

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Évaluer la pensée critique en contexte de stages en soins infirmiers:
proposition d'un outil d'évaluation

Par

Éric Lavertu

Matricule 03 331 095

Essai présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître en éducation (M. Éd.)
Maîtrise en enseignement au collégial

Février 2013

© Lavertu Éric, 2013

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

**Évaluer la pensée critique en contexte de stages en soins infirmiers:
proposition d'un outil d'évaluation**

par

Éric Lavertu

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

M. Mathieu Gagnon Directrice ou directeur de recherche

Mme Kathleen Lechasseur Autre membre du jury

Essai accepté le _____

REMERCIEMENTS

S'engager dans un processus de formation continue qui mènera à l'obtention d'une maîtrise en enseignement collégial tout en occupant les rôles professionnels et familiaux de façon concomitante fut un long voyage certes, mais rarement sur un fleuve tranquille. Ce projet de recherche, tout comme les cours de deuxième cycle qui l'ont précédé ont nécessité de nombreux sacrifices.

Le temps et l'énergie requis pour mener à terme ce grand projet ont souvent été pris au détriment de la famille. Les absences physiques, mais plus souvent psychologiques ont été difficiles pour les êtres chers qui m'entourent. Comment expliquer à deux enfants que papa ne peut pas jouer ce soir ? Dans pareille situation, il n'y a que l'amour inconditionnel d'une mère pour ses enfants et une conjointe extraordinaire qui parvient à rétablir le fragile équilibre perturbé par un projet d'une telle envergure. Il faut aussi mentionner des parents qui, dès mon plus jeune âge, ont façonné ma personnalité et m'ont appris que l'effort et la détermination sont essentiels à la réussite de tout projet. Que chaque personne est maîtresse de sa destinée à condition de s'engager et s'investir pleinement dans ce qu'elle entreprend. Les encouragements et le soutien de ces êtres chers ont été une source de motivation et de persévérance dans les moments où le découragement pointait à l'horizon. France, Jacques, Nancy, Justine et Maxime... Merci pour votre patience et de m'avoir soutenu tout au long de ce projet, mais surtout de faire partie de ma vie.

Le soutien et l'encouragement ne sont pas venus uniquement de la famille. Pour mener à terme ce genre de projet, il est essentiel qu'une personne sage puisse vous guider, nourrir votre réflexion, allumer des feux et parfois vous forcer à vous remettre en question. J'ai rencontré cette personne lors d'un cours de formation au certificat de perfectionnement en enseignement collégial il y a de cela quelques années déjà. Sans le savoir, cette journée-là j'ai rencontré pour la première fois celui

qui allait devenir un exemple à suivre et mon directeur d'essai quelques années plus tard : M. Mathieu Gagnon. Ses commentaires, ses questions et ses encouragements m'ont forcé à me dépasser, à me remettre en question et à approfondir ma réflexion constamment. Tel un phare, il a su me guider à bon port dans ce grand projet. Merci pour cette grande disponibilité et surtout de m'avoir permis de m'épanouir tant au niveau professionnel que personnel en m'aidant à devenir un penseur plus critique.

Merci à tous les professeures et professeurs ainsi qu'aux étudiantes et étudiants qui ont participé à cette recherche de près ou de loin. Sans votre participation il aurait été impossible de mener cette recherche.

Merci également à l'Université de Sherbrooke d'avoir mis sur pied le programme PERFORMA qui m'a permis, ainsi qu'à à plusieurs de mes collègues de nous engager dans cette nouvelle profession qu'est l'enseignement après avoir d'abord été un professionnel de la santé. C'est grâce à PERFORMA que je suis devenu le professeur que je suis aujourd'hui.

SOMMAIRE

Cette recherche, de type développement, avait pour but de concevoir et valider un outil pour mesurer la mobilisation de la pensée critique en soins infirmiers lors des stages en milieu clinique. Pour ce faire, nous avons mené notre projet en collaboration avec les membres du Département des soins infirmiers au Cégep de Sainte-Foy. La question centrale de la recherche était la suivante : quel outil permettra d'évaluer la pensée critique pendant les stages cliniques en soins infirmiers?

À partir d'une recension des écrits portant sur la pensée critique dans trois disciplines, la philosophie, l'éducation et les soins infirmiers, nous avons constaté qu'il n'existait pas de consensus à propos de la définition de la pensée critique et de ses composantes dans le domaine des soins infirmiers. De plus, les définitions proposées qui étaient plus spécifiques aux soins infirmiers étaient difficilement opérationnalisables dans un contexte d'évaluation de la pensée critique en stage. À partir de la recension des écrits et de l'apport des membres du Département des soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy, nous avons proposé une définition opérationnelle sur laquelle nous avons basé la suite de nos travaux.

Afin de créer un outil d'évaluation de la pensée critique qui soit adapté à la fois au contexte dans lequel son utilisation était prévue (les stages en milieu clinique) et aux besoins des professeures et professeurs en soins infirmiers qui en seront les futurs utilisateurs, nous avons sollicité leur collaboration tout au long de nos travaux. Nous les avons d'abord sondés à l'aide d'un questionnaire qui portait sur leur conception de la pensée critique en soins infirmiers et son évaluation lors de stages en milieu clinique. Nous avons ensuite analysé les réponses obtenues et tiré des

conclusions que nous avons ensuite validées auprès des professeures et professeurs à l'aide d'entrevues semi-dirigées.

Les réponses obtenues lors des entrevues semi-dirigées nous ont ensuite permis d'approfondir et clarifier les résultats obtenus dans les questionnaires. Nous avons alors été en mesure de produire une première version de notre outil d'évaluation et un guide d'accompagnement de celui-ci. Nous les avons ensuite présentés aux professeures et professeurs du Département de soins infirmiers dans le but de nous assurer qu'ils correspondaient bien à leur attentes et à leur conception de la pensée critique par la voie d'entrevues semi-dirigées encore une fois.

À la lumière des informations recueillies lors de cette seconde vague d'entrevues, nous avons modifié notre outil et le guide d'accompagnement avant de le mettre à l'essai en milieu clinique. Pour la mise à l'essai, le chercheur a accompagné cinq professeures ou professeurs en stage afin d'observer et d'évaluer le niveau de développement et la mobilisation de la pensée critique des étudiantes et étudiants. Un total de dix étudiantes ou étudiants ont été évalués à l'aide de l'outil. À la fin de la mise à l'essai, des commentaires ont été recueillis auprès des professeures et professeurs participants concernant leur expérience d'utilisation de l'outil et du guide d'accompagnement.

Au final, une grille d'évaluation comportant neuf critères d'évaluation de la pensée critique et quatre niveaux de développement a été élaborée. Les résultats obtenus indiquent un taux d'accord inter-juge de 83 % entre le chercheur et les professeures ou professeurs qui ont participé à la mise à l'essai de l'outil d'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieu clinique. Les professeures et professeurs participants ont été en mesure de situer les étudiantes et étudiants dans chacun des niveaux de la grille pour chaque critère avec aisance. Elles et ils se sont montrés satisfaits de l'outil qui ne représentait pas un fardeau de travail

supplémentaire pour eux. De plus, elles et ils ont apprécié la simplicité de l'outil et le fait qu'il était compatible avec leurs stratégies d'évaluation actuelles.

À notre connaissance, il s'agit du premier outil d'évaluation de la pensée critique qui soit spécifique aux soins infirmiers et au contexte des stages en milieu clinique. Notre outil pourra permettre aux professeures et professeurs d'identifier plus efficacement et plus rapidement les forces et faiblesses des étudiantes et étudiants en lien avec la pensée critique en stage. De plus, il vient baliser et objectiver l'évaluation de la pensée critique dans le programme d'études.

Les résultats obtenus nous permettent également de croire que notre outil pourrait être réutilisé dans le cadre d'autres recherches afin de mesurer l'impact de différents facteurs contextuels sur le développement et la mobilisation de la pensée critique. Nous pensons, par exemple, à la possibilité de mesurer l'efficacité de certaines stratégies pédagogiques sur la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants du programme.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE.....	5
LISTE DES TABLEAUX	13
LISTE DES FIGURES.....	16
INTRODUCTION.....	17
PREMIER CHAPITRE LA PROBLÉMATIQUE.....	19
1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	20
1.1 La pratique contemporaine des soins infirmiers	20
1.2 La formation infirmière.....	23
1.3 Les stages en milieu clinique	27
1.4 Les caractéristiques de la clientèle étudiante	33
2. LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	33
2.1 Premier élément : une définition imprécise de la pensée critique dans le programme Soins infirmiers	34
2.2 Deuxième élément : un niveau de développement imprécis de la pensée critique dans le programme Soins infirmiers en contexte de stage.....	35
2.3 Troisième élément : l'absence d'un outil d'évaluation de la pensée critique propre aux soins infirmiers en contexte de stage	36
2.4 Quatrième élément : les caractéristiques des étudiantes et étudiants inscrits dans le programme Soins infirmiers	37
2.5 Cinquième élément : le cloisonnement des savoirs.....	39
3. LE PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE	41
4. LA QUESTION GÉNÉRALE ET LES OBJECTIFS DE L'ESSAI.....	43
DEUXIÈME CHAPITRE LE CADRE DE RÉFÉRENCE.....	46
1. MODÈLES CONCEPTUELS DE LA PENSÉE CRITIQUE ISSUS DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA PHILOSOPHIE	46

1.1	Le modèle de Robert Ennis	47
1.2	Le modèle de Richard Paul et Linda Elder	49
1.3	Le modèle de l' American Philosophical Association	51
2.	DÉFINITIONS DE LA PENSÉE CRITIQUE ISSUES DES SOINS INFIRMIERS	53
2.1	Le modèle de Facione et Facione.....	53
2.2	Le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor.....	57
2.3	Définition opérationnelle de la pensée critique selon Jacobs et al.....	62
2.4	Définition opérationnelle de la pensée critique selon Dexter et al.....	65
2.5	Le modèle de Forneris (2004).....	69
2.6	Le modèle de Lechasseur (2009)	71
2.7	Conclusion à partir des modèles conceptuels de la pensée critique en soins infirmiers.....	74
2.8	Notre définition de la pensée critique en soins infirmiers	75
2.9	Évaluer la pensée critique en milieu clinique	77
	TROISIÈME CHAPITRE LA MÉTHODOLOGIE	83
1.	LE TYPE D'ESSAI	83
2.	LA POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE ET LE TYPE DE RECHERCHE.....	84
2.1	La posture épistémologique	84
2.2	Le type de recherche	85
3.	L' APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	87
3.1	L'échantillonnage	88
3.2	Techniques et instruments de collecte de données	91
3.2.1	<i>Le questionnaire</i>	92
3.2.2	<i>L'entrevue semi-dirigée</i>	93
3.2.3	<i>L'observation participante</i>	95
3.2.4	<i>L'outil d'évaluation de la pensée critique</i>	98
3.2.5	<i>Le journal de bord</i>	99
3.3	Les méthodes d'analyse et de traitement des données.....	100
3.4	Échéancier et contraintes liées au contexte.....	101
4.	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	104
4.1	Considérations éthiques à l'égard des professeures et professeurs.....	104
4.2	Considérations éthiques à l'égard des étudiantes et étudiants	106

5.	LES MOYENS UTILISÉS POUR ASSURER LA SCIENTIFICITÉ.....	107
5.1	La crédibilité.....	107
5.2	La transférabilité.....	108
5.3	La fiabilité.....	110
5.4	La confirmation.....	111
QUATRIÈME CHAPITRE LA PRÉSENTATION ET		
L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS 112		
1.	DONNÉES OBTENUES À PARTIR DES QUESTIONNAIRES	112
1.1	Codification des réponses aux questions	114
1.1	Réponses obtenues à la question 1.....	115
1.2	Réponses obtenues à la question 2.....	119
1.3	Réponses obtenues à la question 3.....	124
1.4	Réponses obtenues à la question 4.....	129
1.5	Réponses obtenues à la question 5.....	133
2.	DONNÉES OBTENUES À PARTIR DES ENTREVUES DE PRÉRÉDACTION DE	
	L'OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE.....	136
2.1	Bloc 1 : Conception de la pensée critique.....	137
2.1.1	<i>La conception de la pensée critique des membres du</i>	
	<i>Département de soins infirmiers</i>	137
2.1.1.1	Habiletés intellectuelles de la pensée critique.....	137
2.1.1.2	Attitudes de la pensée critique	139
2.1.2	<i>Observation de la pensée critique.....</i>	141
2.1.3	<i>Comparaison avec les réponses obtenues par l'entremise des</i>	
	<i>questionnaires</i>	142
2.1.3.1	Les liens entre la théorie et la pratique.....	143
2.1.3.2	Adaptation des connaissances au contexte.....	145
2.1.3.3	L'autoévaluation et l'autocorrection	146
2.1.4	<i>Proposition de notre définition de la pensée critique aux</i>	
	<i>professeures et professeurs</i>	148
2.2	Synthèse des réponses obtenues pour les questions du bloc 2 :	
	évaluation de la pensée critique en soins infirmiers	150
2.2.1	<i>Les difficultés liées à l'évaluation de la pensée critique en stage</i>	
	<i>et solutions proposées</i>	150
2.2.2	<i>Les types d'outils à privilégier pour évaluer la pensée critique.....</i>	152

2.2.3 <i>Utilité potentielle de certains outils ou stratégies actuellement utilisés pour l'évaluation des stages</i>	153
2.2.3.1 Le questionnaire	153
2.2.3.2 Les travaux de stage	154
2.2.3.3 Les mises en situation et les histoires de cas.....	155
2.2.3.4 La grille d'évaluation des stages en milieu clinique	155
2.2.3.5 Le rôle de l'autoévaluation.....	156
2.2.4 <i>Portée de l'évaluation de la pensée critique et ajout d'un outil supplémentaire</i>	157
2.2.5 <i>Autres thèmes abordés lors des entrevues</i>	159
2.3 <i>Compilation des réponses obtenues lors des entrevues de présentation de la grille d'évaluation des stages et du guide d'accompagnement</i>	160
2.3.1 <i>Première conception de l'outil d'évaluation et du guide d'accompagnement</i>	160
2.3.2 <i>Présentation aux professeures et professeurs de l'outil d'évaluation : grilles à trois et quatre niveaux</i>	164
2.3.2.1 <i>Commentaires des professeures et professeurs à propos de la grille à trois niveaux</i>	165
2.3.2.2 <i>Commentaires des professeures et professeurs à propos de la grille à quatre niveaux</i>	166
2.3.2.3 <i>Commentaires des professeures et professeurs à propos de la version préliminaire du guide d'accompagnement</i>	168
2.3.3 <i>Présentation aux professeures et professeurs de la seconde version de l'outil d'évaluation de la pensée critique</i>	169
2.3.3.1 <i>Commentaires des professeures et professeurs à propos de la seconde version du guide d'accompagnement</i>	171
2.3.4 <i>Présentation de la version finale de l'outil d'évaluation de la pensée critique et du guide d'accompagnement</i>	172
3. <i>DONNÉES OBTENUES LORS DE LA MISE À L'ESSAI DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE</i>	174
3.1 <i>Mise à l'essai numéro 1 : outils d'évaluation à 3 et 4 niveaux version 1 et guide d'accompagnement</i>	176
3.2 <i>Mise à l'essai numéro 2 : outil d'évaluation à 4 niveaux version 2 et guide d'accompagnement</i>	184
3.3 <i>Mise à l'essai numéro 3 : outil d'évaluation à 4 niveaux, version 2 et guide d'accompagnement</i>	188
3.4 <i>Mise à l'essai numéro 4 : outil d'évaluation à 4 niveaux, version 2 et guide d'accompagnement</i>	192

3.5 Mise à l'essai numéro 5 : outil d'évaluation à 4 niveaux, version 2 et guide d'accompagnement.....	197
3.6 Nombre d'occurrences d'évaluations identiques	204
3.6.1 Occurrences d'évaluations identiques pour la mise à l'essai 1	204
3.6.2 Occurrences d'évaluations identiques pour la mise à l'essai 2, 3,4 et 5.....	204
3.7 Nombre d'occurrences de données insuffisantes.....	206
3.8 Synthèse et discussion des données recueillies lors des mises à l'essai.....	208
3.9 Limites de la recherche et portée pour l'avenir	210
CONCLUSION.....	213
ANNEXE A TABLEAU SYNTHÈSE DES MODÈLES DE LA PENSÉE CRITIQUE	224
ANNEXE B GRILLE D'ÉVALUATION FORMATIVE DES STAGES EN SOINS INFIRMIERS.....	228
ANNEXE C GRILLE D'ÉVALUATION SOMMATIVE DES STAGES EN SOINS INFIRMIERS.....	231
ANNEXE D QUESTIONNAIRES DISTRIBUES AUX MEMBRES DU DEPARTEMENT DE SOINS INFIRMIERS.....	235
ANNEXE E SCHEMA D'ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES POUR LES ENTREVUES DE PREREDACTION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE	239
ANNEXE F GRILLE D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE DURANT LES STAGES EN SOINS INFIRMIERS	243
ANNEXE G GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA GRILLE D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE DURANT LES STAGES EN SOINS INFIRMIERS.....	250

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Liste abrégée des habiletés et attitudes de la pensée critique selon Ennis (1985)	48
Tableau 2 : Indicateurs de la pensée critique selon Facione et Facione (1996a)	55
Tableau 3 : Échelle descriptive pour une évaluation holiste de la pensée critique selon Facione et Facione (1994)	56
Tableau 4 : Attitudes de la pensée critique selon le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994).....	60
Tableau 5 : Normes liées à la pensée critique dans le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) inspirées de Paul (1993)	61
Tableau 6 : Liste des indicateurs de la pensée critique selon Jacobs et al. (1997)	64
Tableau 7 : Compétences de la pensée critique selon le modèle de Dexter et al. (1997).	67
Tableau 8 : Définition des caractéristiques des compétences de la pensée critique selon Dexter et al. (1997).....	68
Tableau 9 : Critères universels d'évaluation de la pensée critique proposés par Paul (1990)	69
Tableau 10 : Exemples de questions pour l'observation participante.....	97
Tableau 11 : Questionnaires distribués et taux de réponse	113
Tableau 12 : Habiletés cognitives de la pensée critique identifiées par le corps professoral du Département de soins infirmiers.....	115
Tableau 13 : Exemples d'habiletés de la pensée critique identifiées par les membres du Département de soins infirmiers et extraits de réponses	117

Tableau 14 : Exemples de réponses des professeures et professeurs à propos des connaissances et du jugement clinique comme composantes de la pensée critique.....	119
Tableau 15 : Habiletés associées à la mobilisation de la pensée critique selon les professeures et professeurs en soins infirmiers.....	122
Tableau 16 : Exemples d'attitudes associées à la mobilisation de la pensée critique selon les professeures et professeurs en soins infirmiers.....	124
Tableau 17 : Extraits de réponse à propos des moyens utilisés par les professeures et professeurs pour évaluer la pensée critique.....	126
Tableau 18 : Principales difficultés rapportées par les professeures et professeurs en lien avec l'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieu clinique	132
Tableau 19 : Exemples de questions demandées aux étudiantes ou étudiants pour vérifier si elles ou ils adoptent une conduite critique	145
Tableau 20 : Définition des attitudes de la pensée critique présentées à l'intérieur du guide d'accompagnement.....	162
Tableau 21 : Définition des habiletés intellectuelles de la pensée critique présentées à l'intérieur du guide d'accompagnement	163
Tableau 22 : Contexte de la mise à l'essai de l'outil d'évaluation de la pensée critique en stage.....	175
Tableau 23 : Mise à l'essai 1, évaluation de E1 avec la grille à trois niveaux	177
Tableau 24 : Mise à l'essai 1, évaluation de E1 avec la grille à quatre niveaux	179
Tableau 25 : Mise à l'essai 1, évaluation de E2 avec la grille à trois niveaux	180
Tableau 26 : Mise à l'essai 1, évaluation de E2 avec la grille à quatre niveaux	183
Tableau 27 : Mise à l'essai 2, évaluation de E3 avec la grille à quatre niveaux v2.....	185
Tableau 28 : Mise à l'essai 2, évaluation de E4 avec la grille à quatre niveaux v2.....	186

Tableau 29 : Mise à l'essai 3, évaluation de E5 avec la grille à quatre niveaux v2.....	189
Tableau 30 : Mise à l'essai 3, évaluation de E6 avec la grille à quatre niveaux v2.....	191
Tableau 31 : Mise à l'essai 4, évaluation de E7 avec la grille à quatre niveaux v2.....	193
Tableau 32 : Mise à l'essai 4, évaluation de E8 avec la grille à quatre niveaux v2.....	196
Tableau 33 : Mise à l'essai 5, évaluation de E9 avec la grille à quatre niveaux v2.....	199
Tableau 34 : Mise à l'essai 5, évaluation de E10 avec la grille à quatre niveaux v2.....	202
Tableau 35 : Nombre d'occurrences d'évaluations identiques par critères.....	206
Tableau 36 : Nombre d'occurrences de la mention données insuffisantes.....	207
Tableau 37 : Synthèse des modèles de la pensée critique présentés.....	224

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Processus de la pensée critique selon le modèle de Richard Paul et Linda Elder (2008)	50
---	----

INTRODUCTION

Les programmes techniques de l'ordre collégial visent à former des diplômés aptes à entrer sur le marché du travail dès la fin de la formation. En soins infirmiers, le programme prévoit le développement de multiples compétences qui touchent autant le domaine cognitif que la psychomotricité. Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes intéressés à la question de l'évaluation de la pensée critique des étudiantes et étudiants en soins infirmiers durant les stages en milieu clinique. Le présent essai est divisé en quatre parties.

