

## LE RAISONNEMENT CLINIQUE DES INFIRMIÈRES, ANALYSE DE CONCEPT

Sarah Côté, Denise St-Cyr Tribble

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2012/4 N° 111 | pages 13 à 21

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-4-page-13.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Sarah Côté, Denise St-Cyr Tribble « Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept », *Recherche en soins infirmiers* 2012/4 (N° 111), p. 13-21.  
DOI 10.3917/rsi.111.0013  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).  
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# MÉTHODOLOGIE

## Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept

### Clinical reasoning in nursing, concept analysis

#### **Sarah CÔTÉ**

Infirmière Bsc, Étudiante à la maîtrise en recherche en sciences cliniques, cheminement sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

#### **Denise ST-CYR TRIBBLE**

PhD, Professeure à l'École des sciences infirmières et directrice des programmes en sciences cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

#### **Remerciements**

Mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de cet article, plus particulièrement à Cécile Michaud et à Andréanne Tanguay pour leurs précieux conseils et le temps accordé.

#### **RÉSUMÉ**

**Introduction :** Les infirmières exercent dans des situations complexes de soins qui nécessitent de bonnes habiletés de raisonnement.

**Contexte :** Dans la littérature, le raisonnement clinique est souvent confondu avec d'autres concepts et sa définition n'est pas consensuelle.

**Objectif :** Faire l'analyse du concept de raisonnement clinique des infirmières permettra de le clarifier, de le définir, de le distinguer des concepts connexes et de mieux le comprendre.

**Méthode :** La méthode de Rodgers a été utilisée pour faire l'analyse du raisonnement clinique, à la suite d'une recension des écrits avec les mots-clés raisonnement clinique, analyse de concept, infirmière, soins critiques et prise de décision.

**Résultats :** L'utilisation de la cognition et de stratégies cognitives, une démarche systématique d'analyse et d'interprétation des données, la génération d'hypothèses, la génération d'alternatives sont les attributs du concept. Les antécédents sont : l'expérience, les connaissances, la mémoire, la perception de signaux, la collecte de données et l'utilisation de l'intuition. Les conséquents sont : la prise de décision, le passage à l'action, la formation d'un jugement clinique et la résolution du problème.

**Conclusion :** Cette analyse de concept a permis de définir le raisonnement clinique, de le différencier des termes connexes et de fournir des pistes de recherche pour l'avenir.

**Mots clés :** Raisonnement clinique, infirmière, analyse de concept, méthode de Rodgers.

#### **Pour citer l'article :**

CÔTÉ S, ST-CYR TRIBBLE D. Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. Recherche en soins infirmiers, décembre 2012 ; 111 : 13-21

#### **Adresse de correspondance :**

Sarah CÔTÉ : sarah.cote@usherbrooke.ca

## ABSTRACT

**Background :** Nurses work in situations of complex care requiring great clinical reasoning abilities. In literature, clinical reasoning is often confused with other concepts and it has no consensual definition.

**Aim :** To conduct a concept analysis of a nurse's clinical reasoning in order to clarify, define and distinguish it from the other concepts as well as to better understand clinical reasoning.

**Method :** Rodgers's method of concept analysis was used, after literature was retrieved with the use of clinical reasoning, concept analysis, nurse, intensive care and decision making as key-words.

**Results :** The use of cognition, cognitive strategies, a systematic approach of analysis and data interpretation, generating hypothesis and alternatives are attributes of clinical reasoning. The antecedents are experience, knowledge, memory, cues, intuition and data collection. The consequences are decision making, action, clues and problem resolution.

**Conclusion :** This concept analysis helped to define clinical reasoning, to distinguish it from other concepts used synonymously and to guide future research.

**Key words :** Clinical reasoning, nurse, concept analysis, Rodgers's method.

## CONTEXTE

L'exercice infirmier consiste à faire l'évaluation de l'état de santé d'une personne, à appliquer une surveillance clinique, à initier des examens diagnostics, à déterminer un plan de soins et de traitements et à l'appliquer pour maintenir la santé ou la recouvrer (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2011) [1]. Les infirmières rencontrent quotidiennement des situations complexes de soins et elles doivent intervenir dans ce cadre pour maintenir la stabilité des patients, éviter les complications et fournir des soins de qualité (Higgs, Jones, 2000) [2] ; (Aiken et al., 2003) [3]. Elles doivent être en mesure de réagir rapidement à toutes sortes de situations, telles qu'un changement radical dans l'état du patient (Baumann, Bourbonnais, 1982) [4]. Pour ce faire, elles doivent posséder de bonnes habiletés de raisonnement clinique.

Le raisonnement clinique est un processus complexe qui représente l'essence même de la pratique infirmière (Higgs, Jones, 2000) [2] : le raisonnement clinique guide toutes les décisions et toutes les actions qu'elles posent (Da Silva Bastos Cerullo, De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, 2010) [5] ; (Charlin, Bordage, et Van Der Vleuten, 2003) [6] ; (Psiuk, 2010) [7]. Faire l'analyse du concept qu'est le raisonnement clinique, permettra de clarifier ce concept, de bien le définir, de le distinguer des concepts connexes souvent confondus (Cutcliffe, Mckenna, 2005) [8], en plus de permettre d'identifier les facteurs influençant le raisonnement clinique, et par conséquent, la prise de décision et l'intervention infirmière. En somme, faire l'analyse du raisonnement clinique de l'infirmière permettra de comprendre ses décisions et ses interventions dans les situations qu'elle rencontre au cours de sa carrière.

Un exemple de situation rencontrée où il est important de comprendre le raisonnement clinique des infirmières est lorsque survient un arrêt cardiaque. Les infirmières sont habituellement celles qui arrivent les premières sur le lieu d'un arrêt cardiaque et ce sont elles qui amorcent les manœuvres de réanimation en attendant l'arrivée de l'équipe de réanimation. La vitesse et la compétence des premiers sur les lieux ont un impact direct sur la survie des patients en arrêt cardiaque (Dwyer, Mosel Williams, 2002) [9] ; (Madden, 2006) [10]. Plusieurs études ont démontré que les infirmières sont peu performantes lors de la réanimation cardiorespiratoire, car elles retiennent peu les techniques de réanimation (Dwyer, Mosel Williams, 2002) [9] ; (Nyman, Sihvonen, 2000) [11] ; (Marzooq et Lyneham, 2009) [12] et parce qu'elles ne reconnaissent pas assez bien les signes précurseurs à l'arrêt cardiaque (Ashcraft, 2004) [13] ; (Bertaut, Campbell, Goodlett, 2008) [14], entre autres causes. Néanmoins, elles doivent intervenir, car ce sont les trois premières minutes les plus importantes, prédictives de la survie du patient en arrêt cardiaque (Brown, et al., 1995) [15]. Une meilleure compréhension du raisonnement clinique des infirmières permettra de comprendre ses décisions et ses interventions ainsi que d'en déterminer les lacunes dans des situations critiques.

## MÉTHODE DE L'ANALYSE DE CONCEPT

La méthode de Rodgers a été choisie pour faire l'analyse du concept du raisonnement clinique, car elle met l'accent sur le fait que le concept est lié au contexte dans lequel il est étudié (Rodgers, 1989) [16]. Elle paraît pertinente dans la mesure où les processus du raisonnement sont différents

d'un contexte à l'autre, d'une discipline à l'autre, d'une situation à l'autre. De plus, c'est une méthode rigoureuse et systématique quant à la collecte des données et la sélection de l'échantillon, ce qui augmente la validité des résultats obtenus (Rodgers, 1989) [16].

Les étapes de la méthode de Rodgers sont les suivantes :

1. Identifier le concept d'intérêt et les expressions associées ;
2. Identifier et sélectionner une période de temps appropriée pour la collecte de données ;
3. Collecter les données en regard des attributs du concept, des termes connexes, des antécédents, des conséquents, des référents ;
4. Identifier les concepts associés/connexes au concept d'intérêt ;
5. Analyser les données en regard des caractéristiques du concept trouvées ;
6. Conduire des comparaisons interdisciplinaires ou temporelles, si désirées ;
7. Identifier un cas modèle, si approprié ;
8. Identifier des hypothèses et des implications pour un développement futur.

Ces étapes seront maintenant reprises dans l'ordre, une à une, pour faire l'analyse du raisonnement clinique.

## ■ Identifier le concept d'intérêt et les expressions associées

Le mot « raisonnement » vient du mot latin *ratiocinium* et signifie : « évaluation, utilisation de la raison » (Da Silva Bastos Cerullo, De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, 2010), [5], « opération de la pensée qui consiste à enchaîner des jugements logiques et à tirer des conclusions » (Le dictionnaire, 2011) [17], tandis que « clinique » vient du grec *klinikos* et signifie au chevet du patient, à l'endroit où il reçoit des soins (Da Silva Bastos Cerullo, De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, 2010), [5] ou « par examen direct des malades, à leur chevet » (Le dictionnaire, 2011) [17]. Étymologiquement, le raisonnement clinique consiste donc à l'utilisation de la réflexion par un clinicien qui collecte des données à partir d'observations directes du malade, à son chevet, pour en arriver à des conclusions. C'est ce concept qui sera à l'étude.

## ■ Identifier et sélectionner une période de temps appropriée pour la collecte de données

Une recension des écrits exhaustive sans limites de temps a été réalisée par interrogation des banques de données EBSCOhost, CINAHL, Science direct, Google Scholar et Scopus, en utilisant les mots-clés raisonnement clinique, analyse de concept, infirmière, soins critiques et prise de décision, dans les langues française et anglaise. Il en ressort que la plupart des écrits sur le raisonnement clinique en sciences

infirmières ont été publiés après le début des années 2000. Ces écrits présentent souvent des historiques des résultats antérieurs ou énoncent les théories qui ont servi à étudier le raisonnement clinique. Par enchaînement logique, les articles datant de 2000 à 2011 ont été conservés.

## ■ Collecter les données en regard des attributs du concept, des termes connexes, des antécédents, des conséquents, des référents

Après avoir interrogé les banques de données et après avoir obtenu de 2 à 230 résultats par combinaison de mots-clés, un tri a été fait : les résumés des articles dont le titre était directement en lien avec le sujet à l'étude, datant de 2000 à 2011, ont été lus et seuls les articles jugés pertinents pour cette analyse de concept ont été conservés. Les articles conservés ont été lus en intégralité et les références citées par les auteurs ont été survolées. À la suite de ce survol, certains articles ont été ajoutés, selon la même procédure (lecture des titres, puis des résumés) puisqu'ils étaient fréquemment cités et pouvaient donc être riches en informations. Vingt-deux articles (dont deux analyses de concept sur le raisonnement clinique, publiées en 2010, une écrite par Psiuk [7] et une autre par Simmons [18]) et un livre ont été retenus.

## ■ Identifier les concepts associés/connexes au concept d'intérêt

Plusieurs concepts connexes sont utilisés comme synonymes et ont été confondus dans la littérature. Ces termes sont : le raisonnement clinique, le raisonnement diagnostic, la prise de décision, la résolution de problèmes, l'heuristique, le jugement clinique et la pensée critique (Da Silva Bastos Cerullo, De Almeida Lopes Monteiro da Cruz, 2010) [5] ; (Simmons, 2010) [18]. Il apparaît important de différencier ces termes pour en avoir une meilleure compréhension et voir les liens et les différences qu'il y a entre eux. Après une recension de la littérature, plusieurs définitions de ces termes en sont ressorties. Le Tableau 1 (p. 16) fait la synthèse des principales définitions des concepts connexes trouvées, excluant celle du raisonnement clinique qui fera l'objet d'une description plus approfondie ultérieurement.

## ■ Analyser les données en regard des attributs du concept, des concepts connexes, des antécédents, des conséquents, des référents

Les résultats de l'analyse des données effectuée en regard des attributs du concept, des concepts connexes, des antécédents, des conséquents et des référents sont maintenant expliqués et comparés à ceux des deux analyses de concepts trouvées, et ce, afin de définir clairement le raisonnement clinique.

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, Ewards, 2000) [19].
Prise de décision	Génération d'une décision, résultat du raisonnement clinique tangible (McAllister, Rose, 2000) [20]. Choisir entre des options, agir (Matteson et Hawkins, 1990) [21].
Résolution de problème	Action de résoudre, de trouver une solution à un problème (Le Dictionnaire, 2011) [17].
Heuristiques	Stratégies informelles de la pensée servant de guide à l'investigation d'un problème (Simmons, 2010) [18]. Règles mentales qui assistent le raisonnement et qui s'acquièrent avec l'expérience (Fonteyn, Fisher, 1995) [22].
Jugement clinique	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) [7].  Habilité à reconnaître certaines récurrences, à concentrer les données recueillies, à évaluer selon les priorités (Benner, Tanner, Chesla, 1992) [23].  Façon dont les infirmières comprennent les problèmes impliquant les patients (Benner, 1984) [24] : activité de résolution de problème qui commence par l'évaluation et le diagnostic infirmier, suivis de la planification et de l'intervention infirmière dirigée vers la résolution du problème diagnostiqué (Tanner, 2006) [25].
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) [5].  Utilisation du jugement professionnel pour évaluer les connaissances en lien avec le raisonnement clinique (Fonteyn et Ritter, 2000) [26].

**Tableau 1**  
**Tableau synthèse des définitions des concepts connexes**

## ATTRIBUTS ET DÉFINITIONS

Le raisonnement clinique ne possède pas de définition claire et consensuelle, puisqu'il est souvent confondu avec d'autres termes. Le Tableau 2 (p.17) s'intitulant « Définitions du raisonnement clinique » présente certaines des définitions qui ont été attribuées au raisonnement clinique par le passé. Il permet de faire ressortir les différences et les similitudes dans les définitions, en tenant compte des années de publication.

On peut constater à la lueur de la révision de ces définitions que les points communs de celles-ci sont : processus cognitifs, stratégies cognitives, collecte des données, analyse des données, compréhension d'un problème, jugement, générer des alternatives, qualité de soins. À partir de ces écrits, on peut identifier les attributs du raisonnement clinique, son essence : l'utilisation de la cognition, l'utilisation de stratégies cognitives (heuristiques, métacognition, inférences), une démarche systématique d'analyse et d'interprétation des données, la génération d'hypothèses, la génération d'alternatives.

Précisons que Simmons, dans son analyse sur le raisonnement clinique menée selon la méthode de Rogers, soulève notamment, à titre d'attributs, la délibération, les heuristiques, les inférences, la métacognition, la logique et l'intuition (Simmons, 2010) [18]. A posteriori, la délibération a été remplacée par la génération d'hypothèse ; les heuristiques, les inférences et la métacognition ont été regroupées sous la forme de stratégies cognitives et la logique n'a pas été retenue, car elle n'est pas toujours présente et ne peut donc être une caractéristique propre au raisonnement clinique. L'intuition étant un « sentiment instinctif d'un événement à venir, la connaissance directe et immédiate de la vérité sans l'aide du raisonnement » (Le dictionnaire, 2011, [17] ; Dictionnaire Larousse, 2011) [32], elle ne peut pas faire partie des caractéristiques du raisonnement clinique.

Par ailleurs, Psiuk, dans son analyse de concept sur le raisonnement clinique, identifie, de plus, la pertinence des connaissances en sciences médicales et en sciences humaines, le jugement clinique et la qualité de la relation d'aide comme attributs du concept du raisonnement clinique (Psiuk, 2010) [7]. Notons toutefois que l'auteure n'explique pas précisément

Auteurs	Définitions
Fonteyn (1991)	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) [27].
Gordon et al. (1994)	Forme de jugement clinique dont les étapes sont : rencontrer le patient, collecter les données, formuler une hypothèse de diagnostic, rechercher plus d'informations pour confirmer ou infirmer l'hypothèse, arriver à un diagnostic et déterminer les actions (Gordon, Murphy, Candes, Hiltunen, 1994) [28].
Higgs, Jones (1995)	Processus cognitifs et stratégies que les infirmières utilisent pour comprendre la signification des données provenant du patient, identifier et diagnostiquer les problèmes, pour prendre des décisions cliniques qui assistent la résolution de problème et arriver à de bons résultats pour le patient (Higgs, Jones, 1995) [29].
Ritter (1998)	Processus impliquant l'inclusion d'évidences qui optimisent les résultats des patients (Ritter, 1998) [30].
Higgs et Jones (2000)	<p>Processus de réflexion visant à une recherche d'informations de manière à obtenir une compréhension contextuelle et profonde d'un problème clinique et une bonne base pour une intervention clinique (Higgs, Jones, 2000, 10) [2].</p> <p>Processus dans lequel le clinicien, en interagissant avec les autres, structure le sens, les buts et les stratégies basées sur les données cliniques, le jugement et les connaissances (Higgs, Jones, 2000, 11) [2].</p> <p>Étapes du processus du raisonnement clinique : génération d'hypothèses, recherche d'informations, analyse de données, diagnostic (Higgs, Jones, 2000) [2].</p> <p>Processus de la pensée intangible, rarement expliqué qui mène à une décision clinique. Ce qui se passe entre la collecte de données et la génération d'une décision (Higgs, Jones, 2000, 205) [2].</p>
Charlin, Bordage, Van der Vleuten (2003)	Activité intellectuelle où l'information collectée est assimilée aux connaissances professionnelles et aux expériences antérieures pour en arriver à la décision la plus efficace (Charlin, Bordage, Van Der Vleuten, 2003) [6].
Tanner (2006)	Processus par lequel les infirmières et les autres cliniciens font leurs jugements, génèrent et pèsent les alternatives et choisissent la plus appropriée (Tanner, 2006) [25].
Hoffman (2007)	Processus logique par lequel l'infirmière collecte les données, traite l'information, arrive à une compréhension du problème ou de la situation du patient, planifie, intervient, évalue les résultats (Hoffman, 2007) [31].
Psiuk (2010)	Processus intellectuel hypothético-déductif qui utilise les données provenant de l'observation du patient pour arriver à une décision de soins (Psiuk, 2010) [7].
Simmons (2010)	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) [18].

**Tableau 2**  
**Définitions du raisonnement clinique, en ordre chronologique de publication**

la méthode d'analyse retenue dans le cadre de sa démarche. Ceci étant, les appuis de Simmons demeurent plus variés et plus nombreux que ceux de Psiuk.

À notre avis, les connaissances sont plutôt un préalable au déclenchement du raisonnement clinique et non pas une caractéristique qui lui est propre. Ainsi, même en absence de connaissances, la personne utilisera son raisonnement, émettra des hypothèses pour arriver à prendre une décision. Dans ce même ordre d'idée, il n'est pas essentiel d'avoir une

relation d'aide avec un patient pour utiliser son raisonnement clinique, bien qu'il soit préférable de l'inclure dans ses décisions. Finalement, le jugement, qui se résume à une conclusion clinique provenant de la collecte des données et à la suite de l'utilisation des opérations mentales hypothético-déductives (Psiuk, 2010) [7] n'est pas un attribut, parce qu'il est une conséquence du raisonnement. La définition du raisonnement clinique peut donc se résumer à l'utilisation de la cognition et de stratégies cognitives pour analyser et interpréter des données dans une démarche systématique

pour générer des hypothèses et des alternatives de solutions afin de résoudre un problème clinique.

## ANTÉCÉDENTS

Les antécédents d'un concept sont ce qui précède le concept avant qu'il ne soit nommé. Par conséquent, 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. La perception de signaux signifie qu'il y a un signal capté dans l'environnement ou chez le patient qui demande de collecter davantage de données. C'est un peu un précurseur à la collecte de données. Simmons, dans son étude, cite aussi le besoin perçu d'intervenir et la perception cognitive (Simmons, 2010) [18], qui n'ont pas été retenus, car ils ont été regroupés sous la forme de la perception de signaux. Psiuk, quant à elle, explique, sans justifier, que la pensée humaniste, qui se manifeste par l'utilisation de bonnes techniques de communication et de relation d'aide dans la relation avec le patient, permettrait d'adopter un comportement favorisant le raisonnement inductif (Psiuk, 2010) [7].

## CONSÉQUENTS

Les conséquents sont ce qui survient une fois que le concept est apparu, ce sont les conséquences, les résultats possibles de cette apparition. Les conséquents 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. Dans l'étude de Simmons, le choix, les inférences, l'évaluation des alternatives et la conscience cognitive de signaux additionnels ont été répertoriés (Simmons, 2010) [18]. Le choix est étroitement lié avec la prise de décision : lorsqu'on prend une décision, on a atteint une conclusion, un choix se fait. Ainsi, la prise de décision a été conservée pour éviter la redondance. Par définition, l'inférence est une déduction, le processus impliqué dans la génération de conclusions logiques à partir d'une proposition admise comme vraie (Le dictionnaire, 2011) [17] ; (Dictionnaire Larousse, 2011) [32]. C'est une des stratégies cognitives impliquées dans le raisonnement : elle fait partie de ses attributs et ne peut donc pas être un conséquent. Par ailleurs, comme mentionné précédemment, l'évaluation des alternatives est un attribut du concept et survient avant la prise de décision. La conscience cognitive de signaux additionnels n'a pas été retenue, car le jugement clinique, soit l'habileté à reconnaître certaines récurrences, à concentrer les données recueillies, à évaluer selon les priorités (Benner, Tanner, Chesla, 1992) [23], inclut l'idée que certaines données peuvent être présentes et ne pas être prises en compte selon le contexte et le moment. Finalement, les conséquents proposés par Psiuk, 2010, [7], ont été écartés. Le consensus n'a pas été retenu

parce que toutes les situations cliniques ne s'y prêtent pas. Par ailleurs, l'adaptation des soins et le transfert des connaissances dans les soins ne sont pas justifiés ou expliqués.

Finalement, les référents empiriques sont les indicateurs mesurables du concept, de ses attributs. La survenue du raisonnement clinique pourrait être vérifiée et mesurée par l'exactitude du diagnostic auquel le professionnel de la santé est arrivé, par l'action (l'intervention ou non) appliquée, par la qualité de soins obtenue, par les résultats obtenus chez le patient et par la résolution ou non du problème clinique. Psiuk, 2010, [7], dans son analyse du raisonnement clinique nommait les transmissions orales et écrites ainsi que les synthèses interdisciplinaires. Celles-ci consistent à rapporter des faits et elles n'impliquent pas nécessairement l'utilisation du raisonnement clinique. Un examen plus approfondi des référents empiriques ne faisait pas partie des objectifs poursuivis par cette étude. Par conséquent, d'autres indicateurs pourraient être répertoriés. Les référents empiriques cités ont été retenus par enchaînement logique de cette analyse de concept et avec l'analyse des écrits s'y rapportant.

En somme, la comparaison de cette analyse avec les résultats de Simmons et de Psiuk a permis d'éviter la redondance et de confirmer la véracité de certains attributs, antécédents et conséquents et d'en arriver à une meilleure compréhension du raisonnement clinique.

## Conduire des comparaisons interdisciplinaires ou temporelles, si désirées

La tradition de l'analyse de concepts engage ensuite à proposer des comparaisons temporelles ou interdisciplinaires. Comme plusieurs historiques ont déjà été faits, une comparaison entre le raisonnement clinique des infirmières, des médecins, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes (thérapie occupationnelle) est davantage justifiée. Rappelons que les attributs du raisonnement clinique sont l'utilisation de la cognition, l'utilisation de stratégies cognitives (heuristiques, métacognition, inférences), une démarche systématique d'analyse et d'interprétation des données, la génération d'hypothèses, la génération d'alternatives. Ses antécédents 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. Les conséquents 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.

Les comparaisons interdisciplinaires permettent d'identifier les différences et les similitudes entre la façon de raisonner dans les différentes disciplines, mais aussi de renforcer la définition retenue dans cette étude par la reconnaissance des attributs, des antécédents et des conséquents du concept qui sont présents, peu importe la discipline.

Le raisonnement clinique en sciences infirmières est l'utilisation de la cognition et de stratégies cognitives pour analyser et interpréter des données de façon systématique, de générer des hypothèses et des alternatives de solutions pour résoudre un problème clinique. Selon Fonteyn et Ritter, 2000, [26], le raisonnement clinique guide les infirmières à formuler un jugement clinique, les guide dans leur prise de décision, dans leur planification et dans leurs interventions infirmières orientées vers une bonne qualité de soins.

En médecine, le raisonnement clinique est vu comme une méthode hypothético-déductive dirigée vers la résolution d'un problème, par la détermination d'un diagnostic qui est une explication à une dysfonction préalablement reconnue. Le résident en médecine et le médecin vont générer des hypothèses de diagnostics médicaux à la suite de la perception d'une dysfonction, de la collecte et de l'interprétation des données, dans le but de résoudre des problèmes diagnostiqués (Elstein, Schwartz, 2000) [33]. Beaucoup d'études se sont intéressées à l'amélioration des stratégies de raisonnement dans le but d'améliorer la pratique clinique médicale (Jones, Jensen, Edwards, 2000) [19]. Ce qui en ressort, c'est que l'expertise du médecin vient d'une meilleure compréhension du problème plutôt que des stratégies de raisonnement utilisées. Enseigner aux médecins les stratégies de raisonnement, comme c'est la pratique chez les infirmières, est aussi un atout pour arriver à un diagnostic exact (Elstein, Schwartz, 2000) [33].

Jones, Jensen et Edwards rapportaient qu'en physiothérapie la cognition et une méthode hypothético-déductive plus large (car il y a une prise en considération de l'entité de la maladie ou de l'expérience de douleur du patient) constituent le raisonnement clinique du physiothérapeute (Jones, Jensen, Edwards, 2000) [19]. Le raisonnement clinique du physiothérapeute sert à organiser les tâches dans la pratique clinique, à partir du diagnostic médical ou infirmier, des connaissances du thérapeute et à la suite de la collaboration avec le patient, dans le but de choisir une intervention efficace (Jones, Jensen, Edwards, 2000) [19].

En ergothérapie, le raisonnement clinique consiste à une série d'opérations cognitives dirigées vers un but, comme de trouver le traitement le plus approprié pour le patient (Jones, Jensen, Edwards, 2000) [19] et de promouvoir le maximum d'autonomie et de qualité de vie du patient (Leicht et Dickerson, 2001) [34] ; (Chapparo, Ranka, 2000) [35]. Il est en lien avec les connaissances et l'expérience de l'ergothérapeute, tout comme c'est le cas pour l'infirmière, le médecin et le physiothérapeute (Higgs, Jones, 2000) [2].

## IDENTIFIER UN CAS MODÈLE

Le cas modèle est un exemple concret du concept qui contient tous ses attributs. Il illustre parfaitement le concept

(Hupcey et al., 1996) [36]. Le cas limite est un exemple qui ne contient pas tous les attributs du concept, certains attributs importants sont manquants ce qui rend le concept incertain (Hupcey et al., 1996) [36]. Ces cas aident à justifier le choix des attributs, à montrer la définition réelle du concept. (La construction des cas dans la présente section, s'est faite à partir de *Pathophysiology : the biologic basis for disease in adults and children*, par McCance et Huether, en 2006 (McCance, Huether, 2006) [37] ainsi qu'à partir du *Nanda, Nic, and Noc Linkages, nursing diagnoses, outcomes, & intervention* (Johnson et al., 2006) [38]).

Le cas modèle d'Emmanuelle permettra d'analyser le raisonnement clinique. Emmanuelle est une nouvelle infirmière. Elle a sous sa responsabilité, Monsieur Pierre Martin, 60 ans, admis pour dyspnée d'origine inconnue. Lorsqu'elle entre dans la chambre de son patient à 16 h 15, elle remarque qu'il est pâle et diaphorétique. Sa respiration est rapide et superficielle. Du tirage abdominal est visible. À l'auscultation pulmonaire, elle entend des bruits anormaux, mais elle ne sait pas les nommer. Monsieur Martin lui dit avoir une douleur sous forme de serrement au thorax et la sensation d'étouffer. À la lueur des informations recueillies, Emmanuelle soupçonne une altération de la fonction respiratoire et des échanges gazeux perturbés ce qui l'amène à penser à un infarctus ou à de l'angine, à un œdème aigu du poumon, à une embolie pulmonaire et à une crise d'asthme. 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.

Dans cet exemple, tous les attributs du concept du raisonnement clinique sont présents et démontrent bien ce qu'est le raisonnement clinique : la cognition (la réflexion), les stratégies cognitives (la reconnaissance de ses limites à l'aide de la métacognition), l'analyse des données (examen mental des différentes données), l'interprétation des données (le sens attribué aux données), la génération d'hypothèses (de diagnostics infirmiers et médicaux), la génération d'alternatives (d'interventions). L'expérience et les connaissances, la perception de signaux et la collecte de données sont les antécédents du raisonnement clinique qui sont aussi présents dans cette situation. Les conséquents présents ici sont la prise de décision d'intervenir et le passage à l'action (prise de signes vitaux et appel à l'aide).

Voici, maintenant un cas limite, le cas d'Antoni qui laisse un doute sur le concept qui est introduit puisqu'il manque des attributs du raisonnement clinique. Antoni est l'infirmier responsable des soins de Madame Gilberte qui est admise pour syncope et chute. Lors d'une de ses tournées de soins, il entre dans la chambre et la retrouve inconsciente, couchée sur le sol. Comme elle ne se réveille pas à la stimulation légère et

qu'elle présente un saignement au niveau du cuir chevelu, il en déduit qu'elle a fait une commotion et il va chercher de l'aide pour la recoucher au lit. Il n'a pas réfléchi sur la raison de sa chute. S'il avait fait un examen plus approfondi, donc collecté des données additionnelles, il aurait vu qu'elle ne respirait pas et que sa fréquence cardiaque était très rapide, il aurait généré des hypothèses sur les raisons de sa chute et des alternatives d'intervention. 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.

### ■ Identifier des hypothèses et des implications pour un développement futur

Cette analyse de concept a permis de définir le raisonnement clinique en sciences infirmières sans ambiguïté. Cela a été fait par la délimitation faite entre le raisonnement clinique et les concepts connexes souvent confondus, mais aussi par la comparaison des différentes définitions de ce concept, ce qui a donné naissance à ses attributs. Cependant, à la suite de cette analyse de concept et de la recension de la littérature, certains thèmes demeurent inexplorés et auraient intérêt à être mieux compris. C'est le cas pour les variables autres que les antécédents qui influencent le raisonnement clinique, du stress et des émotions de l'infirmière, de l'éducation ou de la formation académique de celle-ci, n'ont pas été explorés dans cette analyse de concept. L'identification de référents empiriques, ces indicateurs pour opérationnaliser le raisonnement clinique reste aussi à faire. De plus, comme l'indique Simmons, 2010, [18], des outils d'opérationnalisation du raisonnement clinique doivent être développés comme des tests de concordances de scripts pour évaluer le raisonnement clinique des infirmières dans différents contextes.

## CONCLUSION

L'analyse du concept qu'est le raisonnement clinique a permis de clarifier ce concept, de bien le définir, de le distinguer des concepts connexes souvent confondus. De plus, elle a permis d'identifier des facteurs influençant le raisonnement clinique et, par conséquent, la prise de décision et l'intervention infirmière. La méthode utilisée, soit la méthode de Rodgers, a été suivie de façon rigoureuse. Cette méthode met l'accent sur l'interrelation entre le concept, une multitude de facteurs et le contexte dans lequel il évolue ce qui était très adapté pour l'analyse du raisonnement clinique et cela augmente la validité de l'analyse. La méthode d'échantillonnage des écrits, qui a été faite de façon systématique et rigoureuse, laisse peu échapper de contenu. Ce contenu retenu est riche et diversifié,

car plusieurs banques de données, regroupant des écrits provenant de différentes disciplines, ont été explorées. Enfin, l'analyse du raisonnement clinique à l'aide de la comparaison avec les seules analyses de concept répertoriées, soit celles de Psiuk, 2010, [7] et Simmons, 2010, [18], a permis de bien synthétiser les caractéristiques du raisonnement clinique et d'éviter la redondance de certaines de ses caractéristiques. Elle a aussi permis d'identifier certains facteurs qui influencent les décisions et les interventions infirmières dans les situations qu'elle rencontre au cours de sa carrière.

Certaines limites sont présentes dans cette analyse. Premièrement, il y a le peu d'accent mis sur les référents empiriques, lié à la méthode de Rodgers, 1989, [16], contrairement à d'autres méthodes telles que celle de Walter et Avant, 1995, [39]. Bien que définir les référents empiriques ne faisait pas partie des objectifs de cette étude, ils auraient intérêt à être développés, car cela permettrait de mieux comprendre le concept et de le mesurer. Deuxièmement, malgré la méthode d'échantillonnage utilisée de façon la plus rigoureuse possible, seuls les articles en français, en anglais ou traduits en anglais trouvés sur les banques de données nommées précédemment ont été lus, et, par conséquent, des articles pertinents dans les autres langues, sur d'autres banques de données n'ont pas été explorés.

## CONFLIT D'INTÉRÊT

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts relatifs au contenu et à la publication de cet article.

## Références bibliographiques

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Champ d'exercice et activités réservées. <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activites-reservees>, consulté le 3 juin 2011.
2. HIGGS J, JONES M. Clinical reasoning in the health professions. Woburn, Massachusetts : Butterworth-Heinemann Reed Educational and Professional Publishing, 2000.
3. AIKEN L, CLARKE S, CHEUNG R, SLOANE D, SILBER J. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA : The Journal Of The American Medical Association [serial on the Internet]. 2003, Sept, 290(12) : 1617-1623.
4. BAUMANN A, BOURBONNAIS F. Nursing decision making in critical care areas. Journal Of Advanced Nursing [serial on the Internet]. Septembre 1982 ; 7(5) : 435-446.
5. DA SILVA BASTOS CERULLO J, DE ALMEIDA LOPES MONTEIRO DA CRUZ D. Clinical reasoning and critical thinking. Revista Latino-Americana De Enfermagem [serial online]. January 2010 ; 18(1) : 124-129.
6. CHARLIN B, BORDAGE G & VAN DER VLEUTEN C. L'évaluation du raisonnement clinique. Pédagogie Médicale. Février 2003 ; 4 : 42-52.

7. PSIUK T. (2010). Du raisonnement clinique à la pratique infirmière. La revue de référence infirmière. SOINS. Février 2010 ; 12 : 1-20.
8. CUTCLIFFE JR, MCKENNA HP. The essential concepts of nursing. Toronto : Elsevier, 2005.
9. DWYER T, MOSEL WILLIAMS L. Nurses' behaviour regarding CPR and the theories of reasoned action and planned behaviour. Resuscitation [serial on the Internet]. January 2002 ; 52(1) : 85-90.
10. MADDEN C. Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills. Nurse Education Today [serial on the Internet]. April 2006 ; 26(3) : 218-227.
11. NYMAN J, SIHVONEN M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. Resuscitation [serial on the Internet]. Octobre 2000 ; 47(2) : 179-184.
12. MARZOOQ H & LYNEHAM J. Cardiopulmonary resuscitation knowledge among nurses working in Bahrain. International Journal Of Nursing Practice [serial on the Internet]. Aug 2009 ; 15(4) : 294-302.
13. ASHCRAFT A. Differentiating between pre-arrest and failure-to-rescue. Medsurg Nursing : Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses [serial on the Internet]. Aug 2004 ; 13(4) : 211-215.
14. BERTAUT Y, CAMPBELL A & GOODLETT D. Implementing a rapid-response team using a nurse-to-nurse consult approach. Journal Of Vascular Nursing : Official Publication Of The Society For Peripheral Vascular Nursing [serial on the Internet]. June 2008 ; 26(2) : 37-42.
15. BROWN J, LATIMER-HEETER M, MARINELLI A, REX E & REYNOLDS L. The first 3 minutes : code preparation for the staff nurse. Orthopaedic Nursing / National Association Of Orthopaedic Nurses [serial on the Internet]. May, 1995 ; 14(3) : 35-40.
16. RODGERS B. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge : the evolutionary cycle. Journal Of Advanced Nursing [serial on the Internet]. Apr 1989 ; 14(4) : 330-335.
17. Le Dictionnaire. <http://www.le-dictionnaire.com>, consulté le 3 juin 2011.
18. SIMMONS B. Clinical reasoning : concept analysis. Journal Of Advanced Nursing [serial on the Internet]. May 2010 ; 66(5) : 1151-1158.
19. JONES M, JENSEN G, EDWARDS I. Clinical reasoning in physiotherapy. In : Clinical reasoning in the health professions. Woburn, Massachusetts : Butterworth-Heinemann Reed Educational and Professional Publishing, 2000 ; 12 : 123.
20. MCALLISTER L., ROSE R. Speech-language pathology students : learning clinical reasoning. In : Clinical reasoning in the health professions. Woburn, Massachusetts : Butterworth-Heinemann Reed Educational and Professional Publishing, 2000 ; 22 : 205.
21. MATTESON P & HAWKINS J. Concept analysis of decision making. Nursing Forum [serial on the Internet]. 1990 ; 25(2) : 4-10.
22. FONTEYN, M. FISHER, A. An innovatrice methodological approach for examining nurses' heuristic use in clinical practice. Journal of scholarly inquiry. 1995 ; 9 : 263-276.
23. BENNER P, TANNER C, CHESLA C. From beginner to expert : gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. ANS. Advances In Nursing Science [serial on the Internet]. Mar 1992 ; 14(3) : 13-28.
24. BENNER P. From Novice to Expert : Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley, Menlo Park, CA, 1984.
25. TANNER C. Thinking like a nurse : a research-based model of clinical judgment in nursing. The Journal Of Nursing Education [serial on the Internet]. (2006, June), [cited October 2, 2011] ; 45(6) : 204-211.
26. FONTEYN ME, RITTER B. Clinical reasoning in nursing. In : Clinical reasoning in the health professions. Woburn, Massachusetts : Butterworth-Heinemann Reed Educational and Professional Publishing, 2000 ; 11 : 128.
27. FONTEYN ME. Implications of clinical reasoning studies for critical care nursing. Focus On Critical Care / American Association Of Critical-Care Nurses [serial on the Internet]. Aug 1991 ; 18(4) : 322-327.
28. GORDON M, MURPHY C, CANDES D, HILTUNEN. Clinical judgment : an integrated model. ANS. Advances In Nursing Science [serial on the Internet]. June 1994 ; 16(4) : 55-70.
29. HIGGS J, JONES M. Clinical reasoning in health profession. In : Clinical reasoning in the health professions. Woburn, Massachusetts : Butterworth-Heinemann Reed Educational and Professional Publishing, 1995.
30. RITTER, B. Why evidence-based practice ? CCNP Connection, 1998 ; 11 (5) : 1-8.
31. HOFFMAN, K. A Comparison of Decision-making by "Expert" and "Novice" Nurses in the Clinical Setting, Monitoring Patient Haemodynamic Status PostAbdominal Aortic Aneurysm Surgery. Unpublished PhD Thesis. University of Technology, Sydney, 2007.
32. Dictionnaire Larousse. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 3 juin 2011.
33. ELSTEIN, AS., SCHWARTZ, A. Clinical reasoning in medicine. In : Clinical reasoning in the health professions. Woburn, Massachusetts : Butterworth-Heinemann Reed Educational and Professional Publishing, 2000 ; 10 : 95.
34. LEICHT, S., & DICKERSON, A. Clinical reasoning, looking back. Occupational Therapy in Health Care, 2001 ; 14(3/4) : 105-130.
35. CHAPPARO, C., RANKA, J. Clinical reasoning in occupational therapy. In : Clinical reasoning in the health professions. Woburn, Massachusetts : Butterworth-Heinemann Reed Educational and Professional Publishing, 2000 ; 13 : 128.
36. HUPCEY, J.E., MORSE, J.M., LENZ, E.R. TASON, M.C. Wilsonnain methods of concept analysis : a critique. Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal, 1996 ; 10 : no. 3 : 185-210.
37. MCCANCE, K., HUETHER, S. E. Pathophysiology : the biologic basis for disease in adults and children. St. Louis, MO : Elsevier Mosby. 5<sup>e</sup> éd., 2006.
38. JOHNSON, M., BULECHEK, G. BUTCHER, H., MCCOLSKEY DOCHTERMAN, J., MAAS, M., MOORHEAD, S. SWANSON, E. NANDA, NOC, and NIC linkages, nursing diagnoses, outcomes, & interpretation. St. Louis, MO : Elsevier Mosby. 2<sup>e</sup> éd., 2006.
39. WALKER, L. O., & AVANT, K. C. Strategies for Theory Construction in Nursing. Norwalk, C.T. Appleton and Lange, 1995.