devient de moins en moins laborieux parce que l'infirmière possède à présent une perspective lui permettant de savoir lesquels des nombreux aspects et attributs existants sont importants. Alors que l'infirmière compétente n'a pas encore suffisamment d'expérience pour reconnaître une situation dans son ensemble, ou en termes d'aspects les plus frappants et les plus importants, l'infirmière performante prend en compte moins de possibilités et s'oriente directement sur le problème. (pp.29-30)

À ce stade, l'infirmière a une capacité à approfondir les situations qu'elle rencontre, ou qu'elle a déjà vécu précédemment. Sa performance va l'aider à améliorer ses décisions lors d'une prise en soins complexe, ce qui lui permettra de trier les informations plus rapidement et de traiter le problème cible.

Stade 5 : EXPERTE

Selon Benner (1995) :

L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique (règle, indication, maxime) pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié.

L'experte, qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. (p.32)

L'infirmière experte ressent ce qui va se passer et agit au « feeling ». Très souvent, ses diagnostics sont consciencieux et son jugement est rarement faux. Cependant, il n'est pas exclu qu'une erreur survienne dû à la fatigue ou à un manque de concentration.

Selon ce modèle, toutes les infirmières ne seront pas expertes dans leur domaine. Si elles le deviennent, il suffira d'un changement d'unité pour revenir au point de départ, c'est à dire ; novice. Malgré les apports théoriques et les différentes expériences de stage, une infirmière venant d'être diplômée n'est pas pleinement apte à affronter le monde de la santé. De ce fait, les erreurs infirmières peuvent survenir. D'après la théorie de Patricia Benner lorsque l'infirmière intègre une unité de soins elle se trouve dans l'étape novice.

Comme décrit précédemment, cette étape est basée sur des données concrètes et laisse peu de place à l'infirmière. Elle fera des raisonnements cliniques trop larges et de ce fait risque de passer à côté de données importantes pour le patient.

Cela appuie la problématique : sans raisonnement clinique, la prise, en soins peut être dangereuse pour le patient et stressante pour l'infirmière. Cela démontre également l'importance de passer par ces cinq étapes afin de devenir experte dans la pratique professionnelle infirmière.

L'annexe II révèle qu'une majorité des infirmières pensent que leurs collègues infirmières n'ont pas les compétences requises (60%). La théorie de Patricia Benner amène à se questionner sur ce résultat relativement significatif. Le questionnement soulevé est : d'après les résultats obtenus, dans quel stade de développement se trouvent les infirmiers ?

1.2.1. Modèle de soins

Martha Rogers se trouve dans l'école des patterns et dans le paradigme de la transformation. Pépin, Kerouac et Ducharme (2010), définissent "Transformation: phénomène: unique, complexe et global. Éléments en interaction: continue, réciproque et simultanée. But: compréhension. Période: transformative: savoirs qui influencent" (p.34).

Dans sa théorie, Martha Rogers propose 4 postulats: champs d'énergie, univers des systèmes ouverts, pattern et pandimensionalité (Allgood et Tomey, 2010, traduction libre, p.244).

1.2.2. Métaconcepts infirmiers d'après Martha E. Rogers

Selon Pépin et al. (2010):

L'école des *patterns* a été créée dans le contexte du paradigme de la transformation. Les théoriciennes répondent à la question: " Sur quoi l'attention des infirmières porte-t-elle?". Dès 1970, Martha Rogers [1914-1994] présentait une conception unitaire de la discipline infirmière qui se démarquait des autres par son originalité. En fait, Rogers proposait aux infirmières une vision de la personne et des soins infirmiers qui découlait de travaux philosophiques, de théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy (1968). (p.65)

Selon Pépin et al. (2010), les différents éléments clés sont : « -champ irréductible d'énergie, -*patterns* uniques, -simultanéité, -principes d'homéodynamique » (p.80)

1.2.2.1. La personne

Selon Pépin et al. (2010): « Champ d'énergie unitaire et pan dimensionnel caractérisé pas des *patterns* uniques, en changement constant et dont le tout ne peut être compris à partir de la connaissance des parties. » (p.80)

1.2.2.2. Le soin

Selon Pépin et al. (2010): « Promotion de la santé, telle que la personne le définit en reconnaissant et reformulant, s'il y a lieu, les *patterns* d'interactions dans un processus délibéré. Mutuel et continu. » (p.80)

1.2.2.3. La santé

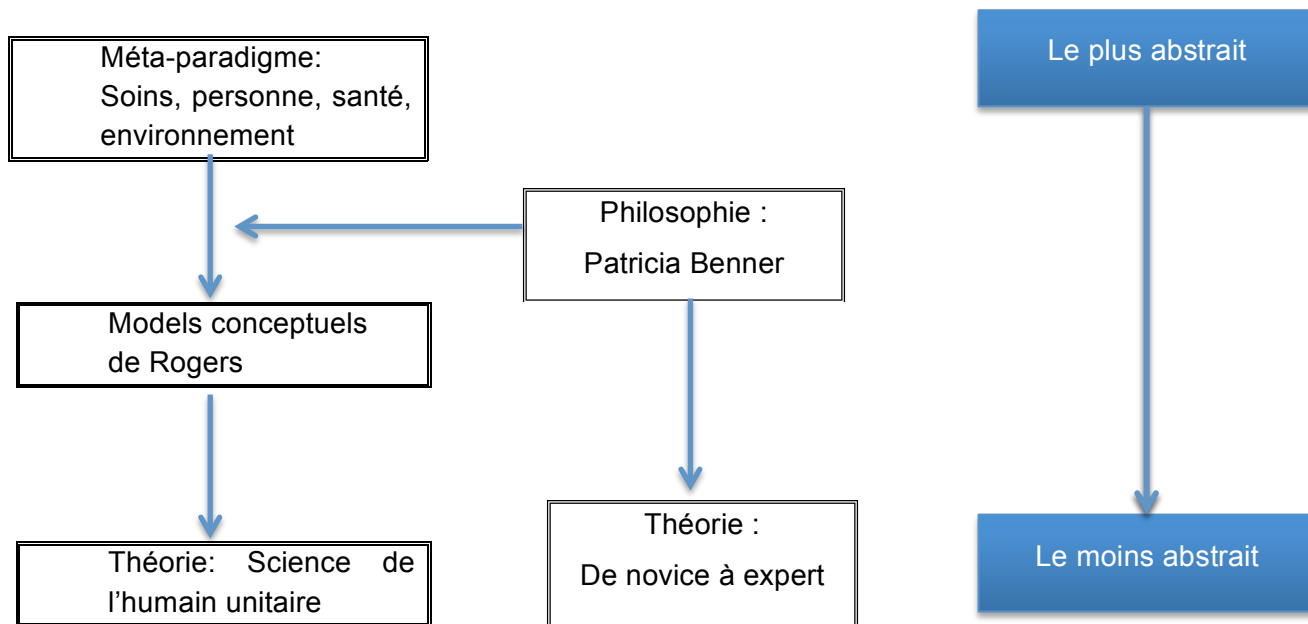
Selon Pépin et al. (2010): « Valeur et processus continu d'échanges énergétiques favorisant l'expression d'un potentiel de vie maximal. » (p.80)

1.2.2.4. L'environnement

Selon Pépin et al. (2010): « Champ d'énergie en changement continu dans lequel sont regroupés et organisés tous les éléments extérieurs au champ humain. » (p.80)

1.2.3. Liens entre l'ancrage disciplinaire de Rogers et la philosophie de Benner

Figure 1. Hiérarchie des connaissances.



Le paragraphe qui suit permet de justifier les cinq stades décrits par Benner, en effet, les infirmières expriment leurs besoins de renouveler leurs connaissances afin de pouvoir évoluer dans leur profession et gagner en compétence.

Selon Chapados, et al. (2011) :

Par contre, certaines considèrent que l'évaluation de la santé d'un patient ne fait pas partie de l'exercice professionnel des infirmières. Elles trouvent que les rôles respectifs des divers professionnels ne sont pas toujours bien délimités et craignent les conflits qui peuvent en

résulter. Elles sentent qu'elles ont besoin de formation et apprécieraient une actualisation de leurs connaissances afin de pouvoir bien effectuer les examens cliniques. (p.19)

De plus, Chapados met en évidence que certains facteurs contextuels influencent le déroulement d'un raisonnement clinique, notamment l'environnement.

Son article adopte une approche qualitative. En effet, les chercheurs ont mis en évidence l'environnement du soignant et l'impact qu'il peut avoir sur son fonctionnement, comme le décrit Rogers dans sa théorie.

Cet extrait de l'article de Côté et Tribble (2012), raconte l'histoire d'un jeune infirmier et de sa patiente Madame Gilberte, lorsque celle-ci est retrouvée inconsciente dans sa chambre.

Selon Côté et al. (2012) :

Comme il n'a pas collecté plus de données, le raisonnement n'a pas été enclenché. Dans ce cas-ci, il manque donc trois attributs du raisonnement clinique : la démarche systématique d'analyse et d'interprétation des données, la génération d'hypothèses et la génération d'alternatives ce qui a mené à une décision inappropriée.(p.19)

Ce paragraphe met en évidence l'importance d'une approche systématique et rigoureuse pour un raisonnement clinique de qualité.

Ce second extrait traite de la situation de Monsieur Martin et d'une jeune infirmière lors de difficultés respiratoires d'origine inconnue.

Selon Côté et al. (2012) :

C'est la première fois que cela lui arrive. Elle sait qu'elle doit intervenir. Elle peut aller chercher une infirmière qui a plus d'expérience, elle peut appeler l'inhalothérapeute, elle peut aller chercher le médecin ou elle peut intervenir auprès du patient. Elle décide donc d'appeler pour avoir l'aide d'une infirmière plus expérimentée pendant qu'elle prend les signes vitaux du patient.(p.20)

Cet exemple tend à s'approcher de la philosophie de Benner, notamment lors des différents stades qu'elle évoque. Dans le cas présent, il est possible d'imaginer que l'infirmière se trouve à l'étape de novice.

Ce dernier exemple reprend le concept de Benner, il explique l'importance de l'expérience professionnelle afin d'être performant dans le raisonnement clinique infirmier.

Selon Côté et al. (2012) :

Les antécédents du raisonnement clinique sont ce qui favorise son apparition. Ils incluent l'expérience de la personne dans son domaine, ses connaissances, sa mémoire à court et à long terme, la perception de signaux, la collecte de données ainsi que l'utilisation de l'intuition. (p.19)

Tableau 4. Relation entre la philosophie et le modèle conceptuel

Liens avec P. Benner	Liens avec M. Rogers
<p>Plusieurs auteurs affirment qu'au-delà de la somme des connaissances, c'est l'organisation de ces connaissances qui permet un raisonnement clinique efficace et performant (Norman, 2006 ; Charlin, 2001 ; Elstein et Schwartz, 2000). Ainsi, pour une étudiante qui a acquis par sa formation des connaissances pertinentes, la confrontation à une situation clinique peut s'avérer difficile parce qu'elle nécessite une réorganisation de ses connaissances pour pouvoir les utiliser en contexte réel. (Chapados, et al, 2014, p.39).</p> <p>Il existe un lien avec le stade de débutant décrit par Benner, car les connaissances théoriques doivent être exercées dans la pratique de situation réelle. Ce qui est une difficulté à ce deuxième stade d'apprentissage.</p>	<p>Dans le même ordre d'idées, selon Tanner (2006), les bons jugements cliniques dans les soins exigent non seulement la compréhension de la physiopathologie et des aspects diagnostiques de la maladie, mais aussi celle de l'expérience de la maladie tant pour le client que pour sa famille, de leurs forces physiques, sociales, émotionnelles, ainsi que de leurs ressources d'adaptation. (Chapados, et al, 2014, p.38).</p> <p>Cela reprend le postulat concernant le champ d'énergie. Il fait référence à l'interaction entre l'individu et son environnement.</p>
<p>Selon Chapados, et al, 2014 : Tous les professionnels de la santé doivent développer une pratique réflexive pour comprendre les facteurs qui ont contribué à faire avancer ou dérailler leur raisonnement clinique. Cette réflexion, si elle conduit à une attention aux écueils éventuels du raisonnement et, mieux encore, à une amélioration de la pratique, fait de l'expérience clinique un facteur de développement de leur compétence. (p.39)</p> <p>Cette citation est en accord avec la philosophie de Benner. Un développement des compétences se construit au fil du temps.</p>	<p>Selon Chapados, et al, 2014 : Gordon et al. (1994) considèrent le raisonnement des infirmières comme une forme de jugement clinique qui se développe en six étapes : la rencontre du client, la collecte de renseignements cliniques, la formulation d'hypothèses diagnostiques, la recherche d'information supplémentaire pour confirmer ou infirmer les hypothèses et enfin, la décision diagnostique et le plan d'intervention. (p.38)</p> <p>Les étapes décrites par Gordon présentent des similitudes avec le modèle de Rodgers. En effet, Rogers fait partie de l'école des patterns.</p> <p>Selon Pépin et al., (2010) : Intiment liés l'un à l'autre, l'analyse critique et le jugement clinique se raffinent avec l'expertise de</p>

	<p>l'infirmière. La création d'un soin personnalisé suppose de recueillir sans cesse et de manière dynamique de nouvelles données auprès des personnes, des familles, des communautés ou des populations sur leurs expériences de santé et leur environnement. Elle englobe l'analyse réfléchie et éclairée des données, et l'élaboration, avec les personnes visées, d'objectifs de santé. (p. 94)</p>
--	---

1.3. Question de recherche

De nombreux questionnements ont émergé de cette problématique.