La première partie précise le contexte de recherche et traite de la problématique entourant l'évaluation de la pensée critique des étudiantes et étudiants pendant les stages en milieu clinique dans le programme Soins infirmiers au Cégep de Sainte-Foy. Plus précisément, nous expliquerons le contexte actuel de la formation infirmière et celui de la pratique professionnelle. Ensuite, nous ferons ressortir les difficultés d'évaluation de la pensée critique des étudiantes et étudiants que cause le manque de clarté de la définition et des indicateurs de la pensée critique dans le plan de formation institutionnel du programme Soins infirmiers au Cégep de Sainte-Foy. À la lumière de ces informations, nous ferons la description du problème de recherche qui portera sur les éléments à mettre en place pour évaluer la mobilisation de la pensée critique durant les stages en milieu clinique. Nous terminerons en présentant la question centrale de recherche et les deux objectifs de recherche que nous avons formulés.

La seconde partie traite du cadre de référence sur lequel nous nous sommes appuyés pour effectuer la recherche. La littérature propose plusieurs modèles de la pensée critique issus du domaine des sciences de l'éducation, de la philosophie ainsi que quelques modèles conçus spécifiquement pour les soins infirmiers. Cependant,

une absence de consensus en ce qui a trait à la définition de la pensée critique en soins infirmiers ainsi que les limites des outils traditionnels pour l'évaluer nous a incités à analyser brièvement quelques-uns de ces modèles afin de faire ressortir certains éléments qui semblent être communs à la plupart de ceux-ci. Enfin, dans cette partie, nous proposerons une définition opérationnelle de la pensée critique à partir de la revue de littérature et nous discuterons de divers éléments à considérer lorsqu'il s'agit d'évaluer la pensée critique dans un contexte de stage en milieu clinique en soins infirmiers tout en étant dans un contexte de formation.

La troisième partie explique la méthodologie que nous avons employée pour mener à terme la recherche. Nous situons d'abord notre posture épistémologique qui se veut interprétative. Celle-ci guidera le déroulement de la recherche-développement que nous menons dans le but de proposer un outil d'évaluation de la pensée critique qui soit spécifique aux soins infirmiers dans un contexte de stage en milieu clinique. Nous expliquons ensuite les diverses étapes de la recherche, qui se veut également une recherche collaborative, et les instruments de collecte de données que nous allons utiliser tels que le questionnaire, les entrevues semi-dirigées et l'observation participante. Enfin, nous abordons les critères de scientificité et éthiques qui encadreront le processus de recherche.

Finalement, la quatrième partie présente les résultats et leur interprétation. Nous présentons d'abord les résultats que nous avons obtenus lors des diverses étapes de la collecte des données pour ensuite les analyser de façon qualitative. De plus, quelques données quantitatives nous serviront d'information afin de guider l'interprétation et l'analyse des données que nous avons recueilli à l'aide des questionnaires et entrevues. Nous discutons ensuite des limites de notre recherche à la lumière des résultats obtenus ainsi que des retombées possibles de celle-ci pour la communauté enseignante en soins infirmiers au niveau collégial. Nous terminons en proposant des pistes de recherche pour l'avenir à partir de nos résultats.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous expliquons d'abord le contexte de la recherche qui vise à développer un outil d'évaluation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers durant les stages en milieu clinique au Cégep de Sainte-Foy. Par la suite, nous expliquons la problématique de l'évaluation de la mobilisation de la pensée critique en stage clinique, présentons le problème de recherche avant de terminer par la présentation de la question centrale de recherche et des objectifs de recherche.

De façon plus précise, la première section de ce chapitre traite du contexte de la recherche en expliquant la pratique contemporaine des soins infirmiers aujourd'hui et en mettant en lumière l'impact de cinq catalyseurs qui ont transformé celle-ci. Par la suite, nous expliquerons le contexte de formation infirmière au niveau collégial. De plus, nous décrirons le contexte particulier des stages en soins infirmiers et nous terminerons en expliquant les caractéristiques des étudiantes et étudiants qui s'inscrivent au programme Soins infirmiers au Cégep de Sainte-Foy.

Dans la seconde section de ce chapitre, nous décrivons la problématique de l'évaluation de la pensée critique des étudiantes et étudiants en stage clinique dans le programme Soins infirmiers. Nous avons divisé la problématique en cinq points. Nous expliquons d'abord comment la définition peu opérationnelle de la pensée critique ainsi que l'imprécision des indicateurs de la pensée critique au niveau du programme contribuent à rendre difficile l'évaluation de celle-ci dans les stages en milieu clinique. Nous expliquons ensuite les difficultés qu'entraîne l'absence d'un outil d'évaluation de la pensée critique propre aux soins infirmiers lorsqu'il s'agit d'évaluer la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants. De

plus, nous expliquons l'impact de certaines caractéristiques des étudiantes et étudiants ainsi que celui du cloisonnement des savoirs sur le développement de la pensée critique et de son évaluation en stage clinique dans le programme Soins infirmiers.

Dans la troisième section de ce chapitre, nous définissons le problème de recherche. Nous expliquons comment nous croyons qu'il est possible de remédier aux difficultés énoncées dans la problématique en produisant un outil pour évaluer la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers lors des stages en milieu clinique.

Dans la quatrième section de ce chapitre, nous présentons la question générale et les objectifs de recherche. Nous définissons alors les deux objectifs de recherche que nous avons formulés pour cet essai.

1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1.1 La pratique contemporaine des soins infirmiers

La profession infirmière a subi de grandes transformations depuis le virage ambulatoire amorcé dans les années 1990. Celui-ci avait pour objectifs à l'échelle du système de santé : « de rendre la technologie de pointe disponible (diagnostique, chirurgicale, pharmacologique, etc.), de diminuer les lits et le séjour à l'hôpital et de développer des solutions de rechange à l'hospitalisation. » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1998, p.4)

L'évolution des pratiques et la multiplication des savoirs professionnels engendrés par les nouvelles découvertes en recherche médicale et infirmière constituent le premier catalyseur des transformations de la pratique infirmière

(A.I.I.C, 2009). Cela fait en sorte que les infirmières et les infirmiers doivent constamment s'adapter à de nouvelles réalités de plus en plus complexes. Des procédés de soins autrefois pratiqués uniquement dans les unités de soins intensifs sont maintenant exécutés dans les chambres régulières. Des procédures, parfois invasives, jadis réservées à d'autres professionnels de la santé sont maintenant accomplies par les infirmières et les infirmiers. Ces nouvelles procédures nécessitent des connaissances scientifiques plus poussées et signifient également une pratique basée sur des données probantes et le jugement clinique. Ces deux éléments ont eu un impact important sur la pratique des soins infirmiers au Québec et ont transformé plusieurs aspects de la profession.

Le matériel technologique utilisé par les infirmières et les infirmiers constitue le deuxième catalyseur de la complexification des soins. L'arrivée de l'informatique a, sans contredit, révolutionné le domaine des sciences de la santé. Cependant, l'introduction de l'informatique signifie également l'ajout d'un outil supplémentaire que les infirmières et les infirmiers doivent maîtriser (Jetté, St-Cyr Tribble, Gagnon, et Mathieu, 2011). Considérant que l'âge moyen de l'effectif infirmier au Québec est de 43,6 ans et que 21 % de celui-ci est âgé de 55 ans ou plus (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009), il est possible d'affirmer que, pour plusieurs des infirmières et infirmiers exerçant la profession aujourd'hui, l'informatique ne faisait partie ni du cursus de formation lors de leurs études ni de la réalité quotidienne à leurs débuts dans la profession. Cela signifie une adaptation à de nouveaux outils de travail, de nouveaux modes de communication et dans plusieurs cas, un changement important dans le processus d'actualisation professionnelle puisque plusieurs établissements de santé dans lesquels évoluent les infirmières et infirmiers utilisent maintenant l'ordinateur comme outil de formation continue.

Ajoutons un troisième catalyseur, le virage ambulatoire qui a eu lieu dans les années 90. Les malades quittent désormais l'hôpital plus rapidement pour terminer leurs traitements à la maison. Cela a engendré deux conséquences majeures pour les

infirmières et infirmiers. D'abord, les soins à la population se déroulent de plus en plus dans un contexte extrahospitalier où l'aide et les ressources ne sont plus à portée de main. Par ailleurs, ce transfert des soins de l'hôpital vers le domicile signifie que les malades qui demeurent à l'hôpital sont dans un état qui nécessite des soins plus aigus et plus spécialisés qu'auparavant. Ces deux conséquences entraînent donc une complexification des soins et de la pratique infirmière (Direction de la santé publique, 1998).

De plus, l'entrée en vigueur de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, en 2003, a défini un champ de pratique plus élargi et de nouvelles compétences pour la profession infirmière au Québec. Cette loi constitue le quatrième catalyseur et reconnaît 17 activités professionnelles réservées aux infirmières depuis sa dernière révision en 2009. La nouvelle législation reconnaît clairement le jugement clinique infirmier pour évaluer la condition physique et mentale des malades, confirme la compétence des infirmières pour effectuer et ajuster les traitements médicaux et médicamenteux, accroît la marge décisionnelle et l'autonomie infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003). La capacité d'observer une situation clinique, de l'évaluer et de prendre une décision réfléchie dans le plus grand intérêt du patient ou de la patiente sont tous des éléments qui font ressortir l'importance du jugement clinique et d'une pensée critique¹ en soins infirmiers. Par le fait même, ils ont mené à un élargissement du champ de pratique de la profession infirmière.

Les quatre premiers catalyseurs ont tous contribué à la modification de la pratique des soins infirmiers. Par ailleurs, ces changements dans la pratique sont survenus à une période durant laquelle une importante pénurie de personnel s'est amorcée dans le domaine des soins infirmiers. Les données sur la pénurie d'infirmières, publiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

¹ Nous introduisons le concept de la pensée critique comme un élément de la problématique puisqu'il fait partie intégrante de celle-ci et du contexte de notre recherche. Toutefois, ce concept fera l'objet d'une analyse en profondeur dans le chapitre deux.

(2005), indiquent qu'elle était évaluée à 1 512 infirmières en 2003-2004 et qu'elle se poursuivra pour atteindre l'ordre de 17 100 infirmières dans quinze ans, soit au 31 mars 2020. Par ailleurs, « cela représente une amélioration substantielle par rapport à la prévision précédente qui laissait entrevoir une pénurie de 21 400 infirmières au 31 mars 2018 » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005, p.5). L'arrivée de la génération des « baby-boomers » à l'âge de la retraite, jumelée aux offres de retraites avantageuses du gouvernement du Québec, a incité plusieurs infirmières et infirmiers à prendre leur retraite parfois prématurément. Ces départs massifs, ainsi que d'autres facteurs ponctuels à la fin des années 90, ont créé non seulement une pénurie de personnel, mais également une perte d'expertise dans les unités de soins (Valois, 1999). Pour tenter de diminuer l'impact de la pénurie, l'organisation du travail a été repensée. Les infirmières et infirmiers auxiliaires, alors presque en voie d'extinction, ont été réintégrés aux équipes de soins. Le travail en équipe, le partage des responsabilités, la planification des épisodes de soins, l'évaluation des patients et la supervision des infirmières et infirmiers auxiliaires sont tous des rôles infirmiers qui ont pris de l'ampleur à la suite de la pénurie et de la réorganisation des soins. Ces nouveaux rôles nécessitent non seulement de nouvelles connaissances et des aptitudes relationnelles plus développées, mais ils requièrent également que l'infirmière et l'infirmier fassent preuve de jugement clinique.

1.2 La formation infirmière

La transformation de la pratique mentionnée précédemment a également eu un impact sur la formation infirmière. Qu'ils soient d'ordre collégial ou universitaire, les établissements d'enseignement ont dû s'adapter à ces nouvelles réalités. Au plan provincial, le programme de formation par compétences en soins infirmiers a été livré par le ministère de l'Éducation en février 2000. Une mise à jour ministérielle y fut apportée en 2003 à la suite de l'entrée en vigueur de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Au plan

local, le Cégep de Sainte-Foy a revu le plan de formation institutionnel en 2005, le devis local du programme a été révisé à trois reprises et la dernière révision a eu lieu en 2009 afin d'adapter le programme aux nouvelles réalités professionnelles et aux modifications ministérielles.

Pour sa part, le programme par compétences définit des intentions éducatives en formation spécifique.

Celles-ci servent de guide aux interventions auprès de l'étudiante ou de l'étudiant et touchent des dimensions significatives du développement professionnel et personnel qui ne font pas l'objet de formulations explicites relativement aux buts de la formation ou des objectifs et standards (Gouvernement du Québec, 2007, p.55).

Pour le programme Soins infirmiers, les huit intentions éducatives de la formation spécifique sont les suivantes :

1. Acquérir une vision holistique de la personne et du soin;
2. Développer une approche clinique individualisée, respectueuse de la personne;
3. Développer une pensée réflexive;
4. Développer un jugement clinique;
5. Développer la capacité de communiquer et d'interagir avec les personnes, les équipes de travail et les autres intervenantes et intervenants;
6. Développer la capacité d'adaptation aux personnes, aux différentes réalités, aux différentes situations et environnements de travail;
7. Développer une identité et un agir professionnel;
8. Développer le souci de parfaire et de maintenir ses compétences (Gouvernement du Québec, 2007, p.55).

Bien que le développement de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants ne soit pas mentionné dans les intentions éducatives, on remarque que plusieurs des intentions mentionnées y sont étroitement liées. Acquérir une vision globale de la personne pour ensuite proposer une approche individualisée basée sur le jugement clinique et utiliser la pensée réflexive nécessitent un niveau de développement de la pensée critique au-delà d'un seuil minimal. Dans le contexte de pratique actuel de la profession, proposer la bonne approche dans un cas particulier peut signifier proposer tout le contraire dans une situation à peine différente. Les

intentions éducatives font donc ressortir la nécessité de développer la pensée critique dans la formation des infirmières et des infirmiers de demain. Plusieurs liens sont possibles entre des composantes de la pensée critique et les intentions éducatives du programme, nous expliquerons plus en détail les composantes de la pensée critique dans le chapitre deux.

Au plan institutionnel, chaque établissement d'enseignement a développé son propre plan de formation institutionnel (PFI) à partir du devis ministériel du programme. Au Cégep de Sainte-Foy, le PFI définit les orientations locales du programme. On y mentionne l'intention de « rendre l'étudiante ou l'étudiant apte à intervenir adéquatement dans différentes situations de soins dans des contextes variés » (Cégep de Sainte-Foy, 2005, p.10) en favorisant le développement de qualités personnelles et professionnelles conformes aux orientations du projet éducatif du Cégep de Sainte-Foy et aux perspectives de l'exercice de la profession infirmière de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Idem). Parmi les qualités personnelles et professionnelles identifiées dans le PFI, on retrouve la pensée critique. Fait étonnant, on ne retrouve à aucun endroit la pensée critique parmi les 22 compétences spécifiques qui composent le programme de formation de niveau collégial en soins infirmiers. La pensée critique n'est mentionnée au PFI, que dans les attitudes personnelles et professionnelles à développer en cours de formation. Le PFI identifie les cinq indicateurs suivants pour la pensée critique :

1. Rassembler les éléments d'informations de la situation et du contexte;
2. Faire preuve de discernement en distinguant les informations pertinentes et non pertinentes;
3. Porter un jugement sur la situation;
4. Explorer les implications et les conséquences de certaines décisions;
5. Proposer des solutions concertées, imaginatives et appropriées aux situations.

Bien que l'on ne retrouve pas le développement de la pensée critique dans le libellé des différentes compétences qui composent le programme, on y reconnaît à tout le moins l'importance de la pensée critique dans les qualités personnelles et professionnelles à développer au cours de la formation.

Pour développer les qualités personnelles et professionnelles, dont la pensée critique chez les étudiantes et étudiants, le PFI du Cégep de Sainte-Foy détermine sept axes d'interventions. Parmi ces sept axes d'interventions, deux touchent le développement de la pensée critique par l'entremise des approches pédagogiques.

« Les approches pédagogiques prévoient des activités d'apprentissages variées faisant appel à des situations globales et intégrées. La résolution de ces situations nécessite chez l'étudiante et l'étudiant l'utilisation d'un ensemble d'habiletés d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social. (...) L'utilisation des situations d'apprentissages globales et intégrées vise la participation active de l'étudiant afin qu'il développe son sens critique et son jugement clinique » (Cégep de Sainte-Foy, 2005, p.12).

Le PFI reconnaît donc l'importance des stratégies pédagogiques pour développer la pensée critique² chez les étudiantes et étudiants et il laisse aussi entrevoir un lien entre le jugement clinique et la pensée critique, sans toutefois en faire une compétence à développer dans le programme.

Nous avons vu l'aspect macroscopique du programme Soins infirmiers, nous allons maintenant expliquer brièvement quelques particularités du programme au plan local. L'organisation des cours de la formation spécifique est faite de façon à amener les étudiantes et étudiants à acquérir des connaissances en lien avec les stages en milieu clinique qu'elles et ils devront effectuer durant la session (Cégep de Sainte-Foy, 2009a). De plus, les connaissances à acquérir sont de plus en plus complexes avec l'avancement dans le programme. Cependant, le contenu des cours est scellé de façon presque hermétique à l'intérieur de chacun de ceux-ci. Par exemple, l'anatomie et la physiologie du cœur sont enseignées dans un cours de biologie en première année, la pharmacologie des principaux médicaments utilisés en cardiologie est enseignée dans les cours de soins infirmiers de première année alors que les pathologies cardiaques sont enseignées dans les cours de soins infirmiers de

² Le PFI ne distingue pas les termes « sens critique » et « pensée critique », ces deux termes y sont employés pour référer aux mêmes concepts.

deuxième année et certaines méthodes de soins plus avancées qui sont utilisées pour le traitement sont enseignées en troisième année du programme. Les professeures et professeurs constatent que le manque de connaissances ou l'arrivée tardive de certaines connaissances font en sorte que les étudiantes et étudiants éprouvent des difficultés dans la résolution de problèmes et l'exercice du jugement clinique pendant les stages. Cela concorde avec la position de Phaneuf (2008) qui mentionne que :

[...] certains aspects théoriques doivent d'abord être abordés au cours de la formation. Ils doivent être complétés par des mises en situation et des exercices d'apprentissage par problème (*sic*) où l'étudiante doit analyser le contexte dans sa globalité biopsychosociale et spirituelle et proposer son jugement clinique. Cet apprentissage doit ensuite se parachever en stage avec des situations réelles. Il demande aussi le soutien d'une personne d'expérience pour en vérifier la pertinence. (Idem, p.5)

1.3 Les stages en milieu clinique

Maintenant que nous avons abordé le contexte global du programme Soins infirmiers, ses intentions pédagogiques ainsi que les qualités personnelles et professionnelles qu'il vise à développer chez les étudiantes et les étudiants, nous allons aborder le contexte de réalisation des stages en milieu clinique.

Au Cégep de Sainte-Foy, le programme Soins infirmiers comporte 2 805 heures de formation au total. De ce nombre, 2 145 heures sont consacrées à la formation spécifique à raison de 1 110 heures en classe ou en laboratoire et de 1 035 heures en stages dans les milieux cliniques (Cégep de Sainte-Foy, 2005)³. Cela signifie que près de la moitié de la formation spécifique se déroule à l'extérieur de la

³ Le ratio des heures de cours théoriques, laboratoires et stage en milieu clinique est demeuré le même après la révision du PFI en 2009. Toutefois, la répartition des contenus s'en est trouvée modifiée. Puisque notre projet de recherche s'est déroulé au même moment que l'implantation des changements effectués au PFI et au programme ont eu lieu, nous référons parfois à la version 2005 et parfois à la version 2009 du PFI afin de tenir compte de l'état d'avancement des travaux d'actualisation du programme au cours de notre recherche.

classe et des murs du collège. Il convient donc de préciser le contexte dans lequel se déroulent les stages afin de bien comprendre l'ensemble du contexte de formation.

Les stages en milieu clinique débutent dès la première année du programme lors de la seconde session. Chaque stage est associé à un cours spécifique et sa durée augmente en fonction de l'avancement dans le programme. En première année, le premier stage se déroule durant le cours *180-200-SF Soins infirmiers en médecine-chirurgie 1* et il comporte un total de 90 heures de stage réparties sur 11 jours alors qu'en session terminale, les derniers stages en médecine et en chirurgie comportent 210 heures et 195 heures réparties sur 26 et 24 jours respectivement.

Les stages en milieu clinique se déroulent dans diverses unités de soins et dans divers établissements de santé également. Durant le programme, les étudiantes et étudiants effectuent tous au moins un stage dans les spécialités suivantes : médecine, chirurgie, pédiatrie, obstétrique, perte d'autonomie et santé mentale. Cependant, les deux spécialités qui occupent le plus d'heures durant la formation sont la chirurgie et la médecine et il s'agit des deux spécialités les plus répandues dans la pratique professionnelle.

La composition des groupes de stage est effectuée par la ou le professeur occupant la fonction de coordination des stages. Cette personne détermine la composition des groupes de stage à partir d'une liste de critères comme le rendement scolaire des étudiantes et étudiants, leurs expériences cliniques antérieures, le cheminement scolaire et le profil dans lesquels le service du cheminement scolaire du collège a placé chaque étudiante et étudiant pour ne nommer que ceux-ci. De plus, les groupes sont composés avec le souci d'offrir à chaque étudiante et étudiant le maximum de variété en ce qui concerne les expériences cliniques. Chaque groupe est composé de six étudiantes ou étudiants et d'une ou d'un professeur qui supervisera le groupe durant toute la durée du stage. Il arrive à l'occasion, en raison de contraintes administratives et syndicales, qu'un groupe soit supervisé par deux professeurs ou

professeurs au cours d'un même stage. Lorsque cela se produit, les deux professeures ou professeurs devant assurer la supervision se rencontrent lors du transfert de supervision et lors de l'évaluation sommative des étudiantes et étudiants afin de s'assurer que l'évaluation est équitable et juste. Par ailleurs, chaque professeure ou professeur effectue la supervision d'au moins un groupe de stagiaires durant la session.

Encore une fois en raison de contraintes administratives, syndicales ou autres, plusieurs professeures ou professeurs effectuent de la supervision de stagiaires dans deux cours comportant des spécialités différentes. Par exemple, la supervision du premier groupe de stagiaires peut se dérouler dans le cadre du cours *Soins infirmiers chez une clientèle en perte d'autonomie* dans une unité de soins gériatriques et de réadaptation, alors que la seconde supervision peut se dérouler lors du cours *Soins infirmiers en santé mentale* dans une unité psychiatrique.

Au quotidien, la supervision du groupe de stagiaires s'effectue de façon directe. Contrairement à la plupart des autres programmes de la santé, la ou le professeur en soins infirmiers accompagne les étudiantes et étudiants chaque jour pendant les stages. Elle ou il divise son temps entre les six étudiantes et étudiants et les accompagne lors des soins à prodiguer aux patients et lors des autres tâches infirmières qui ne se déroulent pas auprès des patients. De plus, des périodes d'enseignement clinique⁴ sont prévues à l'horaire selon les besoins du groupe. La répartition des heures d'enseignement clinique durant le déroulement du stage est à la discrétion de la ou du professeur, mais la plupart du temps, l'enseignement clinique occupe l'équivalent d'une heure par jour de stage lors des premiers stages et cette proportion a tendance à se maintenir tout au long du programme. Les heures d'enseignement clinique peuvent être regroupées en bloc afin de permettre de revoir

⁴ Les périodes d'enseignement clinique servent à compléter et faire le pont entre l'enseignement en classe et les stages en milieu clinique. On y traite habituellement de situations survenues durant le stage pour lesquelles les notions théoriques vues en classe nécessitent un approfondissement.

ou approfondir certains sujets qui posent des difficultés aux étudiantes et étudiants selon les besoins du groupe.

Par ailleurs, bien que la ou le professeur effectuent une supervision directe en stage soit un élément facilitant pour donner de la rétroaction aux étudiantes et étudiants, le contexte dans lequel se déroulent les soins, par exemple le niveau d'urgence de certaines situations, fait parfois en sorte que les étudiantes et étudiants doivent accomplir des actes infirmiers sous la supervision de la ou du professeur, sans toutefois avoir le temps de prendre connaissance et de comprendre toutes les particularités de la situation. Bien que la ou le professeur tente de prévoir un moment pour revoir le déroulement de la situation avec l'étudiante et l'étudiant, il arrive que la charge de travail engendrée par la supervision de six étudiantes et étudiants, jumelée à la responsabilité des personnes malades dont ils ont la charge ne permette pas de le faire le jour même. Cela place donc une distance entre l'action, la rétroaction et la réflexion sur l'action.

En ce qui concerne l'évaluation des étudiantes et des étudiants durant les stages en milieu clinique, trois outils principaux sont utilisés. Le premier est une grille d'évaluation formative comportant 13 critères d'évaluation élaborés spécifiquement pour les stages en milieu clinique. Cette grille, présentée à l'annexe B, évalue différents aspects touchant des critères de performance associés aux compétences que les étudiantes et étudiants devront développer en stage clinique. Chaque critère comporte cinq niveaux. Les étudiantes et étudiants doivent s'autoévaluer à l'aide de la grille lorsque la moitié du stage est écoulée. Par la suite, la ou le professeur recueille les évaluations formatives et effectue sa propre évaluation. Enfin, elle ou il rencontre chaque stagiaire individuellement pour lui faire part de son évaluation et cibler des moyens à mettre en place pour corriger les lacunes avant la fin du stage. Par ailleurs, il nous apparaît important de mentionner que la même grille d'évaluation formative est utilisée pour tous les stages du programme.

Le second outil est une grille d'évaluation sommative qui est identique à la grille d'évaluation formative décrite précédemment, sauf qu'elle comporte une valeur numérique qui est attribuée pour chacun des cinq niveaux de maîtrise de chacun des critères. La grille d'évaluation sommative est présentée à l'annexe C. À la fin du stage, l'étudiante ou l'étudiant effectue une autoévaluation de sa performance en stage, qu'il remet ensuite à sa ou son professeur qui emploiera la même démarche que lors de l'évaluation formative effectuée au milieu du stage. Comme pour l'évaluation formative, la même grille critériée est utilisée comme outil d'évaluation pour tous les stages, quel que soit le niveau d'avancement dans le programme. Cependant, la valeur attribuée à chacun des critères de la grille varie en fonction des compétences à développer durant le stage et de l'avancement dans le programme. Par exemple, lors du stage clinique de troisième année en médecine, une valeur plus grande est accordée au critère qui évalue les techniques de soins que lors du stage en santé mentale. En effet, dans ce dernier, les aptitudes relationnelles et le niveau de maîtrise de la communication thérapeutique ont une plus grande valeur et influencent davantage le résultat final de l'étudiante ou l'étudiant que lors du stage en médecine.

Le troisième outil d'évaluation est constitué des divers travaux que les étudiantes et étudiants doivent réaliser dans le cadre des stages. Ces travaux varient d'un stage à l'autre en fonction des particularités du milieu de stage et des compétences à développer durant le stage. Certains travaux comme l'interprétation d'une situation clinique et l'analyse d'interaction sont présents à chaque stage, mais ils deviennent de plus en plus complexes au fur et à mesure que les étudiantes et étudiants avancent dans le programme. Par exemple, lors du premier stage, les étudiantes et étudiants doivent effectuer un examen clinique partiel du patient qui comprend l'évaluation des signes vitaux, l'état des téguments et les capacités de mobilisation de la personne. Durant les stages de troisième année, l'examen clinique est beaucoup plus approfondi, doit être complet pour plusieurs systèmes et comprend différents aspects de l'examen physique et mental de la personne ainsi que le recours à des outils spécialisés au besoin. La ou le professeur est présent avec l'étudiante ou

l'étudiant lors de la réalisation des soins et traitements, mais aussi lors de l'examen physique et elle ou il corrigera également un document écrit complété par l'étudiante ou l'étudiant. D'autres outils sont utilisés, comme le journal de bord qui vise à permettre aux étudiantes et étudiants de prendre du recul et porter une réflexion sur leurs actions. Enfin, d'autres activités pédagogiques comme la réalisation du plan thérapeutique infirmier (PTI)⁵ permettent au professeur d'évaluer plusieurs éléments contenus dans les évaluations formatives et sommatives, puisqu'il s'agit d'une tâche complexe qui fait appel à plusieurs habiletés tant intellectuelles, sociales que psychomotrices. Bien qu'aucune valeur numérique ne soit accordée pour les travaux de stage, ceux-ci permettent aux professeurs supervisant le stage d'avoir accès à une partie des processus cognitifs employés par les étudiantes et étudiants lors des interventions auprès des patients ou de leur planification. Par exemple, lors de l'analyse d'interactions, l'étudiante ou l'étudiant doit non seulement décrire et analyser un entretien de relation d'aide effectué auprès d'une patiente ou un patient, mais elle ou il doit également justifier le choix de ses interventions, analyser leur portée et proposer de nouvelles interventions qu'elle ou il croit plus adaptées aux besoins du patient selon le contexte de la situation analysée. Bien que seule l'évaluation sommative détermine une note pour chacun des critères d'évaluation, les travaux de stage permettent aux professeurs d'évaluer plus finement les étudiantes et étudiants. Puisque certains travaux de stage permettent d'extérioriser les processus de pensée et les éléments de la situation clinique dont a tenu compte l'étudiante ou l'étudiant pour formuler un jugement infirmier, ils pourraient également s'avérer utiles pour évaluer la pensée critique⁶.

⁵ PTI: Le plan thérapeutique infirmier « est déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du client, il dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins du client. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du client et qui portent notamment sur la surveillance clinique, les soins et les traitements ». (O.I.I.Q., 2006, p.7)

⁶ Nous développerons cet aspect plus en profondeur dans le chapitre 2.

1.4 Les caractéristiques de la clientèle étudiante

Chaque année, le programme Soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy attire à très grande majorité des étudiantes. Celles-ci constituent plus de 90 % de la clientèle du programme. Depuis 2003, environ 63 % des étudiantes proviennent du niveau secondaire après avoir complété un diplôme d'études secondaires (Cégep de Sainte-Foy, 2009b). Les autres étudiantes, dans une proportion de 37 %, s'inscrivent dans le programme après avoir amorcé ou complété une autre formation collégiale ou effectuent un retour aux études après avoir passé quelques années sur le marché du travail et s'inscrivent dans le but de réorienter leur carrière (Cégep de Sainte-Foy, 2009b). Le Cégep de Sainte-Foy a mis sur pied un programme intensif de diplôme d'études collégiales en soins infirmiers au secteur de la formation continue pour cette clientèle, mais pour diverses raisons, on retrouve toujours quelques-unes de ces étudiantes dans les classes du cheminement régulier.

Les étudiants de sexe masculin, bien que moins nombreux, possèdent en général les mêmes caractéristiques que la clientèle de sexe féminin.

2. LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

La plupart des auteurs, qu'ils soient issus du milieu académique ou clinique, reconnaissent que la pensée critique est essentielle pour assurer une pratique infirmière éclairée et sécuritaire (Angel, Duffey, et Belyea, 2000; Bittner et Tobin, 1998; Brunt, 2005b; Choquette et Legault, 2008; Kataoka-Yahiro et Saylor, 1994; Simpson et Courtney, 2002; Tanner, 2006). Cependant, bien que l'importance de la pensée critique soit reconnue autant par le corps professoral que par le personnel des unités de soins, aucun d'entre eux n'est en mesure de témoigner avec précision du

niveau de développement de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants à la fin du programme (Soukup, 1999). Plusieurs facteurs tels que l'absence de définition opérationnelle et commune de la pensée critique chez les professeurs, le manque de clarté des attentes en ce qui concerne le développement de la pensée critique des étudiantes et des étudiants, l'absence d'outils spécifiques pour évaluer le niveau de développement et la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants, certaines caractéristiques des étudiantes et étudiants ainsi que le cloisonnement des savoirs contribuent à cette difficulté. Nous allons maintenant expliquer ces facteurs plus en détail.

2.1 Premier élément : une définition imprécise de la pensée critique dans le programme Soins infirmiers

Le fait que la pensée critique ne soit pas définie de façon opérationnelle ni libellée sous forme de compétence à développer au cours du programme est un facteur important de la problématique. Bien qu'une définition sommaire soit proposée sous la rubrique des qualités personnelles et professionnelles à développer au cours du programme dans le PFI, aucun indicateur de performance ou d'attente précise n'est formulé. Ce manque de clarté contribue à créer des conceptions différentes de ce qu'est la pensée critique et comment elle se manifeste chez les étudiantes et étudiants entre les professeures et professeurs qui doivent les évaluer. Ces mêmes différences de conceptions ont également été observées chez les étudiantes et étudiants lorsqu'on les a interrogés durant l'évaluation du programme Soins infirmiers (Cégep de Sainte-Foy, 2009b). Ce manque de clarté à propos de la définition constitue le point central de la problématique.

2.2 Deuxième élément : un niveau de développement imprécis de la pensée critique dans le programme Soins infirmiers en contexte de stage

Le second aspect de la problématique est le manque de clarté des attentes en ce qui concerne le niveau de développement de la pensée critique visé par le programme. Dans ce cas également, l'absence de définition claire et opérationnelle de la pensée critique est en partie à la source de cet aspect, mais il est amplifié par le caractère trop général et imprécis des cinq indicateurs pouvant être reliés à la pensée critique identifiés dans le PFI. Ces cinq indicateurs n'étant pas détaillés, ils sont interprétés différemment par les professeurs du programme lors de l'évaluation des stages en milieu clinique (Cégep de Sainte-Foy, 2009b). De plus, l'absence de critères de performance pour chacun des cinq indicateurs présentés dans le PFI rend flou le niveau de développement attendu chez les étudiantes et étudiants, ce qui complexifie l'évaluation de la pensée critique durant les stages en milieu clinique. Ces indicateurs étant trop vagues, des différences de conception surviennent chez le corps professoral ainsi que chez les étudiantes et étudiants. Les professeurs éprouvent de la difficulté à déterminer un niveau minimal d'atteinte et à le définir. Cela entraîne alors des différences quant aux exigences et à l'évaluation en stage. Cet aspect a d'ailleurs été souligné autant par le corps professoral que par les étudiantes et étudiants lors de l'évaluation institutionnelle du programme Soins infirmiers (Cégep de Sainte-Foy, 2009b).

En ce qui concerne les étudiantes et étudiants, la difficulté se situe aussi au plan de la conception de la pensée critique. Elles et ils doivent également composer avec des attentes de développement de la pensée critique qui varient en fonction de la personne qui supervise leur stage. Cela est pénible pour eux, puisqu'ils doivent constamment s'adapter à des exigences différentes d'un stage à l'autre et parfois durant un même stage lorsque deux professeurs se partagent l'évaluation.

2.3 Troisième élément : l'absence d'un outil d'évaluation de la pensée critique propre aux soins infirmiers en contexte de stage

L'absence d'outils spécifiques pour évaluer le niveau de développement et la mobilisation de la pensée critique constitue le troisième élément de la problématique. Les outils d'évaluation pour les stages en milieu clinique dont dispose la ou le professeur ne comportent aucun critère spécifique en lien avec l'évaluation de la pensée critique. Ces critères sont souvent sous-entendus derrière d'autres éléments de la grille. Rappelons que le PFI identifie cinq indicateurs de la pensée critique. À titre d'exemple, un des indicateurs est le suivant : « rassembler les éléments d'informations de la situation et du contexte » (Cégep de Sainte-Foy, 2005, p.11). Or, la grille d'évaluation des stages en milieu clinique ne comporte pas de critères pour évaluer spécifiquement cet indicateur. On retrouve plus d'un critère dans la grille d'évaluation des stages qui réfèrent à celui-ci. À titre d'exemple, voici quelques critères qui nécessitent que l'étudiante ou l'étudiant rassemble des éléments d'information de la situation et du contexte :

- Élément I : Qualité de l'information recueillie en vue d'assurer la continuité des soins;
- Élément II : Rigueur de l'évaluation de la personne, de façon complète et méthodique;
- Élément III : Rigueur de la surveillance clinique;
- Élément X : Qualité de l'information et de l'enseignement.

Dans ce cas également, nous constatons, en discutant avec les membres du corps professoral, que l'interprétation de la grille d'évaluation sommative varie entre les professeurs. « L'interprétation de cette grille varierait entre les professeurs. Les étudiantes corroborent le constat des professeurs » (Cégep de Sainte-Foy, 2009b, p.74). Cela amène donc des différences notables entre les professeurs concernant l'évaluation de la pensée critique pendant les stages en milieu clinique. Lorsque l'on interroge les membres du corps professoral au sujet du développement de la pensée

critique, plusieurs répondent observer une amélioration chez les étudiantes et étudiants entre le début et la fin du stage, mais ils sont incapables de la quantifier, voire de la qualifier, de l'évaluer ou de la situer en fonction de niveaux de développement. Il est donc difficile pour eux d'objectiver leurs perceptions.

2.4 Quatrième élément : les caractéristiques des étudiantes et étudiants inscrits dans le programme Soins infirmiers

Les caractéristiques des étudiantes et étudiants constituent le quatrième élément de la problématique. Le fait qu'une majorité d'étudiantes et étudiants proviennent du secondaire signifie qu'ils ont en moyenne 17 ou 18 ans à leur entrée dans le programme. Cette caractéristique est importante par rapport au développement de la pensée critique, puisque cela signifie que la plupart ont peu d'expérience sur le marché du travail et des connaissances générales moins développées que les étudiantes et étudiants plus âgés qui s'inscrivent en soins infirmiers après un changement de programme ou un retour aux études. Or, plusieurs auteurs (Bittner et Tobin, 1998; Callister, Matsumura, Lookinland, Mangum, et Loucks, 2005; Kataoka-Yahiro et Saylor, 1994; Martin, 2002) affirment que les connaissances des étudiantes et étudiants sont un des éléments centraux qui influencent le développement et la mobilisation de la pensée critique chez ces derniers. De façon générale, on constate un lien entre le niveau de connaissances des étudiantes et étudiants et le niveau de développement de la pensée critique qu'elles et ils peuvent atteindre (Simpson et Courtney, 2002).

Pour certaines étudiantes et certains étudiants, cela se traduit également par une moins grande maturité et une perception différente de l'importance des études. Pour plusieurs étudiantes et étudiants en provenance du secondaire, les études n'occupent pas la place centrale et sont perçues comme un passage obligé pour atteindre l'étape du marché du travail. Les étudiantes et étudiants plus vieux, quant à

eux, perçoivent plutôt les études comme un nouveau départ et ont davantage tendance à en faire une priorité. Ces différences de perceptions et de maturité pourraient expliquer certaines différences dans les comportements et attitudes en stage. Les plus jeunes n'ayant pas toujours pleinement conscience des conséquences que peuvent avoir leurs actes, ils sont souvent plus « fonceurs » et veulent parfois agir trop vite. Les plus âgés semblent avoir davantage conscience des conséquences et être plus portés à se questionner sur les impacts de leurs gestes, ils semblent plus craintifs devant la possibilité de faire une erreur, ce qui les pousse à se questionner davantage. Lorsque les groupes de stagiaires sont composés des étudiantes et étudiants des deux groupes, la ou le professeur doit composer avec les effets de cette hétérogénéité et constamment s'adapter.

Par ailleurs, qu'ils soient en provenance du secondaire ou non, une chose est commune à la majorité des étudiantes et étudiants, à savoir que leur conception du rôle professionnel de l'infirmière est souvent incomplète. Pour plusieurs, le rôle infirmier se résume à prodiguer des soins aux patientes et patients. Bien que cela soit un des éléments centraux, il demeure qu'avec les transformations du champ d'exercice survenues depuis les années 90, cette partie du rôle a beaucoup diminué pour faire place à de nouvelles tâches et de plus grandes responsabilités. La reconnaissance des 17 actes réservés à l'infirmière, le développement de nouveaux champs d'exercice et la grande latitude décisionnelle dont jouissent les infirmières et infirmiers d'aujourd'hui, pour ne nommer que ceux-ci, sont tous des éléments qui s'ajoutent aux soins à prodiguer aux patientes et patients. En stage, cette conception incomplète du rôle de l'infirmière chez les étudiantes et étudiants fait en sorte que certains croient avoir terminé toutes leurs tâches infirmières une fois qu'ils ont prodigué les soins prévus. Dans les cas extrêmes, la ou le professeur doit parvenir à faire en sorte que l'étudiante ou l'étudiant déconstruise cette fausse perception du rôle de l'infirmière avant de pouvoir aller plus loin. Il devient alors beaucoup plus difficile de les pousser à développer leur pensée critique, puisque ceux-ci ne se perçoivent que comme des exécutants d'une prescription médicale et n'ont pas conscience de

l'autonomie dont elles et ils jouissent en tant que professionnels de la santé et de la réflexivité que cela exige. Ils n'ont pas encore connaissance de tout l'éventail des tâches, de leur complexité et des responsabilités infirmières dont elles et ils sont responsables. Cela nous porte à croire que puisque ces étudiantes et étudiants n'ont pas conscience des tâches qui leur demandent d'utiliser la pensée critique, ils ne perçoivent pas l'importance de la développer.

2.5 Cinquième élément : le cloisonnement des savoirs

Le cinquième élément de la problématique est le cloisonnement des savoirs occasionné par la structure du programme et les stratégies pédagogiques utilisées dans les cours. L'organisation actuelle du programme sous forme de cours touchant une seule matière à la fois fait en sorte que les étudiantes et étudiants ont de la difficulté à utiliser les connaissances acquises en classe lors des stages en milieu clinique et à y référer. On constate que les connaissances sont souvent acquises lorsqu'on questionne directement les étudiantes et étudiants à propos d'un sujet précis. Cependant, elles et ils ont souvent de la difficulté à y référer dans des contextes professionnels où il est nécessaire de les utiliser simultanément plutôt que séparément. Relier les connaissances de biologie, de physiologie, de pharmacologie à celles des soins infirmiers afin de résoudre une situation complexe en stage devient très difficile pour les étudiantes et étudiants lorsque ces connaissances ont été enseignées séparément dans des cours différents. On constate donc qu'il est difficile pour les étudiantes et étudiants de relier et mobiliser efficacement des connaissances en situations authentiques et complexes.

Cela devient une difficulté encore plus grande lorsque la situation présente un niveau d'urgence élevé et que la situation ne permet pas à l'étudiante ou l'étudiant

de prendre un instant de réflexion avant l'action. Les étudiantes et étudiants ont alors beaucoup de difficulté à relier les connaissances entre elles, même en troisième année du programme, et cela se traduit par une difficulté à bien évaluer la situation clinique, à proposer des solutions appropriées à la situation et à évaluer les résultats de leurs actions pendant les stages en milieu clinique. La mobilisation de la pensée critique devient alors plus difficile, puisque certaines étudiantes ou certains étudiants sont incapables de faire suffisamment de liens entre les connaissances antérieures pour y parvenir. Dans cette situation, il faut donc bénéficier de l'espace-temps après les événements pour revoir la situation avec l'étudiante ou l'étudiant dans le but de lui permettre de prendre le temps nécessaire pour analyser la situation, chercher les éléments d'informations manquants et revoir ses actions tant mentales que physiques afin de poser un regard critique sur sa performance et ce n'est qu'alors que le développement ou la mobilisation de la pensée critique peut se produire. En effet, sans ce retour sur sa performance, l'étudiante ou l'étudiant n'aura pas l'occasion d'analyser ni d'évaluer ses actions de sorte que les apprentissages qu'elle ou il pourrait faire à partir de la situation clinique seront limités et elle ou il ne pourra pas, au besoin, modifier ses actions à la lumière de cette analyse.

Il nous apparaît important de mentionner qu'à la suite de l'évaluation locale du programme Soins infirmiers qui s'est achevée en 2009, les membres du Département de soins infirmiers ont mis en place divers comités dont les mandats sont de revoir et modifier le cursus de formation afin de faciliter l'arrimage entre les contenus de cours et éviter un cloisonnement des savoirs à l'intérieur d'un seul cours en plus d'effectuer une révision complète du programme et des pratiques pédagogiques et évaluatives. Cela permettra de revoir l'organisation des contenus à l'intérieur des cours dans le but de décroisonner les savoirs.

3. LE PROBLÈME SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE

La présentation de la problématique nous a permis de constater la présence d'importantes difficultés en lien avec l'évaluation de la mobilisation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers. Comme nous l'avons mentionné à la section précédente, ces difficultés relèvent du fait que la définition de la pensée critique et le niveau de développement attendu chez les étudiantes et étudiants ne sont pas définis de façon assez claire. En conséquence, nous allons proposer, à partir de la recension des écrits et des données recueillies auprès des professeures et professeurs à l'aide d'un questionnaire et d'entrevues semi-dirigées, un modèle conceptuel de la pensée critique élaboré spécifiquement pour les soins infirmiers. Cela permettra de rendre plus explicite la définition de la pensée critique dans ce contexte, de préciser le niveau de développement souhaité à la fin du programme et de permettre une conception de la pensée critique plus homogène au sein du corps professoral.

De plus, l'absence d'un outil d'évaluation propre aux soins infirmiers constitue une autre difficulté majeure que nous avons recensée. Nous souhaitons créer un outil d'évaluation qui proposera aux professeurs du programme Soins infirmiers des indicateurs de performance descriptifs et observables dans le cadre des stages en milieu clinique. Cela permettra une évaluation plus objective et spécifique au cours du programme, tout en permettant une plus grande équité, c'est-à-dire en assurant une moins grande disparité dans l'évaluation de la pensée critique chez les étudiantes ou étudiants.

Nous avons également expliqué comment le cloisonnement des savoirs rend difficiles l'enseignement et le développement de la pensée critique durant les stages en milieu clinique. Nous sommes d'avis que les stratégies pédagogiques employées par la ou le professeur supervisant le stage peuvent atténuer ces difficultés. L'utilisation de stratégies pédagogiques complexes et intégratrices qui nécessiteront

la mobilisation, non seulement des connaissances, mais également des attitudes et des habiletés psychomotrices acquises dans différents cours du programme pourraient permettre aux étudiantes et étudiants de briser le cloisonnement de celles-ci. De plus, des activités pédagogiques qui font en sorte que l'étudiante ou l'étudiant doit porter un regard réflexif sur ses actions et qui font appel à la métacognition devraient permettre un meilleur questionnement chez ceux-ci, un apprentissage plus en profondeur et plus durable, ce qui devrait favoriser le développement et la mobilisation de la pensée critique en augmentant le niveau de connaissances des étudiantes et étudiants. En lien avec ces activités pédagogiques, nous croyons pertinent de mentionner que les stages en milieu clinique s'apparentent à une stratégie pédagogique valorisée par le Département de soins infirmiers, soit l'apprentissage par problèmes (APP). En plaçant les étudiantes et étudiants devant des situations complexes et authentiques dans lesquelles les étudiantes et étudiants doivent déterminer des interventions infirmières, l'APP peut favoriser la mobilisation et le développement de la pensée critique. Puisque le contexte des stages est en quelque sorte une forme appliquée de l'APP qui permet à l'étudiante et l'étudiant d'aller encore plus loin en leur permettant d'agir auprès de personnes malades, les stages en milieu clinique devraient permettre aux professeures et professeurs d'observer des indicateurs de la pensée critique et de relever des données pertinentes pour notre recherche.

Enfin, la conception incomplète de la fonction infirmière est, elle aussi, un facteur qui contribue à rendre difficile le développement de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants pendant les stages en milieux cliniques. Nous sommes d'avis qu'une meilleure définition de la pensée critique et des attentes envers le développement de celle-ci durant le programme permettront d'agir positivement sur cette difficulté. En effet, il nous apparaît plausible de croire que si nous parvenons à mieux faire comprendre la globalité du rôle infirmier, ses fonctions et l'importance de la pensée critique dans la pratique professionnelle aux étudiantes et étudiants, cela sera un levier important pour favoriser son développement chez les étudiantes et

étudiants. Bien que nous ne toucherons pas directement à cet aspect dans le cadre de cette recherche, puisque nous nous concentrerons sur les stages en milieu clinique, il nous apparaît important de mentionner qu'il faudra également agir sur cette perception lors des cours théoriques et des laboratoires tout au long du programme afin de permettre aux étudiantes et étudiants d'avoir une meilleure représentation des tâches infirmières avant l'arrivée en stage.

4. LA QUESTION GÉNÉRALE ET LES OBJECTIFS DE L'ESSAI

À la lumière de la problématique et du problème de recherche, nous constatons que l'évaluation de la pensée critique en soins infirmiers ne constitue pas une tâche simple. L'absence de définition et d'indicateurs de la pensée critique clairement définis, l'absence d'un outil d'évaluation de la pensée critique propre aux stages en soins infirmiers et une conception déficiente du rôle infirmier chez les étudiantes et étudiants représentent les éléments sur lesquels il faudra agir pour favoriser le développement et la mobilisation de la pensée critique en cours de formation pendant les stages en milieux cliniques.

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi d'élaborer et de valider un outil afin d'évaluer la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy, et ce, durant les stages en milieu clinique. Nous avons fait ce choix puisqu'il nous apparaît primordial de connaître l'état actuel du développement de la pensée critique des étudiantes et étudiants, puisque cette information nous est inconnue présentement et pourtant essentielle. Il nous apparaît souhaitable de déterminer le développement actuel de la pensée critique des étudiantes et étudiants avant d'agir sur les facteurs pouvant influencer son développement. En procédant ainsi, nous pourrions non seulement déterminer plus

précisément le niveau de développement de la pensée critique aujourd'hui, mais nous pourrions également réutiliser l'outil d'évaluation que nous avons construit pour évaluer l'impact des changements que le Département des soins infirmiers propose de mettre en place pour favoriser le développement de la pensée critique des étudiantes et étudiants à la suite de l'évaluation du programme amorcée en 2007. Nous pourrions alors comparer ces données à la suite de l'actualisation du programme et de son implantation à l'ensemble du programme de formation qui devrait se terminer à la session d'hiver 2014.

Cela nous amène à formuler la question centrale de recherche suivante : quel outil permettra d'évaluer la pensée critique pendant les stages cliniques en soins infirmiers? En lien avec la question centrale de recherche, nous avons formulé les deux objectifs de recherche suivants :

1. Concevoir un outil d'évaluation de la pensée critique propre aux stages en soins infirmiers en collaboration avec les membres du Département de soins infirmiers⁷;
2. Valider l'outil d'évaluation de la pensée critique.

Notre démarche comportera deux phases. La première consistera à définir les concepts de la pensée critique dans le programme Soins infirmiers. En ayant une définition claire et à visée opérationnelle de la pensée critique et de ses indicateurs, nous serons en mesure d'amorcer la seconde phase. Cette dernière permettra de développer un outil d'évaluation adapté aux besoins des professeurs du Département de soins infirmiers pour évaluer la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers et de le mettre à l'essai.

⁷ Nous expliquons en détail la nécessité de travailler en collaboration avec les membres du Département de soins infirmiers au chapitre 3, notamment pour le choix de l'outil et des indicateurs de la pensée critique.

Puisque nous avons choisi de créer un outil pour évaluer la mobilisation de la pensée critique en stage, le type de recherche le plus approprié nous semble être la recherche collaborative de type développement. Nous expliquerons plus en détail les bases décisionnelles de nos choix méthodologiques dans le chapitre trois.

DEUXIÈME CHAPITRE

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans ce chapitre, nous présentons le cadre de référence qui a guidé notre recherche. Dans la première partie, nous traitons du cadre conceptuel de la pensée critique que nous avons choisi pour orienter nos travaux. Plus précisément, nous discutons de quelques modèles de la pensée critique issus des sciences de l'éducation et de la philosophie puisqu'ils ont grandement influencé les modèles développés pour les soins infirmiers. Par la suite, nous abordons quelques modèles conceptuels issus du domaine des sciences infirmières. Ce processus nous permettra de produire une définition opérationnelle de la pensée critique en soins infirmiers qui servira de base à la création de l'outil d'évaluation que nous souhaitons produire dans le cadre de cette recherche. De plus, nous discutons des tests standardisés d'évaluation de la pensée critique qui sont offerts actuellement et de leurs limites dans un contexte de soins infirmiers et des stages en milieu clinique. Enfin, nous faisons valoir l'importance d'utiliser un outil spécifique à la discipline pour évaluer la pensée critique en soins infirmiers.

1. MODÈLES CONCEPTUELS DE LA PENSÉE CRITIQUE ISSUS DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA PHILOSOPHIE

Les origines de la pensée critique remontent à l'Antiquité et au philosophe Socrate qui a développé la maïeutique qui se définit comme une technique qui consiste à poser des questions en mesure d'amener l'autre à faire les démarches mentales nécessaires pour ébranler ses convictions et à construire des alternatives (Billouet, 2009). Cependant, on attribue les origines de la conception moderne de la

pensée critique à John Dewey et ses écrits sur la pensée réflexive qu'il a définie comme « l'examen continu, actif et attentif de toutes croyances ou formes supposées de la connaissance à la lumière des motifs qui la soutiennent et des conclusions vers lesquelles elle tend » (Traduction libre, Dewey, 1933, p.6). Depuis les écrits de Dewey, la pensée critique a de nouveau occupé une place importante aux yeux des pédagogues et des philosophes. De multiples auteurs se sont penchés sur la pensée critique et plusieurs modèles conceptuels et définitions ont vu le jour. Nous allons maintenant aborder quelques-uns de ces modèles et définitions.

1.1 Le modèle de Robert Ennis

La première conception de la pensée critique qui retient notre attention est celle de Robert Ennis puisqu'il est un auteur reconnu, que son modèle est souvent cité dans la littérature sur la pensée critique et que plusieurs auteurs en soins infirmiers s'en sont inspirés pour élaborer leur propre modèle. Cet auteur définit la pensée critique comme suit : « *Critical thinking is reflective and reasonable thinking that is focused on deciding what to believe or do* » (Ennis, 1985). Cette définition a été traduite en français par Boisvert (2000) de la façon suivante : « La pensée critique est une pensée raisonnable et réflexive orientée vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire » (p.603). À partir des travaux de Norris et Ennis (1989), Boisvert (1996, 2000) a également défini les termes clés de cette définition. La « pensée réflexive » désigne la conscience manifeste dans la recherche et l'utilisation des raisons valables. La « pensée raisonnable » signifie une pensée qui se base sur des raisons acceptables pour arriver à des conclusions logiques dans les affirmations ou les actions. Le terme « orientée » évoque l'idée d'une activité dirigée consciemment vers un but, c'est-à-dire qui ne survient pas par accident ou sans raison. « Vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire » souligne que la pensée critique peut évaluer aussi bien des énoncés (ce que nous croyons) que des actions (ce que nous faisons).

De plus, Ennis a défini quatorze attitudes et douze habiletés⁸ propres à la pensée critique pour décrire la personne qui fait preuve de pensée critique. À l’instar de Gagnon et Sasseville (2007), nous sommes d’avis qu’il n’existe pas d’habiletés propres à la pensée critique. En effet, nous croyons que les habiletés de la pensée critique sont déterminées par le contexte de la situation. Nous présentons tout de même les habiletés et attitudes identifiées par Ennis dans le tableau 1 afin de présenter un portrait juste du modèle.

Tableau 1 :
Liste abrégée des habiletés et attitudes de la pensée critique selon Ennis (1985)

Habiletés de la pensée critique	Attitudes de la pensée critique
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se centrer sur une question; 2. Analyser des arguments; 3. Poser des questions de clarification; 4. Définir les termes et juger les définitions; 5. Identifier les présupposés; 6. Juger la crédibilité d’une source; 7. Observer et juger les rapports d’observation; 8. Déduire et juger les déductions; 9. Induire et juger les inductions; 10. Élaborer des jugements de valeur; 11. Suivre les étapes du processus de décision; 12. Présenter une argumentation aux autres, oralement ou par écrit. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chercher un énoncé clair du problème; 2. Chercher des raisons; 3. Essayer d’être bien informé; 4. Utiliser et mentionner des sources crédibles; 5. Tenir compte de la situation globale; 6. Essayer de rester rattaché au sujet principal; 7. Garder à l’esprit la préoccupation initiale; 8. Considérer des alternatives; 9. Avoir l’esprit ouvert; 10. Prendre position quand les raisons sont suffisantes pour le faire; 11. Avoir autant de précision que le sujet le permet; 12. Procéder d’une manière ordonnée avec les parties d’un tout complexe; 13. Utiliser ses capacités de pensée critique; 14. Être sensible aux sentiments, niveau de connaissance et degré de complexité des autres.

Source : Boisvert (1996, p.34.)

⁸ Dans le texte original en anglais, Ennis a employé le terme *abilities*. Il est parfois traduit en français par le terme capacités et d’autres fois par le terme habiletés. Boisvert (1997), Choquette et Legault (2008) ainsi que Lechasseur (2009) utilisent le terme habiletés alors que Boisvert (1996, 2000, 2002, 2005) utilise le terme capacités. Dans le souci de ne pas confondre le lecteur, nous employons uniquement le terme habiletés qui nous semble plus répandu.

1.2 Le modèle de Richard Paul et Linda Elder

Les seconds auteurs que nous avons retenus sont Richard Paul et Linda Elder. Ceux-ci définissent la pensée critique comme l'art d'analyser et d'évaluer la pensée en vue de l'améliorer (Paul et Elder, 2008). Cela nécessite donc de penser sur ses propres processus de pensée, afin d'en détecter les failles et d'être en mesure d'y apporter des correctifs au besoin.

À partir de cette définition, Paul et Elder ont défini diverses habiletés du penseur critique. Le penseur critique est capable de :

- soulever des questions et des problèmes, les formuler clairement et avec précision.
- rassembler et évaluer l'information pertinente en usant des idées abstraites afin de l'interpréter effectivement.
- arriver à des conclusions et des solutions bien raisonnées, en les mettant à l'épreuve contre des normes (*sic*) et des critères pertinents.
- penser avec un esprit ouvert selon les systèmes alternatifs de la pensée, en reconnaissant et évaluant, le cas échéant (*sic*), leurs suppositions, leurs implications et leurs conséquences pratiques.
- communiquer effectivement (*sic*) avec les autres en déterminant les solutions à des problèmes complexes. (Paul et Elder, 2008, p.4.)

Les habiletés identifiées par Paul et Elder (2008) permettent de faire le lien avec certaines tâches que l'infirmière et l'infirmier doivent accomplir dans la pratique professionnelle. Par exemple, recueillir les données considérées pertinentes relatives à une situation de soins afin de prendre la meilleure décision possible en ce qui a trait aux soins à prodiguer à une ou un patient dans un contexte précis. Il est facile de faire le lien avec les capacités identifiées par Paul et Elder (2008), puisque l'infirmière et l'infirmier devront rassembler et évaluer l'information pertinente pour ensuite

déterminer les solutions possibles et choisir celle qui est la plus appropriée en tenant compte du contexte de la situation de soins.

De plus, Paul et Elder (2008) ont identifié dix critères ou normes intellectuelles⁹ qui vont guider la personne dans le processus de pensée critique. Ces critères sont appliqués aux éléments du raisonnement afin de développer des traits intellectuels qui sont fondamentaux dans l'exercice d'une pensée critique. La synthèse de ce processus est présentée à la figure 1.

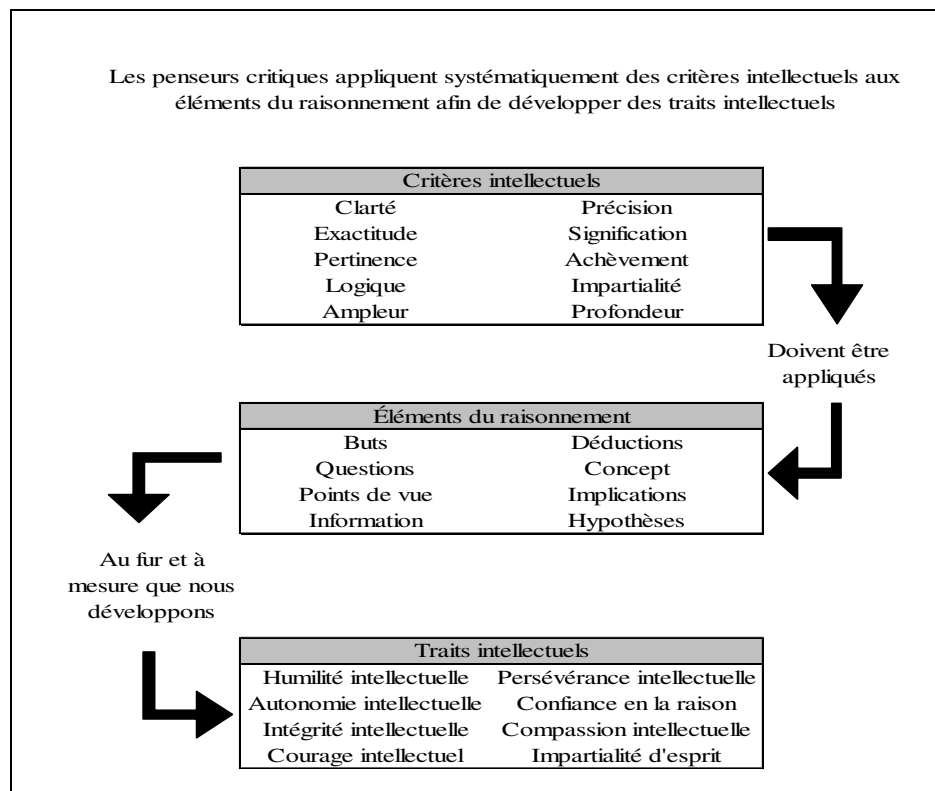


Figure 1 : Processus de la pensée critique selon le modèle de Richard Paul et Linda Elder (2008)

Source : Paul et Elder (2008)

⁹ Dans la version originale anglaise, l'auteur utilise le terme *intellectual standards*. Ce terme a parfois été traduit par l'expression normes intellectuelles (Foundation For Critical Thinking, 2002) alors que d'autres auteurs utilisent l'expression critères intellectuels (Paul et Elder, 2008).

L'analyse des définitions de la pensée critique et des modèles de celle-ci aurait pu constituer l'objectif central de cette recherche considérant le nombre de publications et d'auteurs qui se sont penchés sur le sujet. Nous avons choisi de discuter des modèles de Ennis et de Paul et Elder puisqu'il s'agit de deux auteurs qui ont grandement influencé la pensée critique tel que nous la connaissons aujourd'hui. De plus, les travaux de ces deux auteurs ont eu une influence sur la prochaine définition de la pensée critique que nous allons présenter (Simpson et Courtney, 2002), la définition proposée par *l'American Philosophical Association*.

1.3 Le modèle de l'American Philosophical Association

Vers la fin des années quatre-vingt, l'association américaine de philosophie a mandaté Peter A. Facione¹⁰, un philosophe alors connu pour ses travaux sur la pensée critique, afin qu'il recrute plusieurs experts issus de disciplines variées dans le but de former un comité qui devait en arriver à un consensus sur ce qu'est la pensée critique et sa définition. Ce comité fut nommé le *Delphi Project* et a produit le *Delphi Report* qui donna naissance à une définition de la pensée critique consensuelle entre les experts recrutés par P. A. Facione (1990) et approuvée par *l'American Philosophical Association* en 1990. Nous présentons cette définition puisqu'il s'agit de celle qui est la plus souvent citée dans les écrits sur la pensée critique en soins infirmiers (Turner, 2005). Voici donc la traduction libre de la définition de la pensée critique, proposée par Lechasseur (2009), à partir de la définition contenue dans le *Delphi Report* :

Nous concevons la pensée critique comme étant un jugement intentionnel et autorégulateur résultant en interprétation, analyse, évaluation et inférence de même qu'en explication d'évidences et de considérations conceptuelles, méthodologiques, critériées, logiques ou contextuelles sur lesquels se base le jugement. (...) Le penseur

¹⁰ Nous n'avons pas présenté les travaux antérieurs de Facione sur la pensée critique puisque l'essentiel de ceux-ci a été repris dans le *Delphi Report*.

critique idéal est habituellement curieux, bien informé, confiant en la raison, ouvert d'esprit, flexible, équitable dans l'évaluation, honnête face aux biais personnels, prudent dans la formulation de jugements, disposé à reconsidérer, lucide ou a les idées claires quant aux problématiques, méthodique face aux problèmes complexes, minutieux dans la recherche d'informations pertinentes, raisonnable dans la sélection de critères, centré vers l'obtention de nouvelles informations et persévérant dans la recherche de résultats qui sont aussi précis que le permet le sujet et les circonstances. (Lechasseur, 2009, p.76.)

Le point commun de ces trois définitions est qu'elles proposent toutes une dimension cognitive et une dimension affective de la pensée critique. La dimension cognitive comporte des habiletés ou capacités qui sont reliées à l'action et à l'exercice de la pensée critique. Pensons ici aux actions d'évaluer, analyser et interpréter pour ne nommer que celles-ci. Pour sa part, la dimension affective de la pensée critique repose sur des dispositions ou attitudes critiques (Choquette et Legault, 2008) comme : l'ouverture d'esprit, la curiosité intellectuelle et l'autocorrection.

Ces définitions de la pensée critique situent la personne dans un cycle qui alterne entre l'analyse et l'action. Celle-ci doit d'abord prendre connaissance du problème, faire l'éventail des solutions possibles et de leurs conséquences, c'est la phase d'analyse, pour ensuite concevoir une solution et intervenir dans le but de le résoudre, ce qui correspond à la phase active. Cette perspective réfère à une approche étape par étape de la pensée critique, ce qui nous semble être une approche réductrice qui présente la pensée critique comme un processus semblable à une démarche de résolution de problème de type algorithmique alors que celle-ci nous apparaît beaucoup plus complexe.

Ces définitions de la pensée critique, bien qu'elles soient inclusives, sont toutefois difficiles à opérationnaliser dans un contexte disciplinaire de soins infirmiers puisqu'elles ont été élaborées pour le monde de l'éducation ou de la philosophie et ne tiennent généralement pas compte du contexte professionnel

particulier aux soins infirmiers. Il est donc difficile de les appliquer intégralement au contexte du milieu clinique et du jugement infirmier qui est au cœur de la profession infirmière, ce qui nécessite une certaine adaptation contextuelle.

2. DÉFINITIONS DE LA PENSÉE CRITIQUE ISSUES DES SOINS INFIRMIERS

À partir des définitions issues du domaine de l'éducation et de la philosophie, des définitions de la pensée critique plus spécifiques au domaine des soins infirmiers ont vu le jour. La littérature traitant de la pensée critique dans la pratique disciplinaire et en milieu académique est relativement peu abondante et ne propose pas de consensus sur son utilisation dans la pratique tant disciplinaire que scolaire (Brunt, 2005a). En effet, le concept de la pensée critique en soins infirmiers est relativement nouveau dans la littérature disciplinaire (Simpson et Courtney, 2002).

2.1 Le modèle de Facione et Facione

Facione et Facione (1996a) proposent une définition de la pensée critique qui, selon eux, serait applicable aux diverses disciplines des sciences de la santé et des sciences humaines. Sans être spécifique aux soins infirmiers, cette définition tient à la fois compte du contexte professionnel et des sciences de la santé. Par conséquent, elle se rapproche davantage du contexte des soins infirmiers que celles présentées précédemment sans y être entièrement spécifique. Selon ces auteurs, la pensée critique :

est une forme de raisonnement de haut niveau utilisée dans le but de produire un jugement professionnel dans des situations

complexes, souvent nouvelles et dont les enjeux sont grands à l'intérieur d'un espace-temps défini (Traduction libre, Facione et Facione, 1996a, p.41.).

Pour ces auteurs, la pensée critique se manifeste à l'intérieur du jugement professionnel, ce qui fait ressortir l'importance du contexte. En effet, en soins infirmiers, chaque situation professionnelle est unique et influencée par une multitude de facteurs qui lui sont propres. Par exemple, les personnes, leurs antécédents de santé, les lieux physiques, la maladie, la douleur et l'environnement social sont tous des éléments d'une situation professionnelle avec lesquels l'infirmière ou l'infirmier doit composer et qui vont différer d'une situation à l'autre. Deux personnes souffrant d'une même maladie pourraient avoir des symptômes différents et vivre leur maladie de façon différente.

Pour Facione et Facione (1996a), le jugement professionnel se développe avec l'acquisition de nouvelles connaissances et à partir de l'évaluation et l'analyse réflexive de sa propre pratique. Encore une fois, la métacognition est la clé qui permet le développement du jugement professionnel et de la pensée critique (Facione et Facione, 1996b). Bien que ces auteurs proposent une définition plutôt générale et peu spécifique aux soins infirmiers, on constate que le contexte et l'expérience occupent une place centrale dans le développement du jugement professionnel.

Facione et Facione (1996a) proposent une liste d'indicateurs de la pensée critique que l'on peut retrouver à l'intérieur du jugement professionnel. Dans ces indicateurs, on retrouve des habiletés de la pensée ainsi que des traits de la pensée¹¹. Les indicateurs de la pensée critique de Facione et Facione (1996a) sont présentés dans le tableau 2.

¹¹ Dans le texte original en anglais, les auteurs utilisent les expressions *thinking skills* et *habits of minds* que nous avons traduites par habiletés et traits de la pensée.

Tableau 2 :
Indicateurs de la pensée critique selon Facione et Facione (1996a)

Les étudiants qui utilisent la pensée critique pour produire un jugement professionnel présentent les comportements suivants :

- Analysent entièrement et avec justesse les données qu'ils utilisent pour produire leur jugement.
- Formulent le problème à résoudre de façon claire et concise.
- Identifient adéquatement les critères à considérer pour résoudre un problème ou produire un jugement.
- Demandent systématiquement les justifications derrière les analyses et les solutions d'un problème produites par d'autres personnes.
- Font preuve de créativité et d'ouverture d'esprit lors de la recherche de solution à un problème et envisagent plusieurs alternatives avant de passer à l'action.
- Évaluent honnêtement les solutions les plus prometteuses.
- Acceptent de réviser ou retarder leur jugement lorsque la situation l'exige.
- Reformulent le problème avec justesse lorsque de nouvelles données sont disponibles.

Source : Facione et Facione (1996a).

Enfin, en ce qui concerne l'évaluation de la pensée critique, ces auteurs proposent une échelle descriptive à quatre niveaux. Nous présentons cette échelle dans le tableau 3. Ils sont également d'avis qu'il est nécessaire de mettre en place un mode d'évaluation qui permet d'avoir accès à l'ensemble du processus de pensée et non seulement à une partie de celui-ci ou au résultat final du jugement (Facione et Facione, 1996a). Ils affirment également qu'il est nécessaire d'employer des outils d'évaluation qui permettent d'extérioriser les processus de pensée qui sont encapsulés à l'intérieur des pratiques professionnelles et qui exigent des connaissances de haut niveau ainsi que des habiletés techniques (Facione et Facione, 1996b). Cela vient renforcer la position de plusieurs auteurs (Brunt, 2005b; Dexter, Applegate, Backer, Claytor, Keffer, Norton, et Ross, 1997; Simpson et Courtney, 2002; Staib, 2003; Tanner, 2005; Walsh et Seldomridge, 2006) qui soutiennent qu'il est nécessaire d'utiliser un instrument d'évaluation de la pensée critique spécifique aux soins infirmiers.

Tableau 3 :
Échelle descriptive pour une évaluation holiste de la pensée critique
selon Facione et Facione (1994)

Niveaux	Description
4	<p>Exécute régulièrement toutes ou presque toutes les actions suivantes : Interprète avec justesse les faits, affirmations, graphiques, questions, etc. Identifie les arguments dominants et pèse le pour et le contre. Analyse et évalue en profondeur tous les points de vue alternatifs. Tire des conclusions raisonnables, appropriées et justes. Justifie tous les résultats et procédures; explique les hypothèses et les raisons derrière ceux-ci. Se base sur les faits et la raison pour appuyer son jugement.</p>
3	<p>Exécute la plupart ou quelques-unes des actions suivantes : Interprète avec justesse les faits, affirmations, graphiques, questions, etc. Identifie les arguments centraux et pèse le pour et le contre. Analyse et évalue les points de vue alternatifs principaux. Tire des conclusions raisonnables et appropriées. Justifie certains résultats et procédures; explique les raisons derrière ceux-ci. Se base sur les faits et la raison pour appuyer son jugement.</p>
2	<p>Exécute la plupart ou quelques-unes des actions suivantes : Interprète les faits, affirmations, graphiques, questions, etc. de façon inadéquate. Incapable d'identifier les contre-arguments. Ignore ou évalue de façon superficielle les points de vue alternatifs. Tire des conclusions déraisonnables ou erronées. Justifie quelques résultats ou procédures, explique rarement les raisons derrière ceux-ci. Sans tenir compte des faits, maintient ou défend une vision basée sur ses préconceptions ou son intérêt personnel.</p>
1	<p>Exécute régulièrement toutes ou presque toutes les actions suivantes : Interprète les faits, affirmations, graphiques, questions ou informations de façon biaisée ou adopte le point de vue des autres sans le questionner. Incapable d'identifier ou rejette les contre-arguments. Ignore ou évalue de façon superficielle les points de vue alternatifs. Argumente en utilisant des justifications inappropriées et des affirmations non fondées. Ne justifie pas les résultats, procédures et n'explique pas les raisons. Sans tenir compte des faits, maintient ou défend une vision basée sur ses préconceptions ou son intérêt personnel. A l'esprit fermé ou est hostile à la raison.</p>

Source : Traduction libre, Facione et Facione (1994) dans Landis, Swain, Friehe et Coufal (2007).

Par ailleurs, la principale limite de l'échelle descriptive proposée par Facione vient du fait que le codage interjuge était discordant lorsqu'elle était utilisée pour évaluer la pensée critique (Landis, et al., 2007). On peut attribuer cette divergence dans le codage au fait que certains énoncés sont trop près l'un de l'autre et que cela contribue à une interprétation de l'échelle de façon différente par les codeurs. Aussi, certains énoncés sont si généraux qu'ils prêtaient à plusieurs interprétations de la part des codeurs. Pour ces raisons, nous n'avons pas retenu l'outil de Facione pour conduire nos travaux.

2.2 Le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor

Au début des années quatre-vingt-dix, Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) s'intéressèrent à la pensée critique et furent parmi les premiers auteurs de la discipline infirmière à proposer un modèle spécifique aux soins infirmiers. Ces dernières mentionnent que même si la nécessité de développer la pensée critique en soins infirmiers est reconnue à cette époque, il n'existe pas encore de définition claire ou de conceptualisation en lien avec le jugement clinique. Les soins infirmiers n'avaient pas encore développé de cadre conceptuel de la pensée critique qui soit spécifique à la discipline. Ce vide conceptuel pourrait s'expliquer par le fait que la démarche de soins infirmiers, fortement inspirée de la démarche scientifique, a longtemps réduit la complexité de la discipline infirmière à une série de règles procédurales pour résoudre les problèmes du domaine infirmier (S. A. Jones et Brown, 1991). C'est d'ailleurs parce que l'interaction avec des humains et leurs problèmes nécessite une approche qui tient compte davantage du contexte et propose des solutions adaptées à celui-ci plutôt que de grands principes scientifiques que les limites de la démarche de soins infirmiers sont apparues (S. A. Jones et Brown, 1991). Kataoka-Yahiro et

Saylor (1994) mentionnent que définir la pensée critique en soins infirmiers seulement comme une méthode de résolution de problème, une méthode scientifique ou la réduire à la démarche de soins est une erreur, car la pensée critique inclut ces trois éléments et forme un tout beaucoup plus grand que la simple somme de ceux-ci.

Les auteurs proposent la définition suivante : « la pensée critique est un processus de pensée raisonnable et réflexif à propos de problèmes du domaine infirmier pour lesquels il n'existe pas de solution unique et orientée vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire » (Traduction libre, Kataoka-Yahiro et Saylor, 1994, p.352). Cette définition, semblable à celle de Ennis, ne vient qu'y ajouter le contexte des soins infirmiers en situant un problème dont la résolution implique plus d'une solution possible. Par ailleurs, notons que ce modèle identifie cinq composantes de la pensée critique et trois niveaux de développement de celle-ci.

La première composante du modèle est constituée des connaissances spécifiques au domaine infirmier. Celles-ci sont essentielles à la formulation du jugement infirmier, car ce sont elles qui fournissent les données nécessaires pour les différents processus de pensée critique. Sans elles, la personne n'aura pas les connaissances antérieures minimales requises pour évaluer correctement la situation, identifier les solutions viables et évaluer les conséquences possibles sur la patiente ou le patient et sa famille. Par exemple, lors de l'évaluation de la plaie d'une personne qui a subi une chirurgie abdominale, l'infirmière ou l'infirmier qui ne possède pas les connaissances infirmières spécifiques pourraient ne pas s'apercevoir de la présence de signes d'infection au niveau de la plaie ou d'une guérison anormale de celle-ci. Pire encore, elle ou il pourrait les observer, mais être incapable de les interpréter adéquatement. Cela pourrait mener l'infirmière ou l'infirmier à ignorer ces signes puisqu'elle ou il ne serait pas en mesure de leur attribuer une signification, ce qui aurait des conséquences néfastes pour la personne ayant subi la chirurgie.

La seconde composante est l'expérience en soins infirmiers. Celle-ci permet à l'infirmière et l'infirmier d'acquérir des connaissances pratiques qu'elle ou il ne pourrait pas développer par d'autres moyens. En contexte clinique, l'infirmière ou l'infirmier a l'occasion de développer ses habiletés d'observation, d'interaction et de réflexion. De plus, c'est l'occasion de prendre des décisions et d'adapter les méthodes de soins apprises durant la formation, soit au milieu de travail, à la personnalité du client ou à la situation (Simoneau, 2010). Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) mentionnent que le développement de la pensée critique pourrait être limité par le manque d'expérience pratique et l'absence d'occasions de prendre des décisions en situation clinique. En effet, les principes théoriques enseignés en classe seront continuellement modulés par le contexte unique de chaque situation clinique, et ce n'est qu'avec l'expérience clinique que ces apprentissages peuvent se produire.

La troisième composante est constituée des compétences¹² de pensée critique. Trois ordres de compétences sont identifiés dans ce modèle. Les compétences de pensée critique générales comme la capacité à résoudre un problème ou à prendre une décision. On retrouve ensuite les compétences de pensée critique spécifiques aux situations cliniques. Celles-ci peuvent se retrouver dans d'autres disciplines appelées à intervenir en milieu clinique, mais l'infirmière et l'infirmier font appel à ces compétences dans leur contexte disciplinaire. On pense par exemple aux inférences, au processus de la démarche scientifique et au raisonnement qui mènent à la prise de décision en contexte clinique. Enfin, on retrouve les compétences de pensée critique spécifiques aux soins infirmiers comme l'utilisation de la démarche de soins afin de guider le processus de résolution d'un problème du domaine infirmier. Malgré que ce modèle soit le seul à proposer des compétences de la pensée critique parmi les modèles dont nous avons discuté précédemment, qui eux proposaient plutôt des habiletés, capacités, attitudes ou dispositions, il demeure que

¹² Dans le texte original, les auteurs utilisent le terme *competencies* que nous avons traduit par compétences.

les compétences proposées ici sont plutôt d'ordre général, ce qui constitue une des limites de ce modèle.

La quatrième composante du modèle est constituée de onze attitudes de la pensée critique qui sont inspirées des travaux de Paul (1993) et que nous avons présentées dans le tableau 4. Selon ces auteurs, chacune des attitudes est essentielle et doit être présente pour faire preuve de pensée critique. Bien que ces attitudes soient souhaitables, il nous apparaît peu réaliste qu'elles soient toutes présentes dans chaque situation professionnelle compte tenu du contexte de formation dans lequel se situent les étudiantes et étudiants. De plus, l'absence de critères sur lesquels se baser pour en faire l'évaluation constitue une autre limite de ce modèle. Enfin, certaines de ces attitudes nous apparaissent difficilement observables ou quantifiables.

Tableau 4 :
Attitudes de la pensée critique selon le modèle de
Kataoka-Yahiro et Saylor (1994)

Confiance	Persévérance
Autonomie	Créativité
Impartialité	Curiosité
Responsabilité	Intégrité
Initiative	Humilité
Discipline	

Source : Traduction libre de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994).

La cinquième composante du modèle est composée des critères ou normes intellectuelles proposées par Paul (1993) auxquels s'ajoutent les normes professionnelles définies par le code de déontologie et les standards de pratique de la discipline infirmière. Ces normes définissent les bases de ce que constitue une pratique professionnelle exemplaire et sont présentées dans le tableau 5.

Selon le modèle proposé par Kataoka-Yahiro et Saylor (1994), le résultat de la pensée critique est le jugement infirmier, lequel ne doit pas être confondu avec le

jugement clinique. Pour ces auteurs, le jugement clinique s'exerce seulement lorsque l'infirmière ou l'infirmier assume son rôle en situation clinique, c'est-à-dire lors des soins directs auprès des patients. Pour sa part, le jugement infirmier comprend les décisions que l'infirmière ou l'infirmier doit prendre autant lorsqu'elle ou il agit de façon directe, semi-directe ou indirectement auprès des patients. L'expression jugement infirmier défini de cette façon inclut donc le rôle professionnel plus élargi de l'infirmière tel que nous l'avons présenté plus tôt et est plus représentative de la réalité professionnelle telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Tableau 5 :
Normes liées à la pensée critique dans le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994)
inspirées de Paul (1993)

Normes intellectuelles	
Clarté	Logique
Précision	Profondeur
Spécificité	Diversité
Exactitude	Exhaustivité
Pertinence	Adéquation
Plausibilité	Souplesse
Cohérence	Impartialité
Normes professionnelles	
Normes éthiques ou déontologiques	
Critères d'évaluation de la pratique professionnelle ¹³	
Responsabilité de la pratique professionnelle	

Source : Potter et Perry (2010)

Enfin, ce modèle comporte trois niveaux de développement de la pensée critique. Le premier niveau est appelé niveau élémentaire. À ce niveau, l'infirmière

¹³ Les auteurs étant d'origine américaine, les normes professionnelles et les organismes qui les régissent sont différents de ceux rencontrés au Québec. Les normes éthiques et déontologiques auxquelles ils réfèrent sont celles de l'*American Nursing Association (ANA)* alors qu'au Québec elles font référence à celles émises par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.). Les critères d'évaluation de la pratique professionnelle font référence à ceux émis par le *National League of Nursing (NLN)* alors qu'ici ils font référence aux lois, aux directives des établissements de santé et celles de l'O.I.I.Q. Enfin, la responsabilité professionnelle aux États-Unis est définie par le *Nurse Practice Act* ou l'*ANA Standards of Practice* alors qu'au Québec elle est établie par l'O.I.I.Q.

ou l'infirmier a tendance à ne voir qu'une seule bonne solution à un problème et ne remet pas en question les connaissances théoriques apprises lors de sa formation. Elle ou il s'en remet à celles-ci ou au jugement des experts et elle ou il suivra les procédures à la lettre sans les adapter aux besoins particuliers des patients. Le niveau de la complexité est le second niveau de développement. À ce niveau, l'infirmière ou l'infirmier admet que plus d'une solution à un problème complexe existe et que chacune possède des avantages et inconvénients, mais elle ou il ne sera pas encore en mesure de s'engager envers une décision et a encore tendance à s'en remettre aux connaissances universelles malgré que l'initiative et la capacité de raisonner se manifestent à l'occasion. Enfin, le troisième niveau est appelé le niveau de la responsabilité. À ce niveau, l'infirmière ou l'infirmier choisit consciemment une des solutions après en avoir évalué les conséquences et le bien-fondé. L'intervention vise le bien du patient en tenant compte de ses valeurs personnelles et de celles de la profession.

2.3 Définition opérationnelle de la pensée critique selon Jacobs et al.

Aux États-Unis, la *National League for Nursing* (NLN) est un organisme qui fait la promotion de l'excellence de la formation infirmière et qui certifie la qualité de la formation offerte par les divers établissements d'enseignement qui offrent le programme Soins infirmiers. Depuis 1989, la NLN a reconnu le développement de la pensée critique comme l'un des cinq résultats essentiels de la formation infirmière nécessaires pour obtenir la certification. En réponse à cette obligation, les établissements d'enseignement se sont penchés sur la question de l'évaluation de la pensée critique (Bittner et Tobin, 1998).

Nous allons maintenant porter notre attention sur la définition de Jacobs, Ott, Sullivan, Ulrich, et Short (1997). Ces auteurs ont élaboré une définition de la pensée critique dans le cadre d'un projet qui avait trois buts : définir la pensée

critique, mettre en place une stratégie d'évaluation de la pensée critique et évaluer le développement de la pensée critique des étudiantes et étudiants inscrits au baccalauréat en sciences infirmières dans une université américaine.

À partir d'une revue de littérature et de multiples discussions au sein de la faculté, leur comité de travail a produit la définition conceptuelle suivante :

La pensée critique est l'examen répété de problèmes, de questions, d'enjeux et de situations en effectuant une synthèse de l'information, en la comparant et la simplifiant de façon raisonnée, délibérée et analytique, et ce, dans une perspective évaluative conduisant à une prise de décision (Traduction libre, Jacobs, et al., 1997, p.20).

À partir de cette définition et d'autres discussions au sein de la faculté, le comité a identifié quatre processus qui composent la pensée critique : l'analyse, l'évaluation, la prise de décision et la synthèse de l'information. Le processus d'analyse fait référence à l'étude de l'information disponible pour connaître les diverses parties d'un tout, dans le but d'identifier ou d'expliquer les rapports qui les relient les unes aux autres. L'évaluation consiste à apprécier la valeur, la qualité et la pertinence de cette information. La prise de décision se compose des actions que la personne fait lorsqu'elle traite l'information ou se prépare à passer à l'action. Enfin, la synthèse de l'information, telle qu'elle est expliquée par les auteurs, est le produit des trois processus cognitifs antérieurs que nous avons décrits. Expliquée ainsi, il est difficile de bien cerner ce qu'elle est avec exactitude, comment elle se manifeste chez les étudiantes et étudiants et quels indicateurs on peut utiliser pour l'évaluer. Il s'agit donc d'une limite de ce modèle.

C'est à partir de ces quatre processus cognitifs ainsi que de leur définition conceptuelle qu'ils ont proposé la définition opérationnelle suivante :

En soins infirmiers, la pensée critique est la synthèse répétée de l'information pertinente [à la situation de soins], l'appréciation des

présupposés, l'identification de modèles, la prédiction des résultats, la production de solutions et d'alternatives et le choix des actions à entreprendre de façon progressivement autonome. (Traduction libre, Jacobs, et al., 1997, p.20.)

À partir de cette définition de la pensée critique, Jacobs et al. (1997) ont proposé une liste d'indicateurs que nous avons traduite et présentée dans le tableau 6.

Tableau 6 :
Liste des indicateurs de la pensée critique selon Jacobs et al. (1997)

Synthèse de l'information pertinente	Prédire les résultats
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recueillir les données en utilisant toutes les sources disponibles; 2. Distinguer les données pertinentes de celles qui ne le sont pas; 3. Valider les données recueillies; 4. Identifier les données manquantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévoir plusieurs résultats possibles; 2. Reconnaître les conséquences des actions.
Apprécier les présupposés	Produire des solutions
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconnaître les présuppositions; 2. Identifier les biais; 3. Identifier les préjugés et suppositions erronées. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconnaître les effets d'agir ou de ne pas agir; 2. Adapter les solutions aux différents contextes ou développer d'autres solutions.
Identifier des modèles	Choisir les actions à entreprendre
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les liens et relations; 2. Reconnaître les incohérences et les croyances erronées; 3. Déterminer des modèles; 4. Produire un plan d'action en s'appuyant sur un modèle approprié ou chercher des modèles alternatifs si nécessaire. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Déterminer les actions à entreprendre; 2. Évaluer les résultats de ses actions; 3. Évaluer la justesse de ses conclusions; 4. Évaluer la valeur de ses actes pour le patient et la communauté.

Source : Jacobs, et al. (1997)

La principale limite de ce modèle est qu'il ne propose pas d'échelle de mesure de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers. Ce modèle permet d'observer la présence ou l'absence des différents indicateurs de la

pensée critique chez ceux-ci, mais il ne permet pas de les situer sur une échelle ou une unité de mesure et présente donc une contrainte importante dans un contexte d'évaluation en milieu clinique.

2.4 Définition opérationnelle de la pensée critique selon Dexter et al.

Le modèle de Dexter, Applegate, Backer, Claytor, Keffer, Norton, et Ross (1997) est un modèle qui a vu le jour dans des circonstances semblables au modèle Jacobs et al. (1997). Afin de répondre aux critères de certification de la NLN et dans le cadre de la révision des programmes d'enseignement, l'École des sciences infirmières de l'Université de l'Indiana a mis en place un groupe de travail chargé de définir et évaluer le développement de la pensée critique.

À partir d'une recension des écrits faite par les auteurs à l'époque, il en est ressorti que les diverses définitions conceptuelles de la pensée critique en soins infirmiers utilisaient une terminologie fort différente et que plusieurs différences existaient dans les concepts qui composent la pensée critique (Dexter, et al., 1997). Cependant, plusieurs points de convergence existaient dans les définitions opérationnelles de la pensée critique et de ses composantes (Dexter, et al., 1997). Après plusieurs discussions, le groupe de travail a adopté la définition conceptuelle de la pensée critique proposée par P. A. Facione (1990) et l'APA comme cadre de référence puisqu'il fallait choisir une définition théorique inclusive et supportée dans la littérature générale de l'époque et qui proposait une catégorisation des composantes de la pensée critique cohérente avec celle-ci. Par la suite, le groupe de travail s'est attardé à opérationnaliser cette définition. La définition opérationnelle de la pensée critique qui en résulte est la suivante :

La ou le diplômé est en mesure d'utiliser un processus de pensée intentionnel et autorégulateur qui comprend l'interprétation, l'analyse, l'évaluation et l'inférence. Elle ou il est en mesure

d'expliquer les considérations conceptuelles, méthodologiques, contextuelles, les critères et les raisons derrière son jugement. (Traduction libre, Dexter, et al., 1997, p.162.)

À partir de cette définition, six compétences¹⁴ de la pensée critique ont été formulées pour chacun des cycles de formation universitaire. Avant de définir ces compétences, le groupe de travail a considéré que même si le développement attendu est différent à chacun des niveaux de formation, les processus à mobiliser en lien avec la pensée critique sont les mêmes. Le tableau 7, à la page suivante, présente la traduction libre des six compétences et le développement attendu pour les finissantes et finissants du niveau de formation qui donne le titre de *Associate Staff Nurse (ASN)*. Bien qu'il y ait certaines différences, l'*ASN* est la formation infirmière aux États-Unis d'Amérique qui est la plus comparable à la formation collégiale au Québec.

Par la suite, le groupe de travail a dressé une liste des caractéristiques de chacune des compétences de la pensée critique qui viennent préciser ce qui est attendu de l'étudiante ou l'étudiant à partir des données recueillies dans la révision de littérature. Ces caractéristiques sont présentées dans le tableau 8 à la page 67.

En ce qui concerne l'évaluation de la pensée critique, le groupe de travail a déterminé qu'en soins infirmiers, il est nécessaire d'évaluer la pensée critique en utilisant plusieurs outils de mesure et en tenant compte du contexte de la situation dans laquelle on l'évalue (Dexter, et al., 1997). Il en est ressorti que deux types d'outils conviennent particulièrement à l'évaluation de la pensée critique. D'abord, des tests écrits qui sont conçus spécifiquement pour un cours, qui nécessitent de faire appel à la pensée critique et qui nécessitent de la part des étudiantes et étudiants beaucoup plus que d'apprendre des notions par cœur. En second lieu, l'observation directe accompagnée de rétroaction sur les processus de pensée de l'étudiante et

¹⁴ Les auteurs utilisent le terme *competencies* que nous avons traduit par le terme compétences.

l'étudiant dans un éventail de situations autant en classe qu'en contexte clinique sont d'une importance primordiale pour évaluer la pensée critique (Dexter, et al., 1997).

Tableau 7 :
Compétences de la pensée critique selon le modèle de Dexter et al. (1997).
Niveau de formation *Associate Staff Nurse* (comparable au niveau collégial)

<p>Interpréter : La ou le diplômé interprète avec justesse les problèmes infirmiers, de même que les données subjectives et objectives à partir des sources de données habituelles et en lien avec les soins de la patiente ou du patient.</p>	<p>Inférer : La ou le diplômé effectue des inférences appropriées, reconnaît un raisonnement erroné et tire des conclusions logiques en lien avec les soins de la patiente ou du patient.</p>
<p>Analyser : En utilisant une base de connaissances disciplinaire, la ou le diplômé analyse les problèmes infirmiers, les données subjectives et objectives, les idées, les arguments et les solutions possibles en lien avec les soins à prodiguer à la patiente ou au patient.</p>	<p>Expliquer : La ou le diplômé explique et défend le raisonnement qui l'a mené à une conclusion spécifique ou à une décision dans le contexte des soins à prodiguer à la patiente ou au patient.</p>
<p>Évaluer : La ou le diplômé évalue l'information en vue de déterminer sa fiabilité et sa pertinence en lien avec la situation de soins de la patiente ou du patient.</p>	<p>Autoréguler : La ou le diplômé est conscient de son mode de pensée, l'évalue et le corrige afin que son raisonnement soit approprié dans le contexte des soins de la patiente ou du patient.</p>

Source : Traduction libre de Dexter et al. (1997).

Tableau 8 :
Définition des caractéristiques des compétences de la pensée critique
selon Dexter et al. (1997)

Interpréter :
Comprendre, saisir ou déchiffrer des textes, de la communication verbale et non verbale, des données empiriques, des théories, des graphiques, des questions, etc.
Expliquer la signification d'une chose ou la rendre compréhensible.
Identifier les problèmes infirmiers dans une situation clinique.
Placer en contexte la situation ou l'expérience de la personne.
Paraphraser, résumer, clarifier la signification du matériel écrit ou des communications verbales.
Définir les termes dans un texte.
Identifier le but ou le point de vue d'une personne.
Reconnaître l'interprétation qu'a une personne d'une chose et la distinguer des données empiriques ou brutes.
Éviter d'attribuer aux données une signification qui confirme ses croyances et reconnaître lorsqu'une personne agit de cette façon.
Reconnaître et considérer les alternatives.

Analyser :
Examiner, organiser, classer, catégoriser ou prioriser les variables d'une situation clinique.
Identifier les éléments d'un argument : les suppositions, les prémisses, les théories, les principes, les étapes et les conclusions.
Identifier les impacts, les conséquences possibles, les coûts par rapport aux bénéfices des diverses décisions ou solutions.
Différencier les questions empiriques, conceptuelles et évaluatives.
Différencier les faits des opinions.
Examiner les idées, les arguments, les situations et les données pour identifier les éléments essentiels, les facteurs d'influence et les liens entre ceux-ci.

Évaluer :
Juger la crédibilité des différentes sources d'information.
Juger la force des preuves et des inférences qui soutiennent une conclusion.
Juger les affirmations et les arguments en tenant compte des preuves, des considérations conceptuelles, méthodologiques et contextuelles sur lesquels ils reposent.
Juger la valeur, la pertinence ou l'applicabilité d'une information ou d'un argument en lien avec la situation.
Juger l'information et y rechercher les biais, les stéréotypes et les clichés.
Utiliser des critères appropriés pour juger une situation.

Inférer :
Formuler des hypothèses et tirer des conclusions à partir de prémisses et de données.
Différencier les conclusions et les hypothèses qui sont logiquement possibles de celles qui sont peu probables ou improbables à partir des données disponibles.
Employer des principes et des règles de logiques pour formuler des inductions et des déductions et déceler les erreurs de raisonnement.
Identifier les limites de sa connaissance et ses besoins d'apprentissage.

Expliquer :
Expliquer par écrit ou verbalement les assumptions et le processus de raisonnement employés pour tirer des conclusions.
Justifier son raisonnement et ses conclusions à partir des preuves, des considérations conceptuelles, méthodologiques et contextuelles sur lesquels ils reposent.
Construire des représentations graphiques des relations entre les variables (tableaux, graphiques, figures, etc.)

Autorégulation :
Surveiller, évaluer, réfléchir et se questionner sur chacune des étapes de son processus de pensée.
Reconsidérer son interprétation et son jugement à la lumière de nouvelles informations ou suite à une analyse plus approfondie des faits.
Examiner les conceptions de chaque individu en étant conscient de l'influence des biais personnels ou des biais engendrés par son propre intérêt.
Revoir dans le but de confirmer ou reformuler sa propre compréhension, explication ou inférence en lien avec une situation.
Démontrer de l'ouverture d'esprit, une préoccupation pour la recherche de la vérité, de la curiosité intellectuelle, une capacité d'analyse systématique, de la maturité et de la confiance en soi (Facione et Facione, 1992).

Source : Dexter et al. (1997)

Enfin, le comité a choisi les critères d'évaluation de la pensée critique proposés par Paul (1990), car ils sont universels et applicables à tous les types d'évaluations utilisés en classe ou en contexte clinique. Ces critères sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9 :
Critères universels d'évaluation de la pensée critique proposés par Paul (1990)

Clarté Précision Spécificité Exactitude Pertinence Constance Logique	Ampleur ou complétude Impartialité ou équité Approprié au but Profondeur Signification Réalisme
--	--

Source : Paul (1990)

Par ailleurs, bien que ces critères offrent certaines balises pour évaluer la pensée critique en soins infirmiers, ils demeurent toutefois plutôt génériques. De plus, ils nous apparaissent plutôt complexes à utiliser à des fins d'évaluation. Par exemple, en quoi la précision se distingue-t-elle de la spécificité dans un travail écrit et en contexte de stage? Comment évaluer l'ampleur et comment se distingue-t-elle de la profondeur? Toutefois, les caractéristiques des compétences identifiées par ces auteurs nous apparaissent une avancée intéressante dans la définition de la pensée critique en soins infirmiers.

2.5 Le modèle de Forneris (2004)

À partir d'une analyse des écrits de six théoriciens qui se sont penchés sur le jugement en contexte professionnel, Forneris (2004) a conclu que la pensée critique

dans la pratique infirmière s'opérationnalise autour de quatre composantes : la réflexion, le contexte, le dialogue et le temps.

La réflexion permet à l'infirmière et l'infirmier de discriminer ce qui est pertinent en lien avec la situation professionnelle et déterminer les raisons qui vont guider ses actions. Puisque les problèmes en situation professionnelle ne se présentent pas de façon linéaire et contrôlée comme en classe, la réflexion permet non seulement de prendre connaissance de ce qui constitue le problème, mais également de réorganiser mentalement chacun des éléments afin de mieux le comprendre et d'en avoir une vision globale.

Le contexte comprend tout ce qui entoure la situation professionnelle au moment où elle se produit. Cela inclut la culture, les faits, les valeurs, les idéaux, les règles en vigueur, les principes et les suppositions qui servent à construire notre connaissance de celle-ci (Forneris, 2004). Le contexte sert alors de fondation pour construire de nouvelles connaissances, puisqu'il permet d'utiliser les connaissances actuelles, d'en extraire les faits à partir de notre base de connaissances et de les utiliser afin de différencier, intégrer et construire de nouvelles connaissances qui seront contextuelles, c'est-à-dire propres à la situation actuelle.

Selon cette auteure, le dialogue est un processus interactif qui évalue les points de vue et les suppositions à l'intérieur d'un contexte dans le but d'en avoir une meilleure compréhension. Le dialogue peut être avec soi-même ou avec les autres personnes qui nous entourent. Il permet d'examiner le contexte plus en profondeur en comparant sa perception avec celle des autres et de la modifier au besoin, de faire les liens et les associations entre les faits, les concepts, les règles et les principes. Il est constitué d'activités mentales qui font appel à la métacognition et à la réflexion sur ses propres processus de pensée.

Le temps est un concept un peu plus abstrait. L'infirmière ou l'infirmier se sert des situations professionnelles afin de mieux comprendre le passé, le présent et le futur. Cela lui permet de demeurer réflexive ou réflexif et d'employer ses connaissances actuelles pour en construire de nouvelles. On fait alors référence au postulat que les connaissances antérieures influencent notre compréhension et interprétation des situations actuelles et futures. Ainsi, les connaissances antérieures acquises dans des situations professionnelles bien définies pourraient être réutilisées ou modifiées selon le contexte de la situation actuelle et guideraient nos actions futures (Forneris, 2004).

Enfin, le résultat de la pensée critique en situation professionnelle s'opérationnalise par un processus de pensée dynamique dans le but de développer une compréhension cohérente de la situation. Elle permet donc une prise de conscience des suppositions et de comment ces suppositions influencent le raisonnement afin de créer de nouvelles connaissances et générer une action appropriée au contexte de la situation.

2.6 Le modèle de Lechasseur (2009)

Plus récemment, Lechasseur (2009) a proposé un modèle inspiré des travaux de Guilbert (1990) et de son modèle iconique de la pensée. On y retrouve les quatre composantes originalement proposées par Guilbert et deux autres composantes proposées par Lechasseur à partir de la recension des écrits. Nous allons maintenant les aborder rapidement. Ce modèle comprend donc six composantes : cognitive, affective, individuelle, perceptuelle, comportementale et environnementale.

Nous parlerons d'abord de la composante cognitive qui comprend trois éléments : les savoirs ainsi que des habiletés intellectuelles de base et complexes. Le savoir se compose non seulement du savoir disciplinaire, mais également du savoir

épistémologique et du savoir contextuel. Les savoirs influencent la pensée critique en modulant la perception initiale de la situation par l'infirmière ou l'infirmier et cette perception initiale influencera ensuite les processus de pensée qui en découlent. Comme le mentionne Lechasseur (2009) :

un large éventail de savoirs facilite la production d'alternatives ou de solutions face à un problème, alors qu'un répertoire restreint peut inhiber cette production, ce qui exerce une influence sur les choix subséquents. (p.83)

Les habiletés intellectuelles pour leur part facilitent l'articulation des savoirs dans le but, par exemple, de résoudre un problème ou prendre une décision. Elles sont regroupées en deux catégories, simples et complexes. À titre d'exemple, les habiletés simples comprennent l'analyse, la classification, l'évaluation et l'inférence. Les habiletés complexes quant à elles permettent d'effectuer des généralisations inductives. Combinées ensemble, les habiletés intellectuelles permettent à l'individu de mieux comprendre la situation et son contexte.

La composante affective comprend les sentiments ou émotions ainsi que les dispositions ou attitudes de la personne. La composante affective agit comme un filtre sur la perception de la situation et ultérieurement sur le choix des actions à entreprendre. Les sentiments ou émotions peuvent, par exemple, attirer l'attention sur certains éléments de la situation plutôt que sa globalité, ce qui aura pour effet ultérieur d'influencer le jugement. Les dispositions ou attitudes pour leur part sont une forme de motivation interne de la personne à adopter certains comportements ou à agir d'une certaine façon. Certaines dispositions comme la persévérance et l'ouverture d'esprit auront un effet facilitant sur l'exercice de la pensée critique alors que d'autres dispositions comme l'égoïsme ou la résistance au changement auront l'effet inverse.

La composante perceptuelle est ce qui permet à la personne de prendre contact avec l'extérieur, la situation et son contexte pour ensuite effectuer des liens cognitifs. Par ailleurs, il s'agit autant des stimuli externes et internes que la personne perçoit. C'est la perception qui permet à la personne d'accéder aux informations nécessaires pour prendre connaissance de la situation et de les traiter cognitivement. Toutefois, la capacité de perception des stimuli externes sera influencée par les stimuli internes de la personne comme la douleur ou la fatigue qui vont réduire la capacité de perception des stimuli externes comme l'attention ou l'éveil intellectuel.

La composante individuelle se rapporte à diverses caractéristiques personnelles propres à chacun qui influencent les dispositions ou attitudes des personnes dans une situation. Ces caractéristiques sont, entre autres, l'âge, le genre, les croyances, les intérêts, les valeurs personnelles, le bagage socioéconomique et les capacités intellectuelles. Toutes ces caractéristiques viendront alors influencer la capacité de la personne à percevoir l'information ou à la traiter cognitivement.

La composante comportementale réfère à l'actualisation des savoirs et des habiletés de pensée dans l'action. La composante comportementale se manifeste par :

l'expression non discursive de la combinaison des divers savoirs qui se concrétise en une action visant à prévenir ou à répondre dans l'immédiat à des problématiques de soins et/ou encore à transformer la situation pour favoriser un plus grand bien-être chez la personne. (Lechasseur, 2009, p.94.)

L'infirmière ou l'infirmier peut posséder les savoirs et les habiletés nécessaires à la pensée critique et ne les utiliser que dans certaines situations, on parle alors d'actions localisées, ou les employer couramment dans sa pratique, dans ce cas on la décrit comme une action généralisée. Selon ce modèle, la composante comportementale peut donc varier dans le temps en fonction de la situation de soins et de son contexte.

La composante environnementale est, selon nous, une des principales forces de ce modèle. C'est par la composante environnementale que le contexte de la situation, son influence sur l'infirmière ou l'infirmier et sur l'exercice d'une pensée critique sont pris en compte. Par cette composante, le modèle reconnaît l'impact de l'environnement et du contexte dans la mobilisation de la pensée critique.

Suite à la présentation de ce modèle, nous constatons l'interinfluence de chacune des six composantes entre elles. À l'instar de Lechasseur (2009), Benner (1995) et Guilbert (1990), nous sommes d'avis que la composante affective et la composante individuelle agissent comme un filtre sur les composantes perceptuelle et cognitive. Par la suite, la composante environnementale vient moduler, non seulement ces quatre composantes, mais elle influence également la composante comportementale par laquelle se manifeste la pensée critique. On constate donc la force des relations entre chacune de ces composantes. Comme le mentionne Lechasseur (2009) :

Une pensée critique ne s'exerce pas dans un espace exempt de toute contrainte selon une séquence linéaire et prédéterminée. Elle suit plutôt un processus itératif, une construction constante et variable selon la situation et les individus. Ce processus varie en fonction de plusieurs composantes et s'exprime dans l'action par sa composante comportementale. (p.95.)

2.7 Conclusion à partir des modèles conceptuels de la pensée critique en soins infirmiers

À la suite de cette recension des écrits, il en ressort qu'il existe différents modèles de la pensée critique en soins infirmiers. La plupart ont été inspirés de modèles de la pensée critique issus des sciences de l'éducation et de la philosophie. Cependant, malgré la multitude de modèles, il n'existe pas de consensus définitif en ce qui a trait à la définition de la pensée critique et au choix d'un modèle conceptuel de celle-ci au sein de la discipline infirmière (Bittner et Tobin, 1998; Kataoka-Yahiro

et Saylor, 1994). Il persiste encore une certaine confusion à propos de la définition de la pensée critique en soins infirmiers (Simpson et Courtney, 2002). La terminologie employée par les différents auteurs pour définir et caractériser la pensée critique varie beaucoup (Staib, 2003). Par exemple, les termes résolution de problèmes, jugement clinique et pensée critique sont souvent utilisés de façon interchangeable (Simpson et Courtney, 2002; Tanner, 2006).

Autre constat à la suite de la recension des écrits, il en ressort que le processus de pensée critique en soins infirmiers s'opérationnalise dans la prise de décision en milieu clinique (Bittner et Tobin, 1998; Brunt, 2005a; Case, 1994; Dexter, et al., 1997; Jacobs, et al., 1997). Comme le mentionne Staib (2003), il n'est pas suffisant pour les infirmières et infirmiers de faire preuve de pensée critique, elles et ils doivent transformer la pensée en actions. Cet aspect est intéressant dans le cadre de notre recherche puisqu'il viendra orienter en partie les indicateurs de la pensée critique que l'on peut observer chez les étudiantes et étudiants dans un contexte de stage en milieu clinique, et par conséquent, il influencera également la création de l'outil d'évaluation que nous souhaitons produire dans le cadre de cette recherche. Le tableau 37 est présenté à l'annexe A et propose une synthèse des différents modèles de la pensée critique que nous avons présentés.

2.8 Notre définition de la pensée critique en soins infirmiers

À la lumière de la recension des écrits, nous proposons une définition opérationnelle de la pensée critique inspirée des différents modèles que nous avons abordés précédemment. Nous sommes d'avis que la pensée critique en soins infirmiers est un processus de pensée raisonnable, intentionnel, réflexif et autorégulateur que l'infirmière ou l'infirmier utilise dans le but de produire un

jugement infirmier ou de poser un acte infirmier adapté au contexte¹⁵ de la situation en conformité avec les normes professionnelles et éthiques.

Nous croyons donc que la pensée critique en soins infirmiers se caractérise par son caractère raisonnable qui en fait un processus de pensée basé sur la raison pour tirer des conclusions de sorte qu'il est réfléchi, mesuré et sensible au contexte. Le caractère intentionnel signifie que le processus de pensée et le jugement qui en découle ne sont pas le fruit du hasard ou accidentels. Les aspects réflexifs et autorégulateurs permettent à l'infirmière ou l'infirmier de prendre conscience de sa façon de raisonner, de penser et d'agir, de l'évaluer pour en détecter les failles et les corriger lorsque cela est nécessaire. L'infirmière ou l'infirmier fait appel à la pensée critique dans un but précis, soit celui de produire un jugement infirmier ou de poser un acte professionnel. Dans cette optique, la pensée critique vient encadrer la pratique infirmière et permet à l'infirmière ou l'infirmier d'exercer la profession de façon exemplaire et conforme aux normes professionnelles et éthiques en vigueur.

Notons que cette définition nous servira de point de départ pour amorcer nos travaux de collectes de données et l'analyse de celles-ci. Cependant, elle sera appelée à se modifier à la lumière des réponses que les professeurs du Département de soins infirmiers nous auront proposées afin de conserver un vocabulaire et une conception commune de ce qu'est la pensée critique en soins infirmiers. De plus, puisque notre recherche se veut collaborative et a pour but de créer un outil adapté aux besoins des membres du Département de soins infirmiers, il nous apparaît essentiel de considérer leur conception de la pensée critique comme le point de départ pour notre recherche et de construire sur cette conception. Pour cette raison, nous ne pouvons pas encore présenter d'indicateurs de la pensée critique à ce moment-ci de la recherche.

¹⁵ Par contexte, nous entendons tous les facteurs et éléments qui sont propres à chacune des situations de soins. Par exemple, les valeurs et croyances de la personne soignée, de ses proches et de l'infirmière, les ressources disponibles, le temps disponibles ou tout autre facteur qui influence directement la situation de soins.

2.9 Évaluer la pensée critique en milieu clinique

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe plusieurs modèles et définitions de la pensée critique en soins infirmiers et il n'existe pas de consensus sur le modèle ou la définition à privilégier. Il en va de même en ce qui concerne son évaluation. En fait, en soins infirmiers il n'existe pas de consensus sur le fait que la pensée critique est un processus ou un résultat (Bittner et Tobin, 1998). Notre définition nous positionne entre ces deux écoles de pensée. Nous sommes d'avis que la pensée critique est un processus de pensée qui mène à un résultat certes, mais nous croyons que ces deux composantes sont indissociables puisque nous sommes dans un contexte professionnel. L'outil que nous allons construire devra donc permettre d'avoir accès à la fois aux processus de pensée et aux résultats de ces processus; soit la prise de décision par les étudiantes et étudiants en soins infirmiers lorsqu'elles et ils seront en milieu clinique.

En effet, il nous apparaît imprudent de dissocier ces deux composantes pour des fins d'évaluation. Comment s'assurer que le résultat des processus de pensée est le fruit de la pensée critique et non du hasard si nous n'avons pas accès à ceux-ci? À l'inverse, une étudiante ou un étudiant pourrait utiliser adéquatement certains des processus de pensée associés à la pensée critique, ce qui la ou le mènerait à une décision clinique qui pourrait tout de même être erronée puisqu'elle ou il n'a pas appliqué la pensée critique à l'ensemble de sa réflexion. Pensons par exemple à une étudiante ou un étudiant qui produit un jugement ou un acte infirmier après avoir analysé la situation à partir des données disponibles. Toutefois, l'étudiante ou l'étudiant n'aurait validé que les données ou informations disponibles dans le dossier et aurait omis de valider celles obtenues par la patiente ou le patient. Le résultat du processus serait la production d'un jugement ou un acte infirmier partiellement adapté au contexte. En considérant la pensée critique comme un résultat, nous serions forcés de conclure que l'étudiante ou l'étudiant ne démontre pas de pensée critique alors

qu'elle ou il en maîtrise certains éléments. Dans un contexte évaluatif, il nous apparaît plus juste et plus équitable pour les étudiantes et étudiants de concevoir la pensée critique comme un processus de pensée qui mène à un résultat. Dans le cas de la discipline infirmière, nous appellerons ce résultat le jugement infirmier ou un acte infirmier.

Dans la littérature, divers instruments sont proposés pour évaluer la pensée critique. Ces instruments de mesure et de collecte d'informations se situent sur un continuum quantitatif/qualitatif (Boisvert, 2000). Par ailleurs, la plupart des instruments de mesure à vocation quantitative de la pensée critique, plus particulièrement les tests standardisés, ne constituent pas des outils de choix pour évaluer la pensée critique en soins infirmiers (Tanner, 2005). Plusieurs auteurs sont d'avis que puisque ces tests ne sont pas spécifiques aux soins infirmiers, ils ne tiennent pas compte des particularités qualitatives de la pensée critique propres au contexte des soins infirmiers (Brunt, 2005a, 2005b; Dexter, et al., 1997; Simpson et Courtney, 2002; Soukup, 1999), qu'ils ne tiennent pas compte des aspects réflexifs et contextuels de la pensée critique (Hicks, 2001) et qu'ils ne mesurent pas les variables adéquates pour démontrer l'influence de celles-ci sur le développement de la pensée critique en soins infirmiers (Staib, 2003). Les résultats de recherche sont contradictoires; lorsque ces tests ont été utilisés pour mesurer le développement de la pensée critique en lien avec l'exposition à une autre variable, certaines recherches ont démontré une amélioration du développement de la pensée critique alors que d'autres ont démontré une régression ou une stabilité (Adams, 1999; Magnussen, Ishida, et Itano, 2000; Sorrell, Brown, Silva, et Kohlenberg, 1997). Une autre limite identifiée par Ku (2009) est que ces tests ne permettent pas de déterminer l'écart potentiel entre les pratiques déclarées lors du test et les pratiques effectives en situation réelle. De plus, « aucun de ces tests ne permet d'examiner comment se co-construisent les pratiques critiques dans et par l'interaction » (Gagnon, 2011). Pour sa part, Brunt (2005b) affirme que les outils pour mesurer la pensée critique doivent être spécifiques à la discipline infirmière afin de mesurer les compétences qui peuvent être attribuées

à la pensée critique dans la pratique professionnelle. Cette constatation vient confirmer la pertinence de notre recherche et met en lumière le besoin de développer un outil d'évaluation qui tient compte des particularités du contexte professionnel dans lequel s'exerce la profession infirmière.

Outre les tests standardisés, plusieurs autres moyens et instruments d'évaluation de la pensée critique ont été étudiés dans différentes recherches. À l'instar de Boisvert (1997), Brunt (2005b) est d'avis que les textes écrits constituent un moyen de choix pour évaluer la pensée critique, puisque cet instrument permet d'évaluer les capacités d'analyse et d'évaluation des étudiantes et étudiants. Boisvert (1997) identifie aussi l'essai argumentatif, les questions ouvertes, le journal de bord, l'observation directe des élèves en classe et l'entrevue individuelle comme des moyens appropriés pour évaluer la pensée critique et recommande l'usage de techniques qui donnent l'occasion aux individus de fournir des réponses élaborées et personnelles (Boisvert, 2000). En contexte clinique, les travaux de stage peuvent permettre aux professeurs de retracer des indicateurs de la pensée critique à condition que ceux-ci soient conçus de façon à ce que les étudiantes et étudiants explicitent les étapes de leur raisonnement et les facteurs qui l'ont influencé. Cependant, Brunt (2005a) rappelle qu'il est primordial de s'assurer que les habiletés de pensée critique démontrées par l'étudiante ou l'étudiant aux tests écrits ou dans les travaux de stage se transmettent également dans sa pratique professionnelle. Utilisé seul, ce type d'instrument présente une limite importante, comme le mentionne Gagnon (2011) :

[dans la mesure où les travaux de stages, les textes ou les] essais sont rédigés de manière individuelle, ils ne permettent pas de prendre en compte le caractère social des pratiques critiques, pas plus qu'ils ne donnent un accès aux façons dont les participants mobilisent des ressources externes ou du milieu. (Gagnon, 2011, p.129)

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que durant les stages en milieu clinique, chaque professeur supervise six étudiantes ou étudiants à la fois. Il faut donc multiplier par six le temps consacré à la correction des travaux de stage pour chaque travail qui est demandé aux étudiantes et étudiants. Dans cette optique, les tests écrits

et les textes ne nous semblent pas le moyen à privilégier puisqu'ils nécessitent beaucoup de temps autant pour les étudiantes et étudiants que pour les professeures et professeurs qui en feront la correction. De plus, ce mode d'évaluation ne nous permettra pas de nous assurer que les étudiantes et étudiants sont capables de démontrer les mêmes habiletés de pensée critique dans la pratique professionnelle qu'à l'écrit.

Nous sommes du même avis que Dexter et al. (1997) qui soutiennent qu'il sera toujours nécessaire d'évaluer la pensée critique en utilisant de multiples instruments d'évaluation qui tiennent compte du contexte disciplinaire. Ces auteurs sont d'avis que les tests écrits constituent une solution viable à condition qu'ils visent beaucoup plus que l'apprentissage par cœur des connaissances et qu'ils soient accompagnés par une observation directe et incluent une rétroaction sur les processus de pensée des étudiantes et étudiants, tant en classe qu'en milieu clinique.

Pour leur part, Facione et Facione (1996a) sont d'avis que plusieurs types de travaux produits par les étudiantes et étudiants peuvent permettre de retrouver des traces de la pensée critique, par exemple, la rédaction d'une critique d'un article scientifique ou la préparation d'un plan d'intervention pour une ou un patient. De plus, ils croient que des instruments d'évaluation conçus spécifiquement pour l'évaluation en milieu clinique qui permettent d'observer les capacités de résolution de problème et les processus de pensée sont adéquats pour évaluer la pensée critique.

À l'instar de Facione et Facione (1996a), Jacobs et al. (1997) ont également identifié le plan d'intervention comme un instrument efficace pour évaluer la pensée critique lorsqu'il est utilisé par la ou le superviseur en milieu clinique. Cependant, la principale limite de cet instrument est qu'il est très difficile, voire même impossible, d'identifier les indicateurs de pensée critique pour toute personne qui n'est pas au fait des détails du contexte et de la situation de la patiente ou du patient pour lequel ce plan d'intervention a été rédigé. Jacobs et al. (1997) sont d'avis que les formules

d'évaluation conçues spécifiquement pour l'évaluation en milieu clinique sont des instruments appropriés à condition que les indicateurs de la pensée critique y soient inclus et détaillés.

Pour Soukup (1999), on peut évaluer certains aspects du jugement clinique en examinant les résultats qui découlent des décisions prises par l'étudiante ou l'étudiant. Il est alors nécessaire d'analyser aussi les processus qui l'ont mené à cette décision, par exemple, en la ou le questionnant sur les critères et les raisons qui ont orienté la prise de décision. Cependant, plusieurs facteurs comme :

le risque, l'urgence de la situation, les conséquences possibles, les expériences antérieures, les connaissances disponibles, les valeurs et l'anxiété viennent influencer les décisions prises par les étudiantes et étudiants et il peut être difficile de tirer des conclusions appropriées en étant un observateur externe de la situation. (Traduction libre, del Bueno, 1983)

Comme Oermann (1999) et Facione et Facione (1996b), nous croyons que pour évaluer la pensée critique en contexte clinique, il est nécessaire d'utiliser une stratégie d'évaluation qui focalise sur les processus de pensée qui sont intervenus dans la prise de décision ou le jugement infirmier et qui permet de les extérioriser afin qu'ils puissent être observés par une ou un évaluateur. L'outil d'évaluation devra donc être construit de façon à recueillir des données à partir de l'observation des étudiantes et étudiants alors qu'ils sont en situation de soins et permettre un accès aux processus de pensée qu'elles et ils ont utilisés dans ces mêmes situations. En effet, c'est en demandant aux étudiantes et étudiants d'analyser les situations de soins auxquelles elles et ils ont participé, d'identifier les alternatives, de choisir celle qui leur paraît la plus appropriée et d'expliquer les fondements derrière chacune de leurs décisions, de façon verbale ou écrite, que l'on peut évaluer le mieux la pensée critique (M. H. Oermann, Truesdell, et Ziolkowski, 2000). Ce n'est que lorsque nous aurons réponse à ces questions que nous serons en mesure d'affirmer que les pratiques observées découlent de la pensée critique ou non. Il sera donc nécessaire

que notre outil permette d'avoir accès à la fois aux résultats de la pensée critique et aux processus de pensée qui sont à la base du jugement infirmier tout en tenant compte du contexte unique de chaque situation. Il est donc essentiel que l'observation en situation soit partie intégrante de l'instrument d'évaluation que nous allons construire au même titre qu'il est essentiel d'avoir accès aux processus de pensée des étudiantes et étudiants. En effet, pour être en mesure de vérifier que les pratiques observées découlent de la pensée critique, il faudra être en mesure de les relier au contexte dans lequel elles sont énoncées, aux concepts auxquels elles se rattachent, aux questions que l'étudiante et l'étudiant se sont posées avant d'agir, aux rapports au savoir, etc.

TROISIÈME CHAPITRE

LA MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, nous présentons le cadre méthodologique retenu pour la recherche. Nous traitons du type d'essai que nous allons produire, du type de recherche que nous allons mener ainsi que de notre posture épistémologique, de l'approche méthodologique, des considérations éthiques en lien avec la recherche et des critères de rigueur scientifique retenus pour assurer la viabilité de notre démarche de recherche.

1. LE TYPE D'ESSAI

Rappelons que notre projet de recherche a pour but de construire un outil afin d'évaluer la pensée critique des étudiantes et des étudiants lors des stages en soins infirmiers. Cette recherche s'inscrit donc dans le bloc innovation du programme de Maîtrise en enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke, puisqu'elle vise à développer et mettre en place un nouvel outil d'évaluation répondant à un besoin du milieu. Par conséquent, il est probable que cet outil vienne également modifier la pratique évaluative existante au sein du Département de soins infirmiers au Cégep de Sainte-Foy, voire même les apprentissages des étudiantes et des étudiants.

2. LA POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE ET LE TYPE DE RECHERCHE

2.1 La posture épistémologique

En ce qui concerne notre posture épistémologique, elle est interprétative. Comme l'expliquent Karsenti et Savoie-Zajc (2004) à propos de la posture interprétative, la réalité n'est pas externe au phénomène étudié, mais plutôt construite par les acteurs d'une situation et il est également impossible pour le chercheur de se détacher entièrement de ses propres valeurs. Cette conception rejoint aussi celle de Gauthier (2009) qui mentionne que « la réalité est construite et subjective, que la connaissance est unique et que les humains agissent en fonction de leurs valeurs » (p.547). Comme Karsenti et Savoie-Zajc (2004), nous sommes d'avis que la nature du savoir produit est liée au contexte dans lequel il a été produit. Il importe donc de mentionner que notre recherche sera menée en collaboration avec les membres du Département de soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy.

Dans cette optique, rappelons que le contexte de l'enseignement des soins infirmiers au Cégep de Sainte-Foy s'inscrit dans une approche teintée par le socioconstructivisme et vise à développer l'autonomie dans l'apprentissage chez les étudiantes et étudiants (Cégep de Sainte-Foy, 2009a). Rappelons également que le chercheur est un membre du Département de soins infirmiers et qu'il porte lui-même ces valeurs. De plus, les intentions éducatives et les orientations locales définies dans le PFI font ressortir l'importance de l'approche réflexive et de stratégies pédagogiques faisant appel à la métacognition (Cégep de Sainte-Foy, 2009a). Considérant qu'il s'agit ici des valeurs portées par le Département de soins infirmiers, il nous apparaît primordial de tenir compte de ces valeurs lors de la poursuite de notre projet de recherche, puisque notre recherche sera menée en collaboration avec les professeurs du Département de soins infirmiers.

Enfin, par rapport à la finalité de la recherche, nous croyons que le contact étroit avec les intervenants du milieu nous permettra de mieux comprendre le phénomène étudié grâce à l'accès privilégié avec ceux-ci et de produire un outil adapté à leurs besoins. Loisel et Harvey (2007) considèrent que la finalité d'une recherche-développement peut être définie par l'intention du chercheur durant la mise à l'essai :

les finalités mises de l'avant durant les mises à l'essai du produit constituent un bon indicateur de la position épistémologique du chercheur. Si, comme Borg et Gall (1989), on inclut dans la démarche des étapes de validation qui visent à démontrer l'efficacité du produit, la posture épistémologique dominante tendra à être positiviste. Par contre, les mises à l'essai peuvent aussi s'apparenter au courant interprétatif si elles servent à recueillir et analyser des données faisant état des perceptions, des expériences et des réflexions dans l'action des participants à la suite de la mise à l'essai (Loisel et Harvey, 2007, p.47).

La finalité de notre recherche s'inscrit donc clairement dans une perspective interprétative et collaborative puisque nous nous intéressons aux perceptions des participants, à leurs expériences et réflexions dans l'action lors de création et de la mise à l'essai de l'outil.

2.2 Le type de recherche

Par cette recherche, nous souhaitons développer un outil qui répondra à une difficulté vécue par les professeurs dans l'évaluation des stages en soins infirmiers, par conséquent une des retombées sera de contribuer à l'amélioration et à la transformation des pratiques.

Dans la mesure où notre objectif de recherche comprend la production d'un outil d'évaluation du développement de la pensée critique lors des stages en milieu

clinique en soins infirmiers, la recherche-développement apparaît comme le meilleur choix pour mener à terme notre projet puisque son but premier est la production d'un ou plusieurs outils afin d'agir sur une situation problématique. Comme le mentionnent Loisel et Harvey (2007) :

« la recherche développement se situe principalement vers le pôle de l'action : elle a pour objectif premier de développer des outils matériels ou conceptuels utiles pour agir sur une situation locale donnée » (p.46).

La recherche-développement est donc compatible avec le problème et les objectifs de recherche que nous poursuivons.

La recherche-développement que nous souhaitons mener s'inscrit dans le courant de la recherche collaborative puisque, comme nous l'avons mentionné déjà, elle sera menée en collaboration avec les intervenants du milieu. Anadón (2006) décrit la recherche collaborative comme suit :

(...) on peut affirmer qu'en général les travaux issus de ce courant font référence à un type de recherche qu'on peut définir comme étant axé sur des problèmes de la pratique avec l'objectif de mettre en œuvre des solutions, provoquer un changement et évaluer les résultats. Il s'agit donc d'un type de recherche qui s'intègre à l'action et s'associe aux finalités de l'action. La force de ce type de recherche se situe dans sa faculté d'influencer la pratique, tout en recueillant systématiquement des données dans une rétroaction constante qui doit permettre d'évaluer les résultats et de changer, si nécessaire, le parcours de la recherche. (p.24)

La principale force de ce type de recherche est donc qu'elle est axée sur les difficultés vécues par les intervenants et qu'elle débouche habituellement sur la création d'un outil ou d'une stratégie pour amenuiser ces difficultés en collaborant avec les acteurs du milieu tout au long de la recherche.

Cette collaboration est souhaitable dans une démarche de recherche-développement comme le mentionnent Loisel et Harvey (2007) :

La participation des praticiens est une des caractéristiques de la recherche-action et de la recherche collaborative. Elle nous apparaît aussi importante dans une démarche de recherche développement. Bien que le développement d'un produit puisse être l'œuvre d'un concepteur principal, la constitution d'une équipe regroupant le chercheur-développeur et des gens du milieu paraît souhaitable afin d'assurer une meilleure adéquation entre le produit développé et les besoins du milieu. La participation des acteurs du milieu peut se faire tout au long du processus de recherche développement. (p.52)

En collaborant avec les professeurs du Département de soins infirmiers pour développer notre outil, celui-ci sera davantage adapté à leurs besoins et il sera également mieux adapté au contexte d'utilisation envisagé.

On pourrait croire que la volonté d'agir sur une situation problématique et la participation des acteurs du milieu sont deux aspects habituellement liés à la recherche-action plutôt qu'à la recherche développement, mais comme le mentionnent Loïselle et Harvey (2007) :

La recherche développement, comme la recherche-action, explorera donc des éléments de solution à une situation vécue sur le terrain. Toutefois, dans la recherche développement, ces éléments de solution seront toutefois encapsulés dans un produit, une stratégie ou un modèle qui constituera l'objet développé (p.52).

Dans notre étude, les éléments de solution au problème de recherche seront encapsulés dans l'outil d'évaluation que nous souhaitons produire.

3. L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'approche méthodologique comporte quelques étapes minutieusement planifiées afin d'assurer la rigueur scientifique requise en recherche ainsi que la pertinence et la cohérence pour les participants. Dans cette section, nous expliquons

les choix méthodologiques en lien avec le cadre théorique, à savoir l'échantillonnage, les techniques et instruments de collecte des données, les techniques d'analyse de collecte des données et l'échéancier.

3.1 L'échantillonnage

La première étape est de déterminer la population à l'étude et de constituer l'échantillon. Puisque nous souhaitons élaborer un outil pour évaluer le niveau et le développement de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants pendant les stages en soins infirmiers, la sélection des sujets se fera donc sur deux populations. La population à l'étude sera constituée de professeurs du programme Soins infirmiers au Cégep de Sainte-Foy ainsi que d'étudiantes et d'étudiants de ce même programme. Le rôle des professeures et professeurs participant à la recherche sera principalement de contribuer au développement de l'outil d'évaluation en fournissant des informations sur leurs besoins et les difficultés qu'ils vivent par rapport à l'évaluation de la pensée critique en stage. De plus, les professeures et professeurs participeront à l'élaboration et à la validation de l'outil d'évaluation. Les étudiantes et étudiants participeront à la recherche en étant évalués de façon formative à l'aide de l'outil que nous aurons mis sur pied. Nous abordons plus en détail les critères de sélection des participants plus loin dans ce chapitre. Pour le moment, nous allons d'abord clarifier le choix du type d'échantillon.

Dans une recherche interprétative, le choix de l'échantillon est intentionnel, « le chercheur identifie un ensemble de critères afin d'avoir accès pour le temps de l'étude, à des personnes qui partagent certaines caractéristiques » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2004, p.130). La sélection des professeures et professeurs est donc effectuée en fonction de critères définis par les chercheurs. Abordons maintenant ces critères de sélection.

La disponibilité est le premier critère de sélection. Puisque les instruments de collecte de données que nous prévoyons utiliser nécessiteront plusieurs rencontres à des moments différents durant la session, cela exigera une disponibilité relativement grande pour les participants. À cet égard, il est possible que le nombre de participants à recruter chez les professeurs soit d'un nombre limité. Comme le mentionne Lecavalier (2009) dans une recherche dont le paradigme est interprétatif, « le nombre de sujets est restreint à cause du temps qu'il faut passer avec chacun d'eux » (p.7). Pour cette raison, la disponibilité est un critère déterminant dans le choix des participants issus du corps professoral.

Le cours enseigné est également un critère de sélection des sujets. Le programme Soins infirmiers comporte divers stages dans plusieurs spécialités qui visent à développer des compétences et habiletés propres à chacun des stages. Compte tenu de la nature du projet et du contexte d'expérimentation, il serait non souhaitable de recruter tous les professeurs, il importe donc de faire un choix réfléchi. Les stages se déroulant tous durant la même période, cela signifie qu'à un moment donné dans la session, autant les professeurs que les étudiantes et étudiants sont en classe ou en stage dans les milieux cliniques. Puisque les stages en médecine et en chirurgie de deuxième et de troisième année du programme sont les plus longs, cela laisse une plus grande flexibilité pour planifier et mener à terme la partie de la collecte des données qui sera effectuée sur les milieux cliniques. Il devient alors plus facile pour le chercheur de se déplacer et de rencontrer chacun des groupes de sujets à des moments précis et déterminés à l'avance. Le choix du cours durant lequel se déroulera l'observation influencera donc également l'admissibilