



# Chapitre 1

## La pensée critique et la démarche de soins infirmiers en stage

*Dominique Therrien  
Louise Dumas*

### INTRODUCTION

L'exercice de la profession d'infirmière demande une vigilance de tous les instants. La possibilité de commettre une erreur causant préjudice aux clients est inhérente aux nombreux actes posés, aux décisions prises et aux évaluations effectuées. La notion de « prudence dans la pratique clinique » prend encore plus d'importance lorsqu'une infirmière d'expérience se voit confier la responsabilité de superviser une novice ou une débutante dans les milieux cliniques (Dumas, 1995). Afin d'inculquer ce type de prudence, la préceptrice peut encourager l'étudiante novice ou l'étudiante débutante à prendre conscience de son raisonnement clinique. En effet, l'étudiante novice ou débutante se restreint souvent à l'exécution de la démarche de soins infirmiers sans se questionner davantage. En esquivant ce questionnement formateur, l'étudiante ne se prépare pas complètement à devenir une future professionnelle de la santé. Cette attitude entrave le développement du raisonnement clinique professionnel tel que le conçoivent Johnson et Webber (2001). L'étudiante doit donc, avant même de devoir affronter la réalité du milieu clinique, mieux comprendre la pensée critique et la démarche de soins infirmiers dans le contexte du développement du raisonnement clinique professionnel et connaître des outils pour favoriser ce dernier.

Par exemple, dans les unités des soins psychiatriques, les possibilités de suicide, d'automutilation ou de fugue sont toujours présentes. Le processus de raisonnement de la novice ou de la débutante qui doit décider de prêter ou non un rasoir à un client hospitalisé, potentiellement suicidaire, peut se fonder sur des informations partielles ou erronées, s'appuyer sur des arguments non valides ou être faussé par le manque de points de références antérieurs. Une

infirmière d'expérience (une infirmière de l'unité, une superviseure clinique ou une préceptrice) doit confirmer ce raisonnement afin qu'il soit le plus juste possible. L'infirmière d'expérience fondera sa décision clinique sur un éventail de critères beaucoup plus large que celui de l'étudiante, par exemple sur ses expériences antérieures dans des situations similaires et sa connaissance du client.

Comment est-il possible de favoriser le développement du raisonnement clinique de l'étudiante afin qu'elle prenne conscience de ces situations à haut risque pour les clients et pour elle-même, et ce, avant même de devoir affronter la réalité clinique? Ce chapitre présente une stratégie pédagogique utile à cet égard : l'enseignement d'habiletés de pensée critique particulières au contexte des soins infirmiers. Pour obtenir plus d'information à ce sujet, se référer à Therrien (2003, 2005).

---

## **1.1 LE DÉVELOPPEMENT DU RAISONNEMENT CLINIQUE ET LES NIVEAUX DE PRATIQUE**

### **1.1.1 Le développement du raisonnement clinique**

Le cadre conceptuel de Johnson et Webber (2001) au sujet du développement du raisonnement clinique est utile pour établir des liens entre les concepts de jugement clinique, de raisonnement clinique et de pensée critique. Il est présenté au tableau 1.1.

Selon le tableau 1.1, l'infirmière experte fait preuve d'un jugement complexe et utilise un raisonnement clinique qui va au-delà de la seule pensée critique. Elle peut à la fois identifier, comprendre, expliquer, prédire, influencer et contrôler les éléments de l'environnement, ainsi qu'établir des liens entre ces éléments. À l'opposé, l'infirmière novice fait preuve d'un jugement simple. Son raisonnement se fonde sur l'accumulation linéaire d'information, et ce niveau de raisonnement lui permet simplement d'identifier et de comprendre certains éléments qui se présentent à elle et de faire des liens entre ces quelques éléments. La pensée critique représente, dans ce cadre conceptuel, un niveau de raisonnement intermédiaire, une étape dans la progression vers le raisonnement clinique souhaité chez les professionnelles de la santé.