Notamment l'importance du niveau de formation des étudiants face au raisonnement clinique, les besoins en formation continue, les méthodes d'évaluation du raisonnement clinique employées, la façon dont il est utilisé en fonction du service de soin et le niveau de compétence de l'infirmier.

L'objet d'étude se définit ainsi :

Selon la philosophie de Benner, de Novice à Expert, le niveau de compétence a-t-il une influence sur le raisonnement clinique infirmier dans un service d'urgence adulte ?

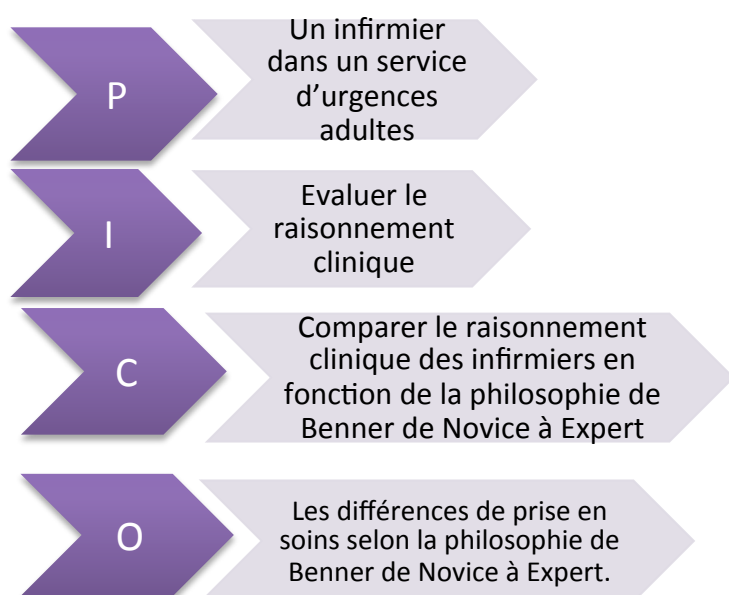
2. MÉTHODE

Afin de réaliser ce travail, une recherche d'articles scientifiques a été effectuée. Pour ce faire, des Termes MeSH (Medical Subject Headings) spécifiques ont été retenus, puis traduits en anglais afin d'élargir les recherches. Ils ont été introduits dans différentes bases de données scientifiques dans le but de faire ressortir des articles pertinents pour la problématique. Pour affiner cette sélection, des filtres ont été ajoutés.

2.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Un PICOT a été effectué pour cibler la problématique de recherche.

Tableau 5. PICOT



Afin de trouver des études scientifiques pour étayer cette problématique, il a fallu identifier des Termes MeSH en lien avec le PICOT. L'outil utilisé pour la traduction de ces termes MeSH en anglais fut HONselect et l'utilisation de traduction libre.

Tableau 6. HONselect :

	Mots clés	Termes MeSH	Termes libres
Population	Infirmier Urgence	Nurses	Emergency
Intervention	Raisonnement clinique Évaluation clinique Jugement clinique Évaluation		Clinical reasoning Clinical assessment Clinical judgment Assessment

Comparaison	Leadership	Leadership	
Outcome			

Par la suite, ces résultats ont été utilisés dans des bases de données telles que Pubmed et la Banque de Données en Santé Publique (BDSP).

Moteur de recherche BDSP

Tous champs	Mots clés	Date d'édition	Type de document	Langue	Opérateur par défaut
Raisonnement clinique	Infirmier	2010-2015	Article	Français, anglais	ET (tous les mots)

Nombre d'articles trouvés : 14

Article retenu : Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels.

Raisonnement clinique	Infirmier	2009-2015	Article	Français	ET (tous les mots)
-----------------------	-----------	-----------	---------	----------	--------------------

Nombre d'articles trouvés : 15

Articles retenus :

- Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers.
- Élaboration et validation d'un test de concordance de script pour évaluer le raisonnement clinique des infirmières en contexte de détérioration de la condition clinique.

Moteur de recherche Pubmed

Termes MesSH	Date de publication	Opérateur par défaut
Nurse Clinical assessment Clinical reasoning	10 ans	AND

Nombre d'articles trouvés : 62

Articles retenus :

- Clinical reasoning: concept analysis
- Clinical reasoning during simulation : comparison of student and faculty ratings
- Clinical reasoning in nursing, a think-aloud study using virtual patients - A base for an innovative assessment.

Nurse Emergency Clinical judgment	5 ans	AND
---	-------	-----

Nombre d'articles trouvés : 18

Article retenu : Elementos estruturais do pensamento critico de enfermeiros atuantes em emergências

Nurse Emergency Assessment Clinical reasoning	10 ans	AND
--	--------	-----

Nombre d'articles trouvés : 8

Article retenu : Passing the audition – the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage.

Emergency Nurse Leadership	5 ans	AND
----------------------------------	-------	-----

Nombre d'articles trouvés : 118

Article retenu : Medical- surgical nurses'perceived self-confidence and leadership abilities as first responders in acute patient deterioration events.

2.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 2. Il permet d'exposer les résultats de recherches des articles à partir de différentes bases de données. Cette figure 2 permet de suivre les recensements des études et leur exclusion pour atteindre le but final.

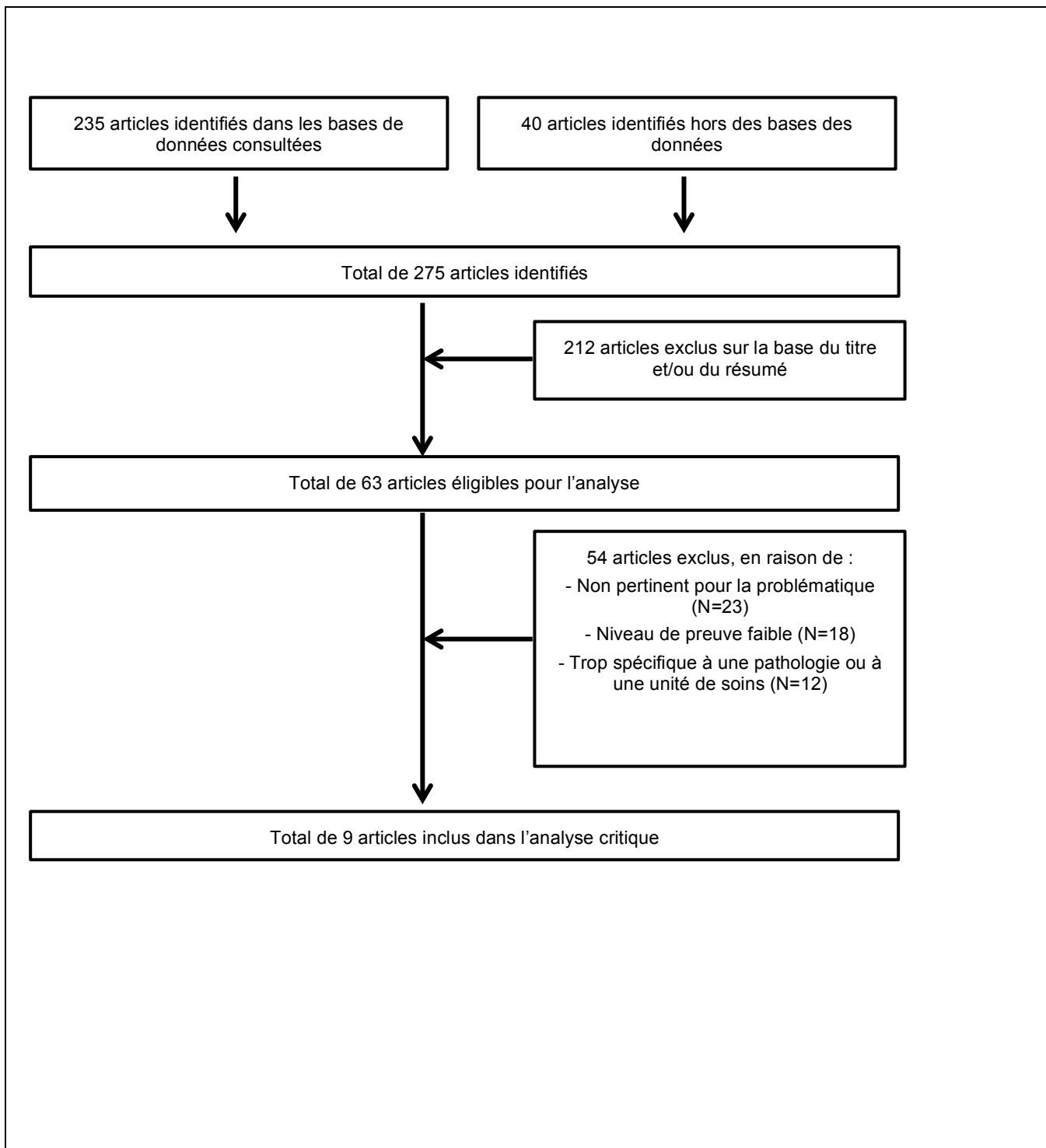


Figure 2. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

3. RÉSULTATS

La section qui suit présentera les articles scientifiques qui ont été retenus et mettra en avant la pertinence de ces derniers en lien avec la thématique traitée.

3.1. (*Simmons 2010*), **Clinical reasoning: concept analysis**

Cet article se base sur la définition du terme raisonnement clinique en soins infirmiers, car il est décrit comme un terme ambigu qui peut souvent être utilisé comme synonyme de prise de décision ou de jugement clinique. Il démontre que le raisonnement clinique n'a pas été clairement défini dans la littérature. Afin de réaliser cette recherche, Simmons (2010) utilise la méthode évolutive d'analyse de concept de Rodgers. Celle-ci est décrite comme une méthode inductive rigoureuse et pertinente pour les concepts qui continuent d'évoluer ou de changer (Simons, 2010, traduction libre, p.1152).

En effet, le raisonnement clinique est un concept dynamique qui est toujours en évolution au sein de la pratique des soins infirmiers (Simons, 2010, traduction libre, p.1156).

Selon Simmons (2010), le raisonnement clinique guide les infirmières dans l'évaluation, l'assimilation, la récupération ou le rejet d'informations qui concernent les soins aux patients. Dans le monde entier, les infirmières sont de plus en plus autonomes et responsables des soins apportés aux patients (p1151). Les infirmières doivent réfléchir rapidement afin de résoudre des problèmes, car les séjours à l'hôpital sont écourtés, les patients nécessitent de soins aigus et la technologie progresse (Simons, 2010, traduction libre, p.1152).

Les prises de décisions dans des conditions d'incertitude, de risque et de complexité sont devenues une norme dans la pratique professionnelle (Ebright et al. 2003, 2006). Toutefois, on en sait peu sur les processus de raisonnement que les infirmières utilisent pour prendre des décisions cliniques, ou comment le raisonnement clinique diffère d'autres termes généralement utilisés. Le terme «heuristique» est utilisé pour expliquer la prise de décision par certains auteurs (Cioffi 1997, Greenwood et al., 200) et celui de «raisonnement clinique» par d'autres (Fonteyn 1998, Ferrario 2004). Une meilleure compréhension de ces concepts permet d'améliorer la formation infirmière, ainsi que la pratique des soins infirmiers. Elle permet également d'offrir une direction à prendre pour les recherches futures (Simons, 2010, traduction libre, p.1152).

Le raisonnement clinique est le précurseur d'une décision et d'une action. Bien que les auteurs fournissent des définitions conceptuelles et opérationnelles pour les termes qu'ils utilisent, ces définitions ne peuvent être appliquées à cette étude. Une analyse du concept de raisonnement clinique est nécessaire afin de clarifier la signification de ce terme et de distinguer ses attributs de ceux des autres concepts. Par conséquent, la technique d'analyse de concept de Rodgers est utilisée (Simons, 2010, traduction libre, p.1152). Plusieurs conditions, comportements ou attitudes qui surviennent avant le concept (idée) sont considérés comme des antécédents. De même, des événements ou des phénomènes qui surviennent après suggèrent une action, un résultat ou une réponse. L'identification des termes de substitution et des concepts qui y sont liés sont différents. En effet, des mots qui sont synonymes et interchangeable en lien avec le concept ont été utilisés. Ces activités représentent plusieurs étapes de la méthode d'analyse de concept et peuvent être effectuées simultanément (Rodgers, 2000) (Simons, 2010, traduction libre, p.1153).

Selon l'auteur, le concept de raisonnement clinique correspond bien à la philosophie de Benner qui est un modèle d'acquisition des compétences en soins infirmiers. Dreyfus et Dreyfus (1980) ont développé un modèle d'acquisition des compétences qui classait la performance d'une

personne en fonction de cinq niveaux de compétence. En 1984, Benner a adapté ce modèle aux compétences des soins infirmiers à différents niveaux de pratique, allant de la reconnaissance de repère limité et de la pensée analytique (novice) jusqu'à la compréhension globale et à l'intuition (expert). Le raisonnement conceptuel a été considéré comme une condition de la résolution de problèmes (Benner, 1984). Bien que les termes de décision et de résolution de problèmes ont été utilisés dans le début de sa recherche, le terme jugement clinique était de préférence le plus adapté pour décrire la façon dont une infirmière comprend les problèmes et les préoccupations des patients (Benner 1984, Benner & Tanner 1987, Benner et al., 1992)

Le raisonnement clinique à long terme a été introduit dans la littérature de soins infirmiers dans les années 1980. Il désigne les processus cognitifs utilisés par les soignants afin de réfléchir aux questions des patients (Jones, 1988). Il est décrit comme un «processus de série» qui se déplace successivement à travers une suite de déductions logiques jusqu'à une décision finale. Un modèle représentatif du raisonnement clinique s'intéresse à la première rencontre du patient et va de l'avant grâce à l'interprétation de données jusqu'au résultat final (Higgs & Jones 1995). Ce modèle, qui est en harmonie avec la théorie du traitement de l'information, intègre plusieurs éléments clés : la cognition (pensée), la métacognition (la pensée réflexive), les connaissances et les paramètres contextuels du patient et de l'environnement (Simmons, 2010, traduction libre, p. 1154).

Simmons et al. (2003), proposent que les termes de décision et de résolution de problèmes impliquent un résultat ou un résultat de la pensée, tandis que le raisonnement clinique est le processus cognitif de penser à l'information de santé. Les infirmières débutantes identifient moins de signes chez les patients, elles sont limitées dans leur capacité à regrouper des indices, elles ont de la difficulté à identifier des diagnostics complexes, et elles n'évaluent pas les données obtenues aussi souvent que les infirmières plus expérimentées (Benner et al. 1992, Greenwood & King 1995, O'Neill et al. 2005). Alors que les novices récupèrent facilement les données des patients, des indications importantes sont souvent négligées comme le degré d'incertitude ou lorsque la complexité des décisions augmente (O'Neill et al. 2005, Andersson et al., 2006). En outre, l'expérience, la connaissance formelle et informelle sont toutes les composantes du processus de raisonnement. Cependant, un niveau de formation plus élevé n'est pas toujours cohérent avec l'amélioration des capacités du raisonnement (Kuiper & Pesut 2004, Murphy 2004). Les études de soins infirmiers ont identifié plusieurs composantes du raisonnement clinique: celles spécifiques à la discipline des connaissances, l'expérience, et les stratégies de pensées à la fois formelles et informelles (Bynes & West 2000, Funkesson et al 2007, Banning., 2008). De multiples stratégies de réflexions informelles ont été identifiées. Plusieurs incluent la reconnaissance des modèles générant des hypothèses, fixant des priorités et faisant des généralisations (Cioffi 1997, Fonteyn 1998, Buckingham & Adams 2000). Bien que ces techniques accélèrent le processus de la pensée, elles peuvent conduire à des conclusions erronées lorsque les données sont négligées ou rejetées (Simons, 2010, traduction libre, p.1154).

La pensée critique est liée au raisonnement clinique. Cependant, il existe un concept plus large qui implique des dispositions particulières, des compétences et des habitudes mentales (Gordon 2000, Scheffer & Rubinfeld 2000, Hicks 2001). Les termes de prise de décision, de résolution de problèmes, et de jugement clinique suggèrent un point final au processus de réflexion, tandis que les termes de raisonnement diagnostique et de raisonnement clinique soulignent les processus cognitifs impliqués avant le point final (Simons, 2010, traduction libre, p.1154)

Plusieurs stratégies et modèles de raisonnement cliniques sont proposés, le processus facilitera l'amélioration des résultats pour les patients. Les attributs constituent la véritable définition du concept en cours d'analyse et apparaissent comme des essences de sens. Les attributs qui

définissent le raisonnement clinique sont: l'analyse des données (l'interprétation des informations), la délibération (réflexion), l'heuristique (stratégies de réflexion informelle), la déduction (la spéculation), la métacognition (la pensée réflexive), la logique (l'argument), la cognition (la perception ou la conscience), le traitement de l'information (données organisation) et l'intuition (aperçu indépendant de raisonnement) (Simons, 2010, traduction libre, p1155).

En se basant sur cette analyse de concept, Simons décrit le raisonnement clinique en soins infirmiers comme un processus cognitif complexe qui utilise des stratégies formelles et informelles de la pensée afin de recueillir et d'analyser des informations concernant les patients, d'évaluer l'importance de ces informations et de jauger grâce à des actions alternatives. Que le raisonnement clinique soit inductif ou déductif, il existe plusieurs facteurs qui sont utilisés et qui affectent ce processus en soins infirmiers. Ces facteurs sont les suivants: l'expérience de vie, la maturité et le niveau de compétences au sein de la pratique. La quantité d'information disponible, le degré de risque encouru et le niveau d'incertitude affectent également les résultats. L'utilisation de stratégies formelles (analyse de décision ou de traitement de l'information) ou des stratégies informelles (heuristiques) dépendent de la situation et de l'expérience de l'infirmier (Simons, 2010, traduction libre, p.1155).

La nature réursive de ce processus permet à l'infirmier de se déplacer vers l'avant ou l'arrière sur le plan cognitif, ayant la possibilité d'ajouter, de supprimer ou de réévaluer l'information. La flexibilité cognitive permet simultanément à une personne d'évaluer les signes, de déterminer la pertinence, d'appliquer les connaissances et l'expérience, et de peser la valeur des données et des interventions possibles. (Simons, 2010, traduction libre, pp.1155-1156).

3.2. (Oliveira Crosseti, Gouveia Dias Bittencourt, Antunes Lima, Oliveira Goes & Saurin, 2014), Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências.

L'objectif de cette étude est d'analyser les éléments essentiels au raisonnement clinique des infirmiers dans le processus d'une prise de décision clinique.

Le raisonnement clinique est une composante primordiale dans la résolution de problème chez les infirmiers. Il se focalise sur la sécurité et la qualité afin de répondre aux besoins du patient, de la famille et de la communauté. Il est décrit comme un élément fondamental dans la pratique quotidienne. Il est également souligné qu'au cours des dernières années et au vu des avancées technologiques dans le domaine médical, les infirmiers ont dû s'adapter et développer des habilités cognitives spécifiques afin de prendre des décisions appropriées. Le raisonnement clinique est né avec les soins infirmiers modernes, fondé au 19^e siècle par Florence Nightingale. (Oliveira Crosseti, Gouveia Dias Bittencourt, Antunes Lima, Oliveira Goes & Saurin, 2014, traduction libre, p.56)

Le raisonnement clinique permet à l'infirmier de développer et de réaliser des soins sécurisants centrés sur la santé. Au fur et à mesure que sa pratique clinique se structure en processus cognitif logique, il acquiert des compétences et des habilités lui permettant de diagnostiquer avec précision un problème de santé. (Oliveira Crosseti et al., 2014, traduction libre, p.56)

Dans les services d'urgences la prise de décision doit être précise. En effet, elle fait partie d'un processus systématique d'évaluation et de jugement qui comprend des habilités cognitives et

comportementales inhérentes au raisonnement clinique. (Oliveira Crosseti et al., 2014, traduction libre, p.56)

Par la suite, une situation emblématique a été élaborée sous forme d'un cas clinique. Il s'agissait d'un homme âgé avec un diagnostic médical d'insuffisance cardiaque qui s'est rendu aux urgences pour une douleur thoracique et une dyspnée associée à des signes cliniques visibles. À partir de ce cas, les infirmiers participants ont dû lister les problèmes de santé du patient et effectuer les soins. (Oliveira Crosseti et al., 2014, traduction libre, p.57)

Suite à cette phase, les participants devaient lister par ordre de priorité 5 éléments du raisonnement clinique qui leur semblaient prioritaire parmi ceux-ci : l'expérience,

- l'éthique,
- les connaissances pratiques et techniques,
- l'évaluation du patient
- la logique
- le travail en équipe
- les examens complémentaires
- l'intuition (Oliveira Crosseti et al., 2014, traduction libre, p.57)

L'analyse des données a révélé des éléments structurés du raisonnement clinique suivant:

- un lien entre la théorie et la pratique pour une prise de décision clinique : connaissance technico-scientifique et l'expérience clinique
- Processus de pensée et prise de décision clinique : réflexion clinique, jugement clinique, prédiction
- Les bases pour le jugement clinique infirmier : évaluation du patient, éthique, connaissance du patient, connaissances culturelles. (Oliveira Crosseti et al., 2014, traduction libre, p.57)

Les données obtenues ont été récoltées à partir d'une méthode d'analyse de contenu développée en trois étapes distinctes : la préanalyse, l'exploration du matériel, et le traitement du résultat. (Oliveira Crosseti et al., 2014, traduction libre, p.57)

En conclusion, cette étude a permis d'analyser les éléments essentiels d'un raisonnement clinique par les infirmiers d'un service d'urgences. Il a été constaté que les connaissances pratiques et techniques, l'évaluation du patient, l'expérience, et l'éthique sont considérées comme prioritaires par les participants dans la prise de décision clinique. Avoir une pensée critique est une habileté que les infirmiers doivent développer pour améliorer leur raisonnement clinique, et exécuter un processus de soins précis et sécurisant. (Oliveira Crosseti et al., 2014, traduction libre, p.60)

3.3. (Edwards & Sines, 2007), Passing the audition - the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage.

Cet article met en exergue le rôle des infirmières du tri dans un service d'urgence, et plus précisément, de quelle manière elles utilisent le raisonnement clinique pour évaluer et trier les patients en fonction du degré d'urgence.

Il est relevé que dans un tel contexte l'infirmière doit faire une évaluation, rapide, superficielle, mais précise du patient. Cet auteur a choisi de démontrer que c'est par le biais d'une évaluation clinique de qualité que l'orientation et l'évaluation du patient sont possibles. Il part du principe que les stratégies du raisonnement clinique proviennent uniquement du professionnel de santé et ne sont pas dépendantes du patient. Cette méthode s'applique sur toute personne réclamant des soins d'urgences. L'auteur définit considère que le patient ne joue aucun rôle actif dans ce processus et qu'il n'est donc qu'un pourvoyeur passif de données.

Les résultats de cette étude démontrent que le processus d'évaluation de triage commence dès que l'infirmière aperçoit le patient. Cette évaluation initiale est fondée presque exclusivement sur une évaluation dite « intuitive ». L'objectif est de différencier un patient en danger immédiat et un patient pouvant être soumis aux procédures usuelles de triage. (Edwards & Sines, 2007, traduction libre, p. 2445)

L'auteur relève la notion de jugement des signes extérieurs du patient, et son étude révèle que les infirmières se basent sur plusieurs aspects extérieurs pour évaluer l'état de santé du demandeur de soins.

Selon Tanner et al. (1993), les infirmières apprennent avec l'expérience comment, de façon générale, les patients répondent à un problème de santé donné. Elles comparent ensuite cette représentation avec l'état du patient face à elles. (Edwards & Sines, 2007, traduction libre, p. 2446)

Les infirmières de cette étude rapportaient avoir pleinement conscience que leur évaluation dépendait de la façon dont le patient décrivait son problème et se présentait au tri. (Edwards & Sines, 2007, traduction libre, p. 2448)

En effet, selon Edwards et Sines (2007), les infirmières de tri font particulièrement attention aux signes extérieurs de patient. Ils citent plusieurs exemples tirés de leur étude. Elles sont notamment attentives à l'apparence physique. Celle-ci peut démontrer que malgré la douleur le patient a pu s'apprêter et se vêtir correctement. Elles accordent également de l'attention à la façon dont le patient se mobilise, et à la manière dont il décrit sa problématique afin d'y accorder de la crédibilité en fonction de ses symptômes.

Selon Sbaih (1997), une étude considérait que l'évaluation des patients était plus précise avant leur entrée dans le service d'urgence, car ils n'avaient pas commencé à exagérer leurs symptômes. (Edwards & Sines, 2007, traduction libre, p. 2449)

Selon Atkinsin (1995), de nombreux modèles décisionnels supposent également que les actions professionnelles doivent être expliquées principalement en termes d'actes mentaux et d'événements liés. Cela implique que les patients sont passifs dans le processus de prise de décision, agissant simplement comme des dépositaires d'information incertains voire réticents. (Edwards & Sines, 2007, traduction libre, p. 2450)

Toutefois, cette étude a mis en évidence que les patients ont un rôle dans la construction de la présentation et de l'interprétation de leur problème. En ce sens, le triage peut être considéré comme un processus interactif socialement dont les résultats sont déterminés par la façon dont les participants ont créé, suscité, interprété et négocié le sens de leur problème de santé. Un des résultats spécifiques de cette étude est que les recherches futures doivent se concentrer également sur la contribution des patients dans ce processus. (Edwards & Sines, 2007, traduction libre, p. 2450)

3.4. (Forsberg, Ziegert, Hult & Fors, 2013), Clinical reasoning in nursing, a think-aloud study using virtual patients – A base for an innovative assessment

Les objectifs de cette étude sont d'une part de comprendre comment les infirmières expérimentées en pédiatrie effectuent leur raisonnement clinique sur des cas complexes avec des patients virtuels, et de quelle façon elles prennent des décisions cliniques. D'autre part, l'étude vise à démontrer comment le raisonnement clinique peut être évalué auprès des étudiants en soins infirmiers par le biais d'un examen sur un patient virtuel.

Elle utilise, «selon Newell et Simon (1972), la méthode penser à haute voix....» (Forsberg, Ziegert, Hult & Fors, 2013, traduction libre, p. 2).

Cette méthode consiste à décrire les processus cognitifs à l'aide de la verbalisation. Il est demandé à l'infirmière de révéler à haute voix sa manière de penser, comment elle a résolu les problèmes rencontrés ainsi que les valeurs et les connaissances qu'elle a mobilisées.

Il est démontré que cette méthode est un moyen efficace pour accéder aux processus cognitifs utilisés par les infirmières dans leur raisonnement clinique.

Les infirmières devaient résoudre par binôme deux à trois situations de cas sur des patients virtuels en une heure et demie maximum. Elles devaient réfléchir à haute voix sur leurs processus de pensée pour arriver à une résolution du problème. Il leur fallait se comporter comme s'il s'agissait d'un patient réel. La session de la méthode et l'entrevue de suivi ont été enregistrées (Forsberg et al., 2013, traduction libre, p. 3).

L'analyse des résultats a mis en évidence que les infirmières expérimentées en pédiatrie effectuaient les résolutions de cas des patients virtuels selon un schéma définit :

1. Orientation de l'hypothèse : les infirmières ont essayé d'affirmer leurs hypothèses en se référant aux signes et symptômes, aux examens physiques, de laboratoire et radiologiques.
2. Compétences spécifiques : les infirmières savaient quelles questions poser et quels soins effectuer en expliquant la raison de leurs interventions. De plus, elles avaient une approche holistique du patient et de la famille. Forsberg commentait que : leur raisonnement et leur prise de décision clinique étaient excellents.
3. Décision clinique : les infirmières qui possédaient des expériences antérieures similaires étaient efficaces dans la prise de décision clinique. Celles sans expérience n'avaient pas un raisonnement suffisamment approfondi, elles n'allaient pas dans les détails et restaient dans la globalité. (Forsberg et al., 2013, traduction libre, p. 3)

Ces catégories sont importantes pour la prise de décision clinique selon les infirmières qui ont effectué cette étude. Elles ont trouvé que la méthode penser à haute voix était une manière agréable d'être évaluées. De plus, elles ont considéré cet examen important, réaliste et pertinent dans l'apprentissage pour leur rôle professionnel : une évaluation innovante et interactive qui met l'accent sur le raisonnement clinique et la prise de décision. (Forsberg et al., 2013, traduction libre, pp. 3-4)

Les infirmières ont également rapporté que le fait de travailler sur des cas de patients virtuels les avaient encouragé à penser de manière structurée en fondant leur raisonnement clinique dans un processus de soins infirmiers. La collecte de données permet d'identifier et de diagnostiquer les problèmes afin de trouver une solution en s'appuyant sur les soins techniques actuels.

Les infirmières semblaient compter sur deux éléments importants pour le raisonnement clinique qui sont : les expériences antérieures et l'intuition. (Simmons et al., 2003 cité par Forsberg et al., 2013, traduction libre, p. 4)

De plus, les infirmières expérimentées utilisaient leur expérience professionnelle dans la prise de décision en observant davantage le patient que les infirmières novices. Les novices utilisent, le plus souvent, des lignes directes afin de recueillir davantage de données pour compléter l'anamnèse. Elles observent également l'état physique, avant de prendre des décisions cliniques. Au contraire, les expérimentées pouvaient reconnaître les signes de détérioration ou d'état de choc, par observations des signes et des hypothèses de diagnostics. (Forsberg et al., 2013, traduction libre, p.5)

3.5. (Larue, Dubois, Girard, Goudreau & Dumont, 2013), Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels

Cette étude a été réalisée par une équipe de professeurs-chercheurs et de gestionnaires cliniques afin d'améliorer la qualité du raisonnement clinique et du leadership. Les modèles utilisés ont permis de déterminer le niveau attendu de compétences d'une infirmière nouvellement diplômée (IND). Cette étude permettra d'identifier les stratégies que mobilisent les IND afin de continuer à développer des compétences en lien avec le raisonnement clinique et le leadership (Larue, Dubois, Girard, Goudreau & Dumont, 2013, p. 77).

Cet article décrit « la perception des infirmières et des gestionnaires sur les éléments organisationnels qui facilitent ce développement » (Larue et al., 2013, p. 77).

... l'étude de Fero, Witsberger, Wesmiller, Zullo, Hoffman, 2008, [3] auprès d'IND (n=2144) révèle que 75 % des IND répondent aux attentes d'évaluation à détecter des changements dans la condition de santé des patients. Toutefois, d'autres études montrent qu'en raison d'un manque de confiance, de difficulté à mobiliser leurs ressources, d'appliquer des concepts de soins infirmiers acquis en milieu scolaire, de déficits dans les compétences de gestion et d'organisation, les IND peinent à s'adapter à leur milieu clinique et à exercer de façon autonome en début de carrière (Clark et Holmes ; 2007 [4] ; Shin, Jung, Kim, Lee, Eom, 2010 [5] ; O'Shea et Kelly, 2007 [6]). Selon Shoessler & Wlado (2006), la période d'adaptation s'étend de 10 à 18 mois avant que l'infirmière ne puisse mobiliser complètement les compétences développées en milieu scolaire et entreprendre plus activement leur développement. (Larue et al., 2013, p. 77)

En remarquant les besoins nécessaires aux IND, les établissements de soins ont décidé de les aider à développer ces compétences en instaurant une culture d'apprentissage.

Des études, dont celles de Khomeiran, Yetka, Kiger & Ahmadi, 2006, [7]) ; Memarian, Salsali, Vanaki, Ahmadi, Hajuzadeh, 2007, [8] et de Zoreh & Memarian, 2009, montrent, à partir d'entretiens auprès d'infirmières que le développement des compétences cliniques est influencé à la fois par des facteurs personnels et des facteurs organisationnels. Les facteurs personnels, propres à l'infirmière, comprennent son engagement et son sens des responsabilités à fournir les soins les plus sécuritaires possible, sa curiosité, sa motivation et sa capacité à mobiliser des stratégies efficaces pour apprendre et se développer professionnellement. Quant aux facteurs organisationnels, deux éléments du modèle de

gouvernance clinique de Pomey, Denis et Contandriopoulos, 2008, [10] retiennent notre attention et influencent positivement le développement des compétences cliniques : le soutien et l'accès à la formation et l'utilisation d'indicateurs de l'évolution du développement professionnel continu. (Larue et al., 2013, pp. 77-78)

Au total, 4 focus-group furent animés afin que les IND puissent s'exprimer sans crainte de représailles de la part de leurs supérieurs (Larue et al., 2013, p. 78).

... Nous avons demandé aux infirmières d'indiquer leur niveau de compétences actuel, leur niveau de priorité à poursuivre chacun de ces apprentissages sur une échelle d'un à cinq (un étant le plus bas niveau et 5 le plus élevé) et de décrire les activités qu'elles effectuent pour développer ces apprentissages. À la fin de l'entretien, les infirmières étaient invitées à fournir des données sociodémographiques : âge, genre, niveau de formation, niveau d'engagement, niveau de motivation. (Larue et al., 2013, pp. 78-79)

Les infirmières ont répondu aux questions en utilisant une échelle allant de 1 à 5 (un étant le niveau le plus bas et 5 le niveau le plus haut). Il fut constaté que l'expérience des infirmières entre le groupe 6-12 mois et le groupe 18-24 mois est semblable (Larue et al., 2013, p.80).

Elles se situent au-delà de 4 pour leur motivation et leur engagement. Quant à l'apprentissage du raisonnement clinique, leur niveau de compétence actuel se situe à 3,5 et 3,6 et leur priorité de développement entre 4,5 et 4,7. En les situant par rapport à leur moyenne, les infirmières estiment que « faire des hypothèses sur l'état de santé et que faire appel à des connaissances pour faire des hypothèses » sont les deux apprentissages où elles se perçoivent moins compétentes. (Larue et al., 2013, p. 80)

Lorsqu'elles parlent de « faire des hypothèses sur l'état de santé et d'utiliser un langage scientifique », il a été constaté que leur priorité quant au développement de cet apprentissage est moins élevée. En ce qui concerne l'apprentissage de leadership clinique, elles se situent entre 3,8 et 3,9 et leur priorité de développement à 4,5 (Larue et al., 2013, p.80).

En les situant par rapport à leur moyenne, les infirmières estiment que « prendre des initiatives », « s'affirmer et prendre des situations de patient en main », « s'exprimer avec confiance et influencer les soins » sont les trois apprentissages où elles se perçoivent moins compétentes. Par contre, leur perception de priorité quant au développement de ces apprentissages est moins élevée quand il s'agit de « prendre des initiatives » et d'« identifier des modèles de rôle » pour les 6-12 mois, de « décrire mes limites et mes forces », de « m'exprimer avec confiance » et d'« influencer les soins » pour les 18-24 mois. (Larue et al., 2013, p. 80)

La grande majorité des infirmières ont mentionné que les apprentissages se réalisent par l'acquisition de l'expérience. Elles ont également cité d'autres moyens qui peuvent les aider à développer leurs compétences :

- 1) le recours aux connaissances antérieures en utilisant les notes de cours ou les manuels de soins infirmiers ;
- 2) la consultation de documents comme le dossier du patient, les documents présents sur l'unité de soins ;
- 4) le recours à la pratique réflexive afin de prendre du recul par rapport à la situation, réfléchir, ou encore, par la rétroaction d'une autre personne ;
- 5) le recours à l'observation, en observant les autres et en les écoutant ;
- 6) la consultation d'articles scientifiques ;
- 7) la poursuite d'une formation de 2e cycle en sciences infirmières ou dans des domaines connexes ;
- 8) la mise au défi en posant des questions, en proposant des méthodes. (Larue et al., 2013, p. 81)

Il a également été mis en avant que:

[Sur] le plan individuel, les infirmières ont mentionné que la répétition de soins similaires ... le degré de stress sur l'unité ... et l'acquisition d'expérience influencent le développement des compétences.... Dans les facteurs qui nuisent au développement des compétences infirmières, toutes les infirmières gestionnaires ont souligné le fait que les infirmières ne se perçoivent pas comme les autres professionnels en raison de l'absence de temps de réflexion dans l'organisation de leur travail et que cela ne leur permet pas de se positionner avantageusement dans l'équipe multidisciplinaire. Dans les facteurs qui facilitent le développement des compétences infirmières, les gestionnaires ont identifié surtout l'importance de répondre aux préoccupations des infirmières et souligné le rôle majeur de l'infirmière-chef qui amène une vision et un leadership qui promeut l'apprentissage. (Larue et al., 2013, p. 81)

Après l'analyse des données, les améliorations désirées par les infirmières et les infirmières gestionnaires sont les suivantes :

... temps de réflexion non négociable intégré dans l'organisation du travail, instauration d'une culture d'apprentissage qui s'inscrit en continuité avec les milieux d'enseignement, formation active dans le milieu de soins, amélioration des outils d'auto-évaluation du développement des compétences infirmières, soutien des gestionnaires pour promouvoir l'apprentissage dans leurs équipes : groupe de co-développement à partir de situations problématiques ou encore documentation et création de répertoires de situations cliniques par les infirmières expérimentées, offre d'activité d'apprentissage de différents niveaux de complexité. (Larue et al., 2013, p. 81)

À la fin de cette étude, il n'a pas été remarqué une différence accrue entre les infirmières de 6 ou 24 mois ayant une activité professionnelle quant à leurs sentiments d'atteinte d'un même niveau de compétences. Il a été observé que l'infirmière ne se voit pas plus compétente au bout de 9 mois d'expérience, car elle a conscience de la complexité des situations de soins qu'elle rencontre (Larue et al., 2013, pp. 81-82).

Pour conclure :

Les gestionnaires stimulent le développement des savoirs, encouragent les soignants à organiser des activités de développement et énoncent des attentes élevées de compétences des soignants ce qui améliore la prestation des services et stimule à nouveau le développement des savoirs. Quant aux facteurs nuisant au développement des compétences, nous retenons la difficulté perçue par les infirmières de se considérer comme des professionnelles ayant les mêmes opportunités que les autres professionnelles pour réfléchir aux situations de soins rencontrées. Enfin, il faut se réjouir, à l'instar de Gould, Drey & Berridge, 2007, [11] que certaines développent leurs compétences sur leur temps personnel. Pour ces infirmières, le développement continu des compétences est important pour maintenir la sécurité des patients, donner du sens aux activités infirmières et promouvoir la carrière et la progression professionnelles (Larue et al., 2013, p.82).

3.6. (Hart, Spiva, Baio, Huff, Whitfield, Law, Wells & Mendoza, 2014), Medical-surgical nurses' perceived self-confidence and leadership abilities as first responders in acute patient deterioration events

Le but de cette étude est d'explorer et de comprendre les capacités du leadership et de la confiance en soi des infirmières dans un service de médecine et dans un service de chirurgie. Elles sont les premières intervenantes, pouvant reconnaître et répondre à une détérioration clinique avant l'arrivée d'une équipe d'intervention d'urgence. (Hart , Spiva, Baio, Huff, Whitfield, Law, Wells & Mendoza, 2014, traduction libre, p. 2769)

Une détérioration aiguë de l'état du patient est possible à tout moment pendant l'hospitalisation. Les patients sont particulièrement vulnérables à la suite d'une chirurgie ou lors de la récupération de maladie grave (Beau-mont et al., 2008). La majorité de ces événements se produisent dans les unités médico-chirurgicales. (Cohn et al. 2004, Peters & Boyde 2007), et les infirmières de cette unité sont souvent les premières professionnelles de la santé à identifier les signes et les symptômes de détérioration clinique et à initier des interventions de sauvetage (Gombotz et al., 2006). Par conséquent, ces infirmières jouent un rôle central dans l'évaluation, la reconnaissance et le temps d'intervention. Elles doivent obtenir des ressources et assurer un traitement rapide et efficace pour les patients souffrant de détérioration aiguë.

Bien que les infirmières reconnaissent la présence d'anomalies physiologiques indiquant une détérioration aiguë, elles sont réticentes à engager des interventions de base ou alarmer les équipes d'intervention d'urgence (Considine & Botti 2004). Les non-actions des infirmières peuvent être liées à la peur de prendre de mauvaises décisions en initiant de fausses alarmes, ou le désir de gérer la situation dans une phase précoce (Cioffi 2000a, Cioffi et al., 2006). (Hart et al, 2014, traduction libre, p. 2770)

Selon Hart (2014), les infirmières qui ont une grande habileté dans le raisonnement clinique peuvent influencer sur les résultats des patients en identifiant les signes avant-coureurs de détérioration cliniques et en initiant des interventions précoces. (Clarke 2004, Brunt 2005, Bobay et al., 2008). (traduction libre, p.2775)

Cette étude met en évidence que les infirmières ayant une certaine aisance à gérer les détériorations aiguës de l'état d'un patient sont plus à l'aise pour exécuter des actions de leadership. Les infirmières de cette étude étaient plus confiantes et davantage efficaces dans la reconnaissance et dans l'évaluation du patient en situation de détérioration clinique respiratoire et cardiaque, que dans des situations de détérioration neurologique. L'organisme de santé se concentre habituellement sur les événements respiratoires et cardiaques en formant les infirmières aux gestes de réanimation, et peut parfois négliger de les former à réagir à d'autres types de détérioration clinique. (Hart et al, 2014, traduction libre, p. 2775)

À ce sujet, Hart (2014) cite Andrews et Waterman (2005). Ces derniers soulignent l'importance de l'éducation des infirmières dans l'utilisation d'une approche systématique pour effectuer l'évaluation des patients et le développement des connaissances en physiopathologie et sur les signes cliniques variables. Ceci dans le but d'améliorer l'interprétation des résultats et l'évaluation des patients. (traduction libre, p.2775)

3.7. (Belpaume, 2009), Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers

Selon Belpaume, (2009) :

L'un des enjeux pour les instituts de formation en soins infirmiers est de faire évoluer leur modèle de formation vers un modèle intégrant le développement des compétences en référence à des situations professionnelles prévalentes. Le raisonnement clinique, une compétence au cœur du métier, traverse toutes les situations de soins. Il participe à la démarche d'adaptation des soins. La didactique professionnelle développe notre compréhension des situations professionnelles et nous ouvre des perspectives de formation articulées autour des compétences. (p.43)

Belpaume, infirmière de profession pendant 18 ans, qui a décidé de suivre une formation afin de travailler comme cadre de santé formatrice auprès des étudiants en soins infirmiers. Elle a rapidement mis en évidence un dysfonctionnement dans le système. En effet, elle relève:

- ... une dichotomie entre les soins annoncés lors de la présentation de la démarche de soins et les soins réalisés ;
- une analyse de la situation de soin élaborée à partir des prescriptions médicales, ce qui est source de contresens et réduit le rôle de l'infirmière à l'application de prescriptions médicales;
- une confusion dans la construction du problème entre signes cliniques et problème de santé. (Belpaume, 2009, p.44)

Ses recherches sur l'apprentissage du raisonnement clinique ont été effectuées durant les années 2006-2007. Or, elle a pu constater qu'en 2009 il y a eu un réel intérêt pour le raisonnement clinique. Cette démarche a été principalement empirique, car elle a été agrémentée par des expériences personnelles et professionnelles.

Selon Belpaume, (2009) :

Des échanges avec les étudiants et les nouveaux diplômés, il ressort que la démarche de soins est vécue comme un exercice scolaire qui ne correspond pas à la réalité de l'exercice infirmier. Les étudiants ne perçoivent pas le raisonnement qui amène les infirmières à réaliser les soins. (p.44)

L'auteur décrit que: « ...Depuis 1992 (date d'introduction des diagnostics infirmiers dans la formation¹⁵), les étudiants en soins infirmiers sont confrontés à un décalage entre la formation et les pratiques dans les unités de soins» (Belpaume, 2009, p.45).

D'après Belpaume, (2009) :

Depuis août 2009, le nouveau référentiel de formation est officialisé. Le développement des compétences est au cœur de ce nouveau référentiel. Le raisonnement clinique est identifié en tant que tel et s'inscrit dans des situations professionnelles. Cette actualité confirme l'intérêt de partager cette recherche sur l'accompagnement du raisonnement clinique « en acte ». (p.45)

Selon Belpaume, (2009) :

Le raisonnement clinique, comme toute pensée, est une démarche singulière, une élaboration personnelle. M.H. Fleming ²⁹ hiérarchise les raisonnements cliniques en cinq types :

- Le raisonnement procédural qui met l'accent sur le problème de santé, l'incapacité, il s'agit de pallier l'incapacité, de résoudre le problème;
- Le raisonnement interactif qui s'élabore en coopération avec la personne;
- Le raisonnement conditionnel qui s'inscrit dans l'avenir et les évolutions possibles de la personne au regard de son état de santé;
- Le raisonnement narratif qui réunit les trois types précédents et se rapproche d'une vision holistique de la personne et de son environnement;
- Le raisonnement pragmatique qui développe une approche systémique, identifiant et prenant en compte l'environnement (famille, travail...), les valeurs, les représentations, les ressources (financières, sociales...) de la personne.

Ainsi, en fonction de sa formation, de ses expériences, de la situation de soins et de sa conception de son rôle, le clinicien favorisera l'un ou l'autre de ces types de raisonnements. (p.47)

3.8. (Côté, Tanguay, Gagnon, Charlin & Michaud 2014), Élaboration et validation d'un test de concordance de script pour évaluer le raisonnement clinique des infirmières en contexte de détérioration de la condition clinique.

Dans leur article Côté, Tanguay, Gagnon, Charlin & Michaud (2014), décrivent de manière générale les différentes actions que l'infirmier doit effectuer dans un service de soins afin de prévenir une détérioration clinique du patient :

- Prévention de la maladie ou de complications
- Maintien ou amélioration de la santé
- Collaboration pluridisciplinaire
- Évaluer l'état de santé d'un patient symptomatique
- Effectuer une surveillance clinique
- Élaborer des hypothèses de diagnostics et des interventions
- Créer un plan de soin technique et médicamenteux
- Surveiller l'état de santé, garder un suivi du patient (p.8)

Selon Côté et al. (2014) :

Un raisonnement clinique adéquat est essentiel, particulièrement en contexte de détérioration clinique, car il permet de formuler un jugement sur la situation du patient et d'établir les priorités de soins. Le raisonnement clinique consiste en l'utilisation de la cognition pour analyser et interpréter des données, pour générer des hypothèses et concevoir des options de solutions afin de résoudre un problème clinique. Ce raisonnement varie en fonction de plusieurs caractéristiques de l'infirmière ... [et notamment de] son expérience clinique (p.8).

Cependant, du à un niveau d'incertitude ou à un manque d'expérience de la part des infirmiers, les signes de détérioration ne sont pas toujours interprétés ou détectés correctement, ce qui peut être délétère pour la santé du patient (Côté et al., 2014, p.8).

Pour pouvoir éviter cette incertitude d'interprétation, au Canada et au Québec l'examen clinique est évalué chez les étudiants en soins infirmiers à l'aide de différentes méthodes « ... d'examens à questions à choix multiples, d'examens oraux, d'examens cliniques objectifs, structurés (ECOS) ou de grilles d'évaluation globale» (Côté et al., 2014, p.9).

Toutefois, ces méthodes d'évaluation ne sont pas tout à fait appropriées au raisonnement clinique étant donné qu'elles ne l'évaluent pas dans sa globalité et qu'elles ne se distinguent pas les différents niveaux d'expertise (Côté et al., 2014, p.9).

Cet article propose un autre moyen d'évaluation. Il s'agit du test de concordance de script (TCS). Cette méthode est spécifique et adaptée à la mesure du raisonnement clinique dans un contexte d'incertitude. Elle permet de mesurer un score « ... le niveau d'organisation et d'élaboration des connaissances et ainsi d'évaluer la qualité des scripts » (Côté et al., 2014, p.9).

Le TCS comprend différents scénarios. Pour l'infirmier expert, ils sont constitués d'informations manquantes ou par plusieurs options d'hypothèses de diagnostics (Côté et al., 2014, p.9).

Les participants sont classés soit comme infirmières expertes soit comme infirmières novices. Les experts avaient au minimum cinq ans d'expérience clinique en soins aigus ou étaient titulaires d'un diplôme en sciences infirmières et travaillaient dans une unité de soins à titre de praticiennes formatrices. Les infirmières ayant moins de 3 ans de pratique ou les étudiants sont considérés comme des novices (Côté et al., 2014, p.10).

Selon Côté et al :

La première étape de construction du TCS a consisté à sélectionner des situations de détérioration clinique au cours desquelles une infirmière devait utiliser son raisonnement clinique pour les résoudre. La seconde étape a consisté à transcrire les situations retenues sous la forme de scénarios et d'items. Les scénarios décrivaient des situations cliniques où de la détérioration clinique était probable. Ils ont entre autres été élaborés ... [grâce à un] outil d'aide au dépistage contenant plusieurs signes de détérioration reconnus comme prédictifs d'un arrêt cardiaque^[4]. Parmi ces signes, on retrouve entre autres des altérations de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, de la fréquence respiratoire, de la température, tant à la hausse qu'à la baisse, ainsi qu'une modification de l'état de conscience^[4]. Chaque item, adapté à la réalité infirmière, a été constitué d'abord d'une hypothèse (diagnostic infirmier, impression de diagnostic médical, option de surveillance, d'évaluation ou d'intervention infirmière), ensuite, d'une nouvelle information (un signe clinique collecté par une infirmière, un résultat d'examen) (p.11).

3.9. (Jensen, 2013), Clinical reasoning during simulation: Comparison of student and faculty ratings.

L'objectif de cette étude est d'évaluer les compétences du raisonnement clinique chez des étudiants de différents niveaux en soins infirmiers à travers une simulation. Pour cela, il est utilisé un instrument récemment développé qui est le Lasater Clinical Judgment Rubric (LCJR). Il s'agit d'une mesure objective des compétences du raisonnement clinique auprès des étudiants. L'étude

consiste également à réaliser des auto-évaluations de la part des étudiants et des hétéro-évaluation de la part des enseignants, afin d'évaluer leurs compétences lors du raisonnement. (Jensen, 2013, traduction libre, p. 23)

Selon Rauen (2004), la simulation en soins infirmiers est définie comme : un événement ou une situation faite pour ressembler aux pratiques cliniques aussi étroitement que possible. (Jensen, 2013, traduction libre, p. 24)

Selon Tanner (2007), le raisonnement clinique est le processus avec lequel les infirmières prennent des décisions cliniques sur des soins effectués aux patients, de ce fait elles ont besoin d'une connaissance spécifique de la situation du patient, de sa maladie ainsi que des interventions de soins. (Jensen, 2013, traduction libre, p. 23)

La majorité des étudiants, soit 63%, a montré la majorité des niveaux adéquats de raisonnement clinique dès leur première tentative. Ceux qui avaient échoué la première fois ont eu des scores plus élevés lors du second essai. En effet, ces étudiants étaient déjà plus familiers avec la simulation. Ils se sont dit stressés pendant l'exercice et cela les rendait incertains dans leurs actions. De plus, ils ont également exprimé que la présence des enseignants pendant la simulation était un facteur de stress. Selon Oermann et Gaberson (2006), l'anxiété peut interférer avec la réflexion des étudiants. Toutefois, selon Tanner (2007), l'anxiété est une composante nécessaire au raisonnement clinique. (Jesen, 2013, traduction libre, p. 26)

Les enseignants ont pour but de veiller à ce que les étudiants disposent de compétences dans le raisonnement clinique avant d'être diplômés. L'utilisation du LCJR aidait les enseignants à identifier les étudiants nécessitant un soutien supplémentaire pour développer leur raisonnement clinique. De plus, l'utilisation de cet instrument a permis aux étudiants d'explorer et d'évaluer leur raisonnement, en réfléchissant sur leurs actions et leurs pensées pendant les soins.

Il est relevé qu'il serait nécessaire de réduire l'anxiété des étudiants avant les simulations par des séances d'essai, cela pourrait améliorer les résultats globaux. (Jensen, 2013, traduction libre, p.27)

3.10. Tableau comparatif

Ce tableau permet de mettre en exergue les différents éléments des études retenues. Il définit les généralités de celles-ci, mais également leur niveau de preuve et leurs limites. La méthodologie est décrite de façon synthétique et met en évidence les principales composantes.

Tableau 7. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs-Année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites
Simmons (2010)	C'est une méta-analyse basée sur un total de 5966 publications dont 200 ont été retenues pour l'étude.	C'est une analyse basée sur le concept du raisonnement clinique en soins infirmiers.	La méthode utilisée pour cette étude est celle de Rodgers. Les bases de données utilisées sont : CINAHL, PubMed, PsycINFO, ERIC et OvidMEDLINE de 1980 à 2008.	Dans le résultat de cette étude, Simmons décrit le raisonnement clinique en soins infirmiers comme un processus cognitif complexe qui utilise des stratégies formelles et informelles de la pensée. Dans le but de recueillir et analyser des informations concernant les patients, en évaluer l'importance et jauger avec des actions alternatives.	Les limites dans ces études sont les années (de 1980 à 2008) et les types de sources utilisés (uniquement des périodiques).
Oliveira Crosseti et al., (2014)	Les participants à cette étude étaient vingt infirmiers tous travaillant dans un service d'urgence : 12 dans un hôpital général, 6 dans un service spécifique aux traumatismes et 2 en gynécologie et	L'objectif de cette étude a été d'analyser les éléments essentiels au raisonnement clinique des infirmiers dans le processus d'une prise de décision clinique.	La collecte de donnée s'est effectuée entre avril et juin 2009, pour sa réalisation il a été demandé aux participants de répondre à plusieurs questions d'identification telles que: le sexe, l'âge, le temps de formation, les années d'expérience, la formation académique, et	Cette étude a permis d'analyser les éléments essentiels d'un raisonnement clinique par les infirmiers d'un service d'urgence. Il a été constaté que les connaissances	Petit échantillon donc non représentatif de la population.

	<p>pédiatrie. Afin de participer à l'étude, ils devaient avoir au minimum 1an d'expérience dans un service d'urgence. / étude exploratoire et qualitative.</p> <p>Cette étude a obtenu l'approbation du conseil national de la santé et du comité d'éthique en recherche.</p>		<p>les diplômes post-grade. Par la suite, une situation emblématique a été élaborée sous la forme d'un cas clinique.</p>	<p>pratiques et techniques, l'évaluation du patient, l'expérience, et l'éthique sont considérées comme prioritaires par les participants dans la prise de décision clinique.</p>	
<p>Edwards et Sines (2007)</p>	<p>14 infirmières d'urgence de deux services démographiquement distincts avec une expérience du tri de 3 à 20 ans.</p> <p>Cette étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique.</p>	<p>Démontrer que les stratégies du raisonnement clinique sont indépendantes du patient, elles dépendent uniquement de l'infirmier.</p>	<p>38 enregistrements à l'aide d'une caméra vidéo ont été réalisés lors du tri des patients sur une période de 9 mois.</p> <p>Puis, ses rencontres dans lesquelles les infirmières ont été impliquées leur ont été rejouées.</p> <p>L'enregistrement a été arrêté après chaque question ou commentaire par l'infirmière à qui on a alors demandé de dire ce qu'elle pensait à ce moment-là.</p> <p>Les pensées des infirmières ont été enregistrées, transcrites et analysées utilisant une méthode comparative constante, dans laquelle des hypothèses ont</p>	<p>Les auteurs suggèrent que les signes cliniques extérieurs des patients ne sont pas perçus comme une manifestation de la pathologie, mais comme une représentation de l'inconfort du patient.</p> <p>De plus, l'infirmière utilise la façon dont les patients expliquent leur problème afin de déterminer leur crédibilité en fonction des symptômes présents.</p>	<p>Elles dépendent de la contribution du patient dans sa discussion avec l'infirmière de tri.</p> <p>La permission de faire et d'utiliser les enregistrements à des fins de recherche à été demandée aux patients.</p> <p>Les patients qui étaient trop malades, ou embarrassés par la présence d'une caméra ont été exclus de l'étude.</p> <p>Échantillon auto-</p>

		produites et modifiées continuellement en fonction des données entrantes, jusqu'à une ligne conceptuelle.			sélectionné.
Forsberg et al., (2013)	<p>C'est une étude qualitative et descriptive</p> <p>30 infirmières en pédiatrie : 10 en unités de soins intensifs, 4 aux urgences, 8 d'unités de pédiatrie, 6 dans les centres de soins de santé infantile et 2 des écoles.</p> <p>Données collectées de mai à octobre 2011</p> <p>Cette étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'Institut Karolinska à Stockholm en Suède.</p>	<p>Les infirmières devaient parler à haute voix de leur processus de raisonnement et prise de décision auprès de patients virtuels.</p>	<p>Comprendre comment les infirmières expérimentées en pédiatrie effectuent leur raisonnement clinique.</p>	<p>Les infirmières décrivent 3 étapes et 2 éléments nécessaires pour effectuer leur raisonnement clinique .</p>	<p>Échantillon très ciblé, uniquement des infirmières de pédiatrie.</p>
Larue et al., (2013)	<p>Cette étude a été réalisée dans deux hôpitaux de l'est du Canada, les participantes furent 34 infirmières nouvellement diplômées et 19 infirmières gestionnaires.</p> <p>C'est une étude descriptive,</p>	<p>Il a été utilisé dans cette étude des entretiens semi-structurés individuels et quatre focus-group.</p>	<p>Le but de cette étude est de définir comment les infirmières développent leurs compétences et comment les établissements de soins les aident à développer ces compétences.</p>	<p>Le principal résultat de cette étude à démontrer que pour qu'une infirmière nouvellement diplômée puisse développer au mieux ses compétences elle nécessite un soutien de la part des infirmières gestionnaires.</p>	<p>L'échantillon d'infirmières et d'infirmières gestionnaires sélectionné qui a participé à l'étude avait un intérêt commun pour le développement professionnel continu ce qui pourrait</p>

	<p>exploratoire, qui utilise des données qualitatives.</p> <p>Cette étude a obtenu l'approbation par les comités d'éthiques des deux hôpitaux universitaires</p>			<p>empêcher de généraliser les informations recueillies aux infirmières nouvellement diplômées.</p> <p>L'article ne contient pas une définition du terme: l'infirmière gestionnaire.</p> <p>Lors des focus-group il est probable que l'un des participants n'ait pas osé prendre la parole devant les autres et que leurs réponses aient été influencées par les autres participants.</p> <p>Il a pu être mis en évidence un biais lors des entretiens individuels, où les infirmières souhaitaient donner les réponses attendues</p>
--	--	--	--	---

<p>Hart et al., (2014)</p>	<p>126 infirmières de médecine/chirurgie de 5 hôpitaux du sud sont des États Unis. Étude descriptive et quantitative.</p>	<p>Explorer et comprendre la confiance en soi et les capacités de leadership des infirmières de médecine et de chirurgie comme intervenantes dans des situations de détérioration clinique du patient. Cela avant l'arrivée d'une équipe d'intervention d'urgence.</p>	<p>Utilise une méthode d'enquête. Un questionnaire avec une échelle de confiance en soi et un autre sur les capacités de leadership</p>	<p>Les infirmières qui sont le plus confiantes dans la gestion des situations de détérioration de l'état de santé du patient sont celles qui ont des capacités de leadership plus développées.</p>	<p>Limité à des infirmières exerçant dans le sud-est des États unis, donc limite la généralisation des résultats. Les infirmières ont rempli les questionnaires pendant les heures de travail, dans leur unité de soin. Elles pourraient avoir été aidées par des collègues. La longueur du questionnaire peut avoir entraîné une fatigue lors de sa rédaction. Aucune information sur les normes éthiques n'a été précisée dans cet article.</p>
<p>Belpaume (2009)</p>	<p>4 étudiants en première année de formation ayant fait leur rentrée fin septembre 2006. Approche qualitative et compréhensive.</p>	<p>Optimiser le dispositif de formation en soins infirmiers, en accompagnant la construction et le développement du raisonnement</p>	<p>Observation de l'étudiant dans le soin de la toilette en situation réelle. Puis entretiens de confrontation avec l'étudiant et le formateur.</p>	<p>L'observation, la confrontation, et l'auto- confrontation, sont des outils qui permettent une co-activité formateur-formé. Ils</p>	<p>Échantillon faible, peu significatif. Focalisé sur un seul soin. Aucune information sur les normes</p>

	Uniquement des étudiants n'ayant pas d'expérience professionnelle antérieure à la formation dans le domaine des soins. Étudiant avec différent résultat de stage, allant de 9,5/20 à 17/20.	clinique en acte, de la part des étudiants.	Réflexion sur l'influence de l'observation par le formateur.	permettent une posture réflexive. L'analyse rétroactive du soin ne devient « instrument » de formation qu'à la condition de chercher à transformer l'expérience.	éthiques n'a été précisée dans cet article.
Côté et al., (2014)	C'est une étude qualitative. 3 expertes ont contribué à la sélection et à la rédaction des scénarios. 23 infirmières expertes et 49 étudiantes ont effectué le TCS. Cette étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique.	Méthode visant à évaluer le raisonnement clinique dans un contexte d'incertitude en simulant des situations de pratique cliniques de la pratique.	Le Test de Concordance de Script (TCS) consiste en plusieurs scénarios avec différents items divisés en 3 parties disponibles sur internet auxquels les participants devaient répondre.	Méthode valide et fiable pour évaluer les capacités à effectuer un raisonnement clinique. Les participants ont trouvé que le TSC pourrait également servir de méthode d'apprentissage.	Les participantes devaient remplir le TCS sur un lien internet, de ce fait il n'y avait ni de limite de temps ni concernant l'accès au questionnaire.
Jesen (2013)	C'est une étude descriptive effectuée sur deux semestres avec deux types d'étudiants en soins infirmiers : 1 ^{er} : 31 étudiants associate (AS), et 7 étudiants	Évaluer les compétences du raisonnement clinique chez les étudiants de différents niveaux à travers une simulation.	Après avoir passé la simulation, les étudiants allaient dans une salle isolée pour discuter de leurs actions, les enseignants remplissaient la feuille de critères afin de mesurer leur raisonnement clinique à l'aide de LCJR.	Utilisation de l'instrument permettrait aux enseignants d'identifier les étudiants ayant des difficultés à effectuer le raisonnement clinique.	Les étudiants qui présentaient des états d'anxiété auprès des patients lors des simulations Les différents niveaux d'étudiants en soins infirmiers.

	<p>baccalaureate of sciences (BS). 2^e : 31 étudiants associate (AS), et 19 étudiants baccalaureate of science</p>				<p>Aucune information sur les normes éthiques n'a été précisée dans cet article.</p>
--	---	--	--	--	--

4. DISCUSSION

Suite à l'analyse de neuf articles, plusieurs thématiques sont ressorties. Elles dénotent la complexité et l'importance du raisonnement clinique.

Lors de la discussion elles ont été mises en commun et étudiées afin de les inclure avec les concepts théoriques, mais également pour répondre à la question de recherche. Les thématiques ressorties sont : l'expérience et l'intuition, le rôle de leadership et la place du raisonnement clinique dans l'enseignement et la formation continue.

4.1. Expérience et intuition

Comme décrit précédemment dans l'étude d'Oliveira Crossetti et al., (2014) trois éléments structurés du raisonnement clinique ont été identifiés. L'expérience fut quant à elle identifiée comme un élément où il est nécessaire de faire un lien entre la théorie et la pratique afin d'aboutir à une prise de décision clinique.

Dans l'étude de Forsberg et al., (2013) deux éléments importants ont été identifiés pour le raisonnement clinique: les expériences antérieures et l'intuition. Selon Dubois et al., (2013) une grande majorité des infirmières ont mentionné que les apprentissages se réalisent essentiellement par l'acquisition d'expériences. En comparant ces trois études, il a été constaté que l'expérience est un facteur important qui est souvent mis en avant afin d'élaborer un raisonnement clinique de qualité.

Il est également mis en évidence dans l'étude de Simmons (2010), plusieurs composantes du raisonnement clinique: spécifiques à la discipline infirmière, l'expérience et les stratégies de pensées à la fois formelles et informelles (Bynes & West 2000, Funkesson et al 2007, Banning 2008 cité par Simmons 2010). En effet l'utilisation de stratégies formelles (analyse de décision ou traitement de l'information) ou des stratégies informelles (heuristiques) dépendent de la situation et de l'expérience de l'infirmier. C'est ce qui permet à l'infirmier de se déplacer vers l'avant ou l'arrière sur le plan cognitif, pouvant ajouter, supprimer ou réévaluer l'information. La flexibilité cognitive permet simultanément à une personne d'évaluer les signes, de déterminer la pertinence, d'appliquer les connaissances et l'expérience et de peser la valeur des données et des interventions (Simmons, 2010, traduction libre, p. 1155).

L'étude d'Edwards & Sines (2007), affirme que l'évaluation initiale est pratiquement construite à partir d'une évaluation « intuitive » ce qui rejoint l'idée de Forsberg et al. (2013) ainsi que l'idée de Oliveira Crossetti et al., (2014).

Selon Pépin, Kerouac et Ducharme (2010) :

L'intuition est une forme de connaissance issue d'une capacité de comprendre une situation à partir de données imprécises. Des recherches ont démontré l'importance de l'intuition dans la pratique des soins infirmiers en situation critique (Banning, 2008). De plus, la revue systématique des écrits menés par Rew et Barrow (2007) indique que l'intuition est cruciale pour le développement de l'expertise, et qu'elle devrait être soigneusement enseignée aux étudiants et aux infirmières débutantes. Une description de la nature des soins infirmiers met en relief, entre autres, la capacité de l'infirmière experte à être présente, à faire preuve d'intuition, à s'engager

auprès de la personne, à reconnaître des *patterns* et à exercer son jugement clinique et éthique. L'exactitude du détail et la subtilité du récit de l'infirmière experte aident à communiquer l'essence de l'action ancrée dans la réflexion (action thinking), les idées intuitives et les circonstances de la prise de décision et de l'exercice professionnel. (p.91)

Edwards et al., (2007), expliquent que la position d'une infirmière de tri peut être considérée comme gardienne des soins d'urgences. Ainsi, lorsqu'un patient se présente aux urgences, il sait que l'infirmière qui l'accueille a le pouvoir de décider quand il sera vu. Il doit alors présenter son problème de manière à la convaincre de la légitimité de son problème. Cependant, le public ne sait pas comment l'infirmière peut être convaincue, il ne connaît pas les objectifs et les stratégies des infirmières. (Traduction libre, p. 2449)

Les infirmières de tri procèdent à une forme de jugement, évaluant les données cliniques à travers la façon dont les patients réagissent à leur problème de santé et à leur façon de les exprimer. Elles déterminent ce qui constitue des données légitimes et qui nécessitent des soins d'urgences.

L'article de Simmons (2010), dit qu'en « 1984 Benner a adapté son modèle aux compétences des soins infirmiers à différents niveaux de pratique, allant de la reconnaissance de repère limité et la pensée analytique (novice) jusqu'à la compréhension globale et à l'intuition (expert) » (p. 1154). Il est également dit que les infirmières débutantes ont moins de capacités à récolter et regrouper les informations, qu'elles identifient moins les indices présents dans la situation, qu'elles ont plus de difficulté à reconnaître des situations de soins complexes et qu'elles ne réévaluent pas les informations recueillies aussi fréquemment que les infirmières ayant une plus grande expérience. Le concept de raisonnement clinique correspond bien à la philosophie de Benner qui est un modèle d'acquisition des compétences en soins infirmiers (traduction libre, Simmons 2010, p. 1156). Selon Simmons (2010), les principaux concepts de la philosophie de Benner sont l'expérience, les connaissances et les soins prodigués aux patients. Selon Forsberg et al., (2013) si une infirmière experte vient à se déplacer dans un autre service, elle deviendra à nouveau novice. Ce qui est en total accord avec la philosophie de Benner.

4.2. Le rôle de leadership

Dans l'article de Hart et al., (2014), il ressort que les infirmières sont les premières à pouvoir détecter les signes de détérioration clinique auprès des patients. Elles ont un rôle primordial dans l'évaluation et dans les interventions afin de prévenir la péjoration de l'état de santé du patient. Il est également mis en évidence que ces infirmières se sentent plus aptes à tenir le rôle de leadership.

Il est décrit que les années d'expérience de l'infirmière variaient de 1 à 41 années, ce qui équivaut à une moyenne de 8 à 13 ans. De ce fait, les infirmières ayant un rôle de leadership se trouveraient au stade d'expert et agiraient de manière intuitive, selon Benner.

Dans l'article Dubois et al., (2013), il est mis en évidence que les infirmières-chefs effectuent un rôle de leadership, ce qui favorise l'apprentissage chez les infirmières novices.

Il est également ressorti que les infirmières récemment diplômées ont des difficultés à mobiliser leurs connaissances et compétences acquises au cours de la formation, ce qui les met en difficulté dans les prises en soins. D'après la théorie de Benner, ces infirmières se trouvent au stade de novice. En effet, les novices peuvent être en difficulté face aux situations rencontrées, à

cause de leur manque d'expérience elles n'ont pas assez d'éléments pour une prise en soins rapide et adaptée.

De plus, il est précisé qu'il leur est nécessaire d'avoir une période d'adaptation allant d'environ un an à un an et demi avant qu'elles mobilisent complètement leurs compétences et les mettent en pratique sur le terrain, elles atteindraient alors le rôle de débutante.

Il est souligné qu'une infirmière confiante dans son évaluation clinique est davantage à même d'exercer son rôle de leadership. Ce qui permet une prise en soins globale, efficace et dirigée.

4.3. Place dans l'enseignement et la formation continue

D'après Belpaume (2009) et Jensen (2013), l'apprentissage du raisonnement infirmier au cours du cursus reste une difficulté. Elle souligne l'importance de l'introduire dès le début de la formation, de l'exercer, et de l'évaluer continuellement.

L'article de Côté et al., (2014), relève qu'un manque de connaissance et d'expérience est délétère pour la santé du patient, il dénote d'un manque de vigilance et de reconnaissance de signes cliniques de détérioration.

Ces deux articles soulignent l'importance de distinguer les niveaux d'expertise. En se reportant à Benner, la population choisie par Belpaume et Jensen fait référence à des infirmiers novices, car ils sont encore étudiants dans les soins. Toutefois, le TCS englobe une population plus large, classée d'office par niveau de compétence, soit experte soit novice. Les expertes avaient au minimum cinq ans d'expérience clinique en soins aigus ou elles étaient titulaires d'un diplôme en sciences infirmières et travaillaient dans une unité de soins à titre de praticiennes formatrices. Les infirmières ayant moins de trois ans de pratique ou les étudiants ont été considérés comme des novices. Cela concorde avec la théorie de Benner qui dit que chaque infirmier commençant d'un nouveau service est considéré comme novice, et doit acquérir de l'expérience afin de monter dans son échelle de compétence.

Ces trois articles décrivent l'enseignement du raisonnement clinique comme nécessaire et devant débiter dès l'entrée dans la formation. De plus, selon, Côté et al., (2014), il doit être réévalué, exercé et perfectionné par les professionnels. Tous s'accordent à penser que, comme le dit P. Rabardel, les compétences ne s'observent pas. Ce qui est observé c'est la performance, le comportement.

5. CONCLUSION

En conclusion, ce travail a permis de mettre en perspective quelques études existantes permettant d'évaluer le raisonnement clinique. Il a été démontré qu'il s'agit d'un sujet d'actualité, qui prône le rôle propre de l'infirmière et met en avant les nouvelles compétences de celle-ci. En effet, de nombreux chercheurs se penchent sur ce thème et tentent d'en démontrer l'importance. Il s'agit d'une notion existante depuis les années 1980, et qui est actuellement en pleine expansion. Dans la formation en soins infirmiers actuelle, notamment à Genève, ces méthodes de raisonnement et leurs pratiques associées sont en pleine expansion. Lors des stages les étudiants sont actuellement évalués selon un référentiel de compétence défini par la conférence des recteurs des HES Suisse (KFH). Il est constitué de sept rôles permettant d'exiger un niveau de compétence de la part de l'étudiant selon des items bien définis. Parmi ceux-ci, le rôle d'expert requiert une maîtrise de l'examen clinique spécifiant que l'élève infirmier de dernière année doit être capable de :

- Évaluer de manière systématique et rigoureuse, l'état de santé des personnes soignées en utilisant des outils de récolte des données adaptés.
- Analyser et interpréter les données récoltées de manière adéquate.
- Formuler des diagnostics infirmiers pertinents.
- Déterminer le degré d'urgence et de gravité des signes et symptômes observés.

Toutefois, s'agissant d'une thématique large et difficilement évaluable, de par sa subjectivité, les études identifiées obtiennent un faible niveau de preuve, elles sont donc principalement qualitatives.

Des instruments de mesure mis en place pour évaluer le niveau de compétences des infirmiers ont été testés, ils démontrent toute la difficulté de l'estimer. Cependant, certaines études parviennent, malgré tout, à faire ressortir les éléments clés du raisonnement clinique. Notamment la valeur de l'expérience dans les soins, sa place dans l'enseignement, et l'implication de l'intuition dans la pratique. De plus, il a été relevé que le rôle de leadership tient également une place conséquente dans son élaboration.

Concernant la question de recherche, une amorce de réponse est possible grâce à cette recherche. En effet, ce travail fait ressortir l'importance de l'expérience et de l'intuition dans le raisonnement clinique. Cette faculté est possible, selon Benner, lorsque l'infirmier a atteint un niveau de compétence d'expert. Mais il développe cette aptitude tout au long de son avancée professionnelle, en s'appuyant sur son expérience.

La conclusion de ce travail tend à répondre positivement au questionnement initial, à savoir que le niveau de compétence, selon Benner, a une influence sur le raisonnement clinique infirmier dans un service d'urgence.

5.1. Apports et limites du travail

Il a été mis en évidence qu'actuellement, la philosophie de Benner comporte certaines limites notamment lorsqu'elle définit le stade de novice. En effet, elle affirme que les infirmières novices n'ont aucune expérience clinique et qu'elles sont davantage aptes à prodiguer des soins mesurables (ex : prise des paramètres vitaux). Actuellement, ceci est une limite, car la formation en soins infirmiers et le référentiel de compétence ont évolué. Les étudiants sortant de ce cursus ont pu développer, tout au long de la formation, une pratique réflexive en lien avec l'évolution des soins infirmiers, notamment concernant les examens cliniques infirmiers. De ce fait, il serait

probable qu'à ce jour, un étudiant ayant obtenu un Bachelor en soins infirmiers se trouverait d'avantage dans le stade de compétent plutôt que dans celui de novice. Malgré que celui-ci n'ait pas deux à trois années d'expérience telles que le décrit Benner.

5.2. Recommandations

Actuellement, l'Heds a mis en place un module offrant aux étudiants des pratiques simulées en lien avec des situations de soins, ceci leur permettant de parfaire leur raisonnement clinique. Cette formation va dans le sens d'une évolution des soins et de la profession. En effet, ce travail souligne l'intérêt d'un enseignement précoce et soutenu tout au long du cursus, et l'importance de l'affiner continuellement dans la pratique professionnelle.

Il a été démontré que les années d'expérience aident dans le développement et dans la précision du raisonnement clinique. En effet, rencontrer les mêmes situations de soins au fil des années permet à l'infirmier d'avoir un œil aiguisé et d'entreprendre les soins de façon pointu et rapide.

Afin de pratiquer des soins de qualité dans un service d'urgence, il est recommandé de développer spécifiquement le rôle de leadership. En effet, certaines études mettent en évidence que les infirmières aptes à effectuer un raisonnement clinique adéquat se sentent plus à même de déléguer des soins en situation critique. De ce fait, si le raisonnement clinique permet une bonne délégation des soins, c'est-à-dire une bonne gestion du leadership, il en découlera une cohésion d'équipe performante et une prise en charge des situations d'urgence efficace.

Finalement, malgré les limites de la philosophie de Benner, il est vrai que l'expérience permet d'acquérir de l'aisance dans les soins et une vision clinique plus pointue. Elle favorise une bonne maîtrise des situations aiguës.

De ce fait, il est important de promouvoir le raisonnement clinique infirmier auprès des professionnelles de la santé.

6. RÉFÉRENCES

Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work*. Maryland Heights, Mo: Mosby/Elsevier.

Association Suisse des Infirmières et Infirmiers. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière*. Berne : ASI

Belpaume, C. (2009). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 99(4), 43-74.

Benner, P. (1995). *Patricia Benner de novice à expert excellence en soins infirmiers*. Paris: Masson.

Côté, S., & St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 13-21.

Côté, S., Tanguay, A., Gagnon, R., Charlin, B., & Michaud, C. (2014). Élaboration et validation d'un test de concordance de script pour évaluer le raisonnement clinique des infirmières en contexte de détérioration de la condition clinique. *Pédagogie Médicale*, 15(1), 7-20.

Chapados, C., Larue, C., Pharand, D., Charland, S., & Charlin, B. (2011). L'infirmière et l'évaluation de la santé où en sommes nous ? La formation actuelle permet-elle à l'infirmière d'effectuer une évaluation adéquate de la santé physique et mentale ? *Perspective infirmière*, 18, 18-22.

Clarke, C. (2014). Promoting the 6Cs of nursing in patient assessment. *Nursing Standard*, 28(44), 52-59.

Crossetti, M. D. G. O., Bittencourt, G. K. G. D., Lima, A. A. A., de Goés, M. G. O., & Saurin, G. (2014). Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 55-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45947>.

Delmas, P ; Cloutier, L., & Dallava, J (2011) L'examen clinique, une histoire ancienne dans la pratique infirmière,. *La Revue de l'infirmière*, 167, 31-34.

Edwards, B. & Sines, D. (2007). Passing the audition – the appraisal of client credibility and assessment by nurses at triage. *Journal of clinical nursing*, 17, 2444- 2451.

Forsberg, E., Ziegert, K., Hult, H., & Fors, U. (2014). Clinical reasoning in nursing, a think-aloud study using virtual patients—A base for an innovative assessment. *Nurse education today*, 34(4), 538-542.

Hart, P., Spiva L., Baio, P., Huff, B., Whitfield, D., Law, T., ... Mendoza, I. (2014). Medical-surgical nurses' perceived self-confidence and leadership abilities as first responders in acute patient deterioration events. *Journal of clinical nursing*, 23, 2769–2778.

Jensen, R. (2013). Clinical reasoning during simulation: Comparison of student and faculty ratings. *Nurse education in practice*, 13(1), 23-28.

Larue C, Dubois S, Girard F, Goudreau J, & Dumont K. (2013). Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : facteurs personnels et facteurs organisationnels. *Recherche en soins infirmiers*, mars 2013 ; 112 : 76-87.

Pepin, J., Kèrouac, S. & Duchrame, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1151-1158. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x.

7. ANNEXES

7.1 Annexe I

Selon Chapados et al., (2011):

PERCEPTION DES INFIRMIERES SUR L'IMPACT DE LA PRATIQUE DE L'EXAMEN CLINIQUE		
	Plutôt probable/Très probable	Très peu probable/Peu probable
Collaborer au travail interdisciplinaire	76,3% (161)	23,7% (50)
Dépister les problèmes de santé des patients	90,0% (190)	10,0% (21)
Avoir le sentiment de sa compétence professionnelle	95,3% (201)	4,7% (10)
Avoir un sentiment de satisfaction à faire son travail	94,3% (199)	5,7% (12)
Etre une personne-ressource auprès des autres infirmières	82,0% (173)	18,0% (38)

(p.21)

7.2 Annexe II

Selon Chapados et al., (2011):

PERCEPTION DES INFIRMIERES (N=211) SUR LA FORMATION ET LE SOUTIEN DANS LE MILIEU		
	Correspond assez/Correspond tout à fait	Ne correspond pas du tout/Correspond un peu
Formation Initiale		
Périodes de pratique suffisantes	54,3% (114)	45,7% (96)
Examen de tous les systèmes	84,8% (179)	15,2% (32)
Utilisation des outils diagnostiques	73,3% (154)	26,7% (56)
Accès suffisant au matériel	72,4% (152)	27,6% (58)
Compétence des superviseurs de laboratoire	77,3% (163)	22,7% (48)
Perception de la pratique en milieu de travail		
Mise en pratique de l'examen clinique	66,4% (140)	33,6% (71)
Approfondissement de l'examen clinique	69,2% (146)	30,8% (65)
Intégration de l'examen clinique dans ses tâches	67,3% (142)	32,7% (69)
Compétence des autres infirmières	40,0% (84)	60,0% (126)
Formation continue		
Formation à l'embauche	18,0% (37)	82,0% (169)
Formation continue	28,0% (59)	72,0% (152)
Répondant expert dans son milieu	18,6% (39)	81,4% (171)
Actualisation suffisante des connaissances	16,6% (35)	83,4% (176)
Soutien à la pratique de l'examen clinique		
Charge de travail trop lourde	32,7% (69)	67,3% (142)
Peu de soutien à l'égard des outils diagnostiques	49,5% (104)	50,5% (106)
Soutien des collègues infirmières	66,4% (140)	33,6% (71)
Soutien des collègues médecins	53,6% (113)	46,4% (98)
Soutien de la directions des soins infirmiers	37,8% (79)	62,2% (130)
Soutien des administrateurs du milieu	22,9% (48)	77,1% (162)
Valorisation de l'examen clinique	50,2% (106)	49,8% (105)