La distinction entre la pensée critique et le raisonnement clinique dans ce modèle est importante ; les concepts ne sont pas synonymes. À la base, le raisonnement représente un processus permettant de déterminer l'existence et la nature d'une relation entre deux concepts ou plus. Selon la définition de Johnson et Webber (2001), le raisonnement en soins infirmiers constitue un processus intellectuel intentionnel, organisé et multidimensionnel qui permet d'analyser la nature et le sens des relations réelles, potentielles et perçues, ainsi que les hypothèses et les variables dont l'influence est réelle, potentielle ou perçue. Les mêmes auteurs

**TABLEAU 1.1 Les corrélations entre le raisonnement, le jugement et la compétence**

Complexité du jugement	Niveaux de pratique	Science infirmière	Niveaux de raisonnement	Résultat du raisonnement
Complexe	Expert	Science et phénoménologie	Raisonnement clinique	Le contrôle
↑	Très performant	↑	↑	L'influence
↑	Performant	Préférence pour la science	↑	La prédiction
↑	Très compétent	↑	Pensée critique	L'explication
↑	Compétent	Rigueur scientifique	↑	La compréhension
↑	Débutant	↑	Pensée linéaire	L'établissement de liens
Simple	Novice	Introduction des théories	Rassemblement de l'information	L'identification

Source : Adapté de Johnson et Webber, 2005 (p.70).

définissent la pensée critique en tant que processus intellectuel intentionnel, organisé et séquentiel qui permet d'analyser la nature et le sens des relations réelles ou potentielles ainsi que les hypothèses et les variables dont l'influence est réelle ou potentielle (Johnson et Webber, 2001).

Ces deux définitions diffèrent. Les auteurs voient le raisonnement comme un processus multidimensionnel tandis qu'ils considèrent la pensée critique comme un processus séquentiel. Donc, plus le niveau de compétence de l'infirmière s'accroît, plus elle utilise simultanément l'intuition, la confiance et le savoir issus de l'expérience, au lieu de s'appuyer principalement sur une pensée théorique séquentielle (Dumas, Villeneuve et Chevrier, 2000).

### 1.1.2 Les niveaux de pratique

La deuxième colonne du tableau 1.1 illustre le développement de la compétence infirmière selon Benner (1995). Cette dernière s'est préoccupée de l'acquisition de la compétence infirmière, nommée aussi « expertise professionnelle » (Benner, 1995 ; Benner, 1996 ; Benner, Hooper-Kyriakidis et Stannard, 1999). Elle trace, à la suite de Dreyfus et Dreyfus (1996), un modèle du développement de la compétence infirmière en cinq étapes : novice, débutante, compétente, performante et experte.

L'infirmière **novice** possède un petit bagage de connaissances théoriques et n'a pas été exposée à la mise en pratique de ces idées. En effet, l'infirmière novice est étudiante au baccalauréat de formation initiale, donc en voie de devenir infirmière. Cette étape de l'apprentissage permet à la novice de se familiariser avec un

ensemble de règles. À ce stade, elle décompose la tâche en divers éléments compréhensibles sans avoir travaillé sur le terrain. Ces éléments, sur lesquels s'appuie l'enseignement, peuvent être objectifs (par la lecture d'instruments), ou subjectifs (par l'habileté à reconnaître, fondée sur des expériences vécues dans d'autres domaines). Les règles apprises permettent de tirer des conclusions et servent à déterminer des actions, appuyées sur des faits et sur des éléments de la situation. Donc, au stade de novice, l'acquisition d'une nouvelle compétence se fait en décomposant la tâche en éléments compréhensibles. Même si la novice n'a aucune expérience du domaine d'apprentissage, elle a déjà de l'intuition, présente en tant que processus physiologique complexe, qui constitue, au-delà des règles apprises en théorie, un élément nécessaire sur lequel s'appuient les apprentissages. La préceptrice donne les règles pour déterminer les actions en s'appuyant sur ces éléments compréhensibles.

Au stade suivant du modèle de Benner, l'infirmière **débutante** a appris à composer avec de vraies situations. Souvent, elle est étudiante en fin de parcours au baccalauréat de formation initiale ou jeune diplômée d'un programme collégial qui complète sa formation universitaire. Elle utilise de plus en plus de faits objectifs et de règles sophistiquées. Sa performance s'améliore, car elle commence à reconnaître intuitivement les éléments de la situation. Cependant, la débutante a le sentiment d'être dépassée par la complexité des habiletés et elle est fatiguée d'avoir à observer les éléments pertinents tout en se souvenant d'un nombre accru de règles de plus en plus complexes.

Benner explique l'importance d'accompagner en milieu clinique tant la novice que la débutante. L'infirmière compétente aide alors les étudiantes à établir les priorités, en triant avec elles ce qui est important et ce qui l'est moins (Benner, 1995). Benner précise aussi que la novice et la débutante passent beaucoup de temps sur la reconnaissance de l'aspect, par exemple faire la différence entre un péristaltisme normal et un péristaltisme hyperactif. Toute cette attention portée à la reconnaissance des aspects restreint l'amplitude du champ de perception de la novice et celui de la débutante, ce qui limite leur capacité à envisager la situation d'un point de vue global.

L'infirmière devient **compétente** lorsqu'elle reconnaît un nombre important d'éléments pertinents sans toutefois pouvoir établir les priorités. Cette infirmière a souvent travaillé quelques années dans le même champ de pratique. Elle utilise un plan ou une liste préparée pour déterminer ce qu'elle doit faire. L'infirmière compétente doit décider elle-même quel plan choisir, sans être certaine qu'il sera approprié à la situation qui se présente. Elle a alors des craintes et se sent très responsable de ses actions. Si l'apprenante n'accepte pas de prendre ce risque, le développement de sa compétence peut s'arrêter ou régresser, et l'infirmière peut s'ennuyer, voire abandonner le processus. Au contraire, si elle s'engage au plan émotif dans la situation et se sent responsable de ses choix, elle assure sa progression vers un niveau de compétence accru.

Au stade **performant**, les réponses intuitives de l'infirmière doivent progressivement remplacer les réponses raisonnées, fondées sur des règles théoriques. Ainsi, l'infirmière performante sait reconnaître le but et les éléments importants de la situation, mais doit par contre décider de son plan d'action en se reportant aux règles déterminant l'action. L'apprenante atteint ce stade lorsqu'elle a intégré des comportements intuitifs.

Enfin, au stade **expert**, l'infirmière a acquis une plus grande capacité à déterminer ce qui doit être fait et elle sait comment atteindre son but. Elle a plus de facilité à différencier l'information qui se présente à elle. Au regard des situations non familières, elle arrive à résoudre les problèmes davantage grâce à son expérience qu'à son raisonnement conscient. Ainsi, les infirmières expertes comprennent l'expérience de santé d'une personne en apprenant à la connaître, en se familiarisant avec ses types de réponses, en mettant au jour son histoire personnelle et son histoire de santé. De plus, elles s'appuient sur des connaissances cliniques avancées, développées à partir de nombreuses expériences vécues auprès d'autres personnes dans des situations similaires (Dumas, Villeneuve et Chevrier, 2000). L'infirmière experte qui change de secteur de pratique serait à nouveau une débutante, même si elle possède une expertise dans un autre champ de pratique.

L'histoire clinique d'une dame âgée qui s'étouffe avec de la nourriture peut servir d'exemple pour distinguer l'experte de la novice. L'infirmière novice ou débutante peut seulement nommer les concepts et les lier entre eux, et cela, de manière imprécise. Ainsi, lorsqu'elle voit la cliente s'étouffer, elle se rappelle la technique de Heimlich, mais elle ne sait pas comment la mettre en application lorsqu'une cliente est alitée. Elle n'a pas fait le lien qu'un accident vasculaire cérébral entraîne une déglutition moins aisée. L'infirmière experte, pour sa part, met en application l'ensemble des processus de raisonnement permettant de résoudre des problèmes. Ainsi, lorsqu'elle voit la cliente s'étouffer avec de la nourriture, elle fait immédiatement le lien avec le problème de déglutition causé par l'accident vasculaire cérébral, et elle pense à utiliser la succion pour aspirer la nourriture de la bouche de la cliente. L'infirmière experte prévoit que cela pourrait se reproduire, fabrique une affiche indiquant au personnel de soins d'y porter une attention particulière et décide de tenir une séance de formation pour le personnel de l'unité. L'infirmière experte a donc dépassé le seul fait de lier la théorie et la pratique; elle explique, prédit, influence et contrôle cette situation.

En stage avec une novice ou une débutante, l'enseignement d'habiletés de pensée critique devient donc la pierre angulaire du raisonnement clinique.

## **1.2 LA PENSÉE CRITIQUE**

Selon Guimond (1998, p. 51), la pensée critique constitue « un processus cognitif et affectif impliquant une remise en question des postulats qui guident notre mode de pensée et nos actions habituelles dans une situation ». Pour cette auteure, la compétence de l'infirmière repose sur sa capacité à porter des jugements cliniques

éclairés. Ces derniers requièrent un raisonnement qui se développe à partir d'une pensée critique (Guimond, 1998). Certains arguments militent en faveur de l'utilisation de la pensée critique en soins infirmiers :

- la pratique est plus complexe et plus diversifiée que la théorie ;
- les infirmières doivent gérer l'explosion d'une plus grande quantité d'informations disponibles qu'auparavant ;
- les situations cliniques changent très rapidement ;
- les programmes de formation ne peuvent pas donner toute l'information nécessaire à l'étudiante pour résoudre les problèmes de soins infirmiers qu'elle rencontrera.

En conséquence, l'étudiante doit apprendre à penser de façon critique pour se préparer à une pratique professionnelle en mutation (Dumas, 1995). Pour penser de façon critique, une personne doit traiter, évaluer et valider les connaissances qu'elle possède. La pensée critique requiert une réflexion sur soi, demande de recueillir les données nécessaires et de les évaluer en lien avec le contexte du client. Elle réclame de préciser les problèmes qui en ressortent et de leur donner la priorité.

Guimond (1998) considère qu'il y a malheureusement assimilation de la démarche de soins et de la pensée critique en sciences infirmières. En effet, certaines infirmières s'imaginent penser de façon critique parce qu'elles utilisent la démarche de soins. Toutefois, si une étudiante n'est pas encouragée à penser de façon critique, sa démarche se restreindra à une série d'étapes mémorisées et appliquées pour résoudre un problème. Par exemple, affirmer que l'expertise d'un cuisinier professionnel repose sur sa seule exécution des étapes d'une recette paraîtrait déraisonnable, car les grands chefs cuisiniers développent un esprit critique associé à une forme d'art culinaire. De même, selon ce point de vue, enseigner la démarche de soins ne veut pas automatiquement dire enseigner la pensée critique.

Ennis définit la pensée critique comme « une pensée raisonnable et réflexive orientée vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire » (Ennis, 1985, cité dans Boisvert, 1999, p.12). La pensée critique « implique à la fois des capacités (*abilities*) et des attitudes (*dispositions*)<sup>1</sup> » (Ennis, 1987, cité dans Boisvert, 1999, p. 14). Ces idées permettent de rendre opérationnel le concept de pensée critique, car elles définissent un ensemble de capacités et d'attitudes observables. Les capacités se rattachent davantage à l'aspect cognitif, tandis que les attitudes réfèrent aux dispositions affectives (*voir l'encadré 1.1*).

Pour que l'enseignement de la démarche de soins en stage ne se restreigne pas à une série d'étapes effectuées sans réfléchir, l'enseignement de deux habiletés de pensée critique a été accentué sur le plan de la cueillette de données dans un projet éducatif avec des étudiantes novices et débutantes en stage infirmier psychiatrique (Therrien, 2003, 2005). Ces deux habiletés de pensée critique ont été retenues parce qu'elles sont directement liées à la collecte de données. En effet, l'étudiante

---

1. L'italique est de Ennis.

## ENCADRÉ 1.1 Les capacités et les attitudes propres à la pensée critique

### Les capacités propres à la pensée critique :

- la concentration sur une question ;
- l'analyse des arguments ;
- la formulation et la résolution de questions de clarification ou de contestation ;
- l'évaluation de la crédibilité d'une source ;
- l'observation et l'appréciation de rapports d'observation ;
- l'élaboration et l'appréciation de déductions ;
- l'élaboration et l'appréciation d'inductions ;
- la formulation et l'appréciation de jugements de valeur ;
- la définition de termes et l'évaluation de définitions ;
- la reconnaissance de présupposés ;
- le respect des étapes du processus de décision d'une action ;
- l'interaction avec les autres personnes (par exemple, la présentation d'une argumentation à d'autres personnes, oralement ou par écrit).

### Les attitudes caractéristiques de la pensée critique :

- le souci d'énoncer clairement le problème ou la position ;
- la tendance à chercher les raisons des phénomènes ;
- la propension à fournir un effort constant pour être bien informé ;
- l'utilisation de sources crédibles et la mention de celles-ci ;
- la prise en compte de la situation globale ;
- le maintien de l'attention sur le sujet principal ;
- le souci de garder à l'esprit la préoccupation initiale ;
- l'examen des différentes perspectives offertes ;
- l'expression d'une ouverture d'esprit ;
- la tendance à adopter une position (et à la modifier) quand les faits le justifient ou qu'il y a des raisons suffisantes de le faire ;
- la recherche de précisions, dans la mesure où le sujet le permet ;
- l'adoption d'une démarche ordonnée dans le traitement des parties d'un ensemble complexe ;
- la tendance à mettre en application des capacités de la pensée critique ;
- la prise en considération des sentiments des autres, de leur niveau de connaissance et de leur degré de maturité intellectuelle.

Source : Boisvert, 1999 (p.14-15).

approfondit ses capacités d'évaluation en réfléchissant, au moment de la consultation, à partir de divers documents inclus dans le dossier du client (rapports d'observation). De plus, sa manière de considérer certains avis exprimés par d'autres collègues et par les clients eux-mêmes (sources d'information) permet aussi de développer sa pensée critique.

Certaines difficultés sur le plan relationnel et sur le plan des perceptions du client sont propres au milieu de la santé mentale, comme les hallucinations, les illusions, l'anxiété, les délires, les troubles de la personnalité ou les comportements manipulateurs. Ces caractéristiques exigent l'enseignement d'habiletés particulières pour être en mesure d'effectuer une évaluation infirmière plus approfondie.

### **1.3 LA PERTINENCE D'UN RAPPORT D'OBSERVATION**

La première habileté de pensée critique retenue, soit celle de juger des rapports d'observation, consiste à repérer les documents d'information pertinents et à évaluer, à partir de plusieurs critères, le sens accordé aux faits présentés dans les sources d'information écrites (Boisvert, 1999). Ainsi, les rapports d'observation représentent des éléments du dossier d'un client que l'infirmière devrait consulter si elle désire approfondir sa compréhension de la situation du client en vue de prendre une décision clinique. L'évaluation de la pertinence d'un document s'effectue selon sa nature, la réputation de l'auteur, la qualité du travail et la concordance avec la réalité.

### **1.4 LA CRÉDIBILITÉ D'UNE SOURCE**

Déterminer la crédibilité d'une source, deuxième habileté de pensée critique retenue, consiste, quant à elle, « à évaluer, à partir de plusieurs critères, dans quelle mesure [(...) une infirmière] peut croire les affirmations et se fier aux opinions d'une personne ou d'un groupe » (Boisvert, 1999, p. 136). L'évaluation de Boisvert se réalise selon les six critères suivants :

1. l'expertise : l'ensemble des connaissances et des compétences ;
2. la réputation : la manière dont une personne est considérée ;
3. l'absence ou la présence de conflits d'intérêts : le fait qu'un individu assume un ou plusieurs rôles dont les visées sont contradictoires ;
4. l'accord ou le désaccord avec d'autres sources : la source communique un point de vue convergent ou divergent ;
5. la capacité d'avancer des raisons : le fait d'appuyer une position à l'aide d'arguments, de proposer une justification valable ;
6. l'usage des procédures établies : le respect des règles admises pour la démarche choisie.

Des éléments objectifs existent donc pour évaluer les habiletés qui se développent chez la novice et chez la débutante. Ces éléments facilitent le développement d'une intervention éducative axée sur l'enseignement des deux habiletés de pensée critique auprès d'étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières.

### **1.5 L'INTERVENTION ÉDUCATIVE AXÉE SUR L'ENSEIGNEMENT D'HABILITÉS DE LA PENSÉE CRITIQUE**

Therrien a mis sur pied (2003) et a évalué (2005) une intervention éducative axée sur le développement de la pensée critique auprès des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Cet outil pédagogique comprend une trousse d'animation complète permettant l'introduction des deux habiletés retenues au cours d'ateliers préalables au stage clinique et destinés à des étudiantes infirmières. Chaque atelier dure 90 minutes et s'effectue auprès d'un groupe variant de 6 à 50 étudiantes. Deux situations cliniques sont soumises à la réflexion des apprenantes :

- « La sortie de Lucie » permet de réfléchir aux enjeux entourant la gestion d'une permission de sortie temporaire de l'unité psychiatrique ;

- « Pierre demande un objet potentiellement dangereux » fait un tour d'horizon des éléments à considérer avant de prêter un rasoir à lame à un client psychotique.

L'étudiante, novice ou débutante, suit ces ateliers réalisés au sein d'un cours théorique en soins infirmiers psychiatriques, préalable au stage. Un atelier se déroule ainsi : l'animatrice lit d'abord l'histoire du cas en classe, puis chaque équipe d'étudiantes se procure dans le dossier fictif du client un rapport d'observation (cardex, notes d'observation de l'infirmière, profil pharmaceutique, notes d'évolution médicales, etc.) et une source d'information (propos d'un professionnel, d'un préposé, d'un membre de la famille, de l'infirmière, etc.) afin d'en faire l'étude. Les membres de toutes les équipes doivent déterminer, à partir de l'information qu'elles ont en main et sans se consulter, si elles doivent, par exemple, laisser sortir Lucie de l'unité psychiatrique. Un cahier permet à l'étudiante de prendre des notes et facilite l'animation de l'atelier. Enfin, les équipes présentent au grand groupe les documents qu'elles ont à leur disposition et expliquent leur décision clinique. Ce moment est riche en apprentissages, car l'animatrice favorise une réflexion quant aux forces et aux subtilités qui caractérisent chacun des documents et des sources d'information présentés.

La discussion est l'occasion pour l'étudiante de prendre conscience des limites de son jugement. Par cet atelier, l'étudiante amorce une réflexion personnelle quant à l'approche qu'elle utilise pour évaluer un client. Elle remet en question cette approche au fur et à mesure que les échanges de points de vue entre les étudiantes et l'animatrice s'effectuent. Par l'enseignement de deux habiletés de pensée critique particulières à l'étape de la collecte de données, l'étudiante se questionne sur sa pratique et sur sa manière de penser.

Par ailleurs, dans le contexte d'un projet de maîtrise visant l'étude du développement de la pensée critique auprès d'étudiantes en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais, Therrien (2005) note une évolution dans la manière dont ces dernières évaluent un client après avoir participé aux ateliers de développement de la pensée critique. Il démontre que ces étudiantes ne se contentent pas d'adresser la parole au client pour lui demander comment il se sent (manière incomplète d'évaluer une personne dans le contexte de la santé mentale). Elles s'assurent plutôt de consulter leurs collègues de travail (crédibilité de la source) et voient de plus près les éléments d'information contenus dans le dossier du client (pertinence des rapports d'observation) avant de prendre leur décision clinique.

En instituant une réflexion plus approfondie à une étape précise de la démarche de soins, l'étudiante effectue des apprentissages favorisant le développement de ses compétences professionnelles au lieu d'appliquer une démarche de soins à la hâte, sans se questionner. De plus, développer ces habiletés permet théoriquement de réaliser une meilleure collecte de données et de réduire la marge d'erreur, puisque l'infirmière s'appuie sur un éventail plus étendu d'informations crédibles provenant tant des éléments du dossier que des personnes qui gravitent dans cet environnement de

soins. Ces ateliers contribuent donc à poser des bases solides en vue de développer le jugement clinique.

Même si elles ont d'abord été développées pour des stages en santé mentale avec une clientèle à haut risque suicidaire, ces deux habiletés de pensée critique peuvent servir à la préceptrice de tout milieu de stage, soit au moment d'intervention individuelle avec l'étudiante, soit comme élément structural en postclinique. Therrien (2005) constate que l'étudiante qui utilise plusieurs moyens pour évaluer une situation clinique est aussi celle qui structure le mieux sa pensée. À l'instar de Berger et Williams (1999), on peut donc enseigner la démarche de soins en deux volets : un volet évaluatif (collecte de données, évaluation des sources de données, réflexion, planification) et un volet intervention (action, réajustement de l'action par pensée réflexive dans l'action, évaluation des actions posées au regard des résultats obtenus). En mettant l'accent sur l'évaluation préalable à l'action, nous pourrions diminuer la tendance naturelle à intervenir sans une évaluation sérieuse de toute la situation clinique. Cette méthode contribuerait à favoriser un meilleur raisonnement clinique chez les professionnelles infirmières.

## **CONCLUSION**

Après avoir montré l'importance du développement du raisonnement clinique et les niveaux de pratique, ce chapitre a présenté deux habiletés de pensée critique indispensables aux stagiaires devant se familiariser avec le domaine des soins infirmiers psychiatriques : déterminer la pertinence d'un rapport d'observation dans le dossier d'un client et évaluer la crédibilité d'une source (client, famille, professionnels, etc.). L'enseignement de la démarche de soins infirmiers, combiné à l'enseignement d'habiletés de pensée critique particulières, doit favoriser le développement d'un raisonnement clinique professionnel empreint de prudence.

## RÉFÉRENCES

- Benner, P. (1995). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. Saint-Laurent : ERPI, 252 p.
- Benner, P. (1996). *Expertise in nursing practice : Caring, clinical judgment and ethics*. New York : Springer Publishing, 410 p.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. et Stannard, D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care : A thinking-in-action approach*. Philadelphia : Saunders, 588 p.
- Berger, K. J. et Williams, M. B. (1999). « Social, cultural and spiritual aspects of health ». Dans *Fundamentals of nursing : Collaborating for optimal health*, K. J. Berger et M. B. Williams (dir.). 2<sup>e</sup> éd. Stamford : Appleton et Lange, vol. 1, p. 183-207.
- Boisvert, J. (1997). *Formation de la pensée critique au collégial : Étude de cas sur le développement de la pensée critique en première année du collégial dans un cours de psychologie*. Québec : Collège Saint-Jean-sur-Richelieu, 198 p.
- Boisvert, J. (1999). *La formation de la pensée critique : Théorie et pratique*. Québec : ERPI, 152 p.
- Dreyfus, H. L. et Dreyfus, S. E. (1996). « The relationship of theory and practice in the acquisition of skill ». Dans *Expertise in nursing practice : Caring, clinical judgment and ethics*, P. Benner. New York : Springer Publishing, p. 29-47.
- Dumas, L. (1995). « Élaboration et validation d'un instrument d'évaluation formative de la démarche de savoir-apprendre expérientiel de l'infirmière-étudiante en stage clinique ». Thèse de doctorat non publiée, Montréal : Université du Québec à Montréal, 516 p.
- Dumas, L., Villeneuve, J. et Chevrier, J. (2000). « A tool to evaluate how to learn from experience in clinical settings ». *Journal of Nursing Education*, vol. 39, n° 6, p. 251-258.
- Ennis, R. H. (1985). « A logical basis for measuring critical thinking skills ». *Educational Leadership*, vol. 43, n° 2, p. 44-48.
- Ennis, R. H. (1987). « A taxonomy of critical thinking dispositions and abilities ». Dans *Teaching thinking skills: Theory and practice*, J. B. Baron et R. J. Sternberg (dir.). New York : W. H. Freeman, p. 9-25.
- Guimond, P. (1998). « Étude des interventions verbales de la préceptrice dans une perspective de développement de la pensée critique de l'étudiante en sciences infirmières ». Thèse de doctorat non publiée, Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Johnson, B. M. et Webber, P. B. (2001). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. New York : Lippincott Williams et Wilkins, 400 p.
- Johnson, B. M. et Webber, P. B. (2005). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. New York : Lippincott Williams et Wilkins, p. 70.
- Therrien, D. (2003). *Ateliers de développement de la pensée critique en santé mentale*. Document non publié : laboratoire des sciences infirmières. Gatineau : Université du Québec en Outaouais, 27 p.
- Therrien, D. (2005). « Expérimentation d'un atelier pour développer la pensée critique chez des étudiantes du baccalauréat en sciences infirmières dans le contexte d'un cours de santé mentale ». Mémoire de maîtrise en sciences infirmières non publié, Gatineau : Université du Québec en Outaouais, 189 p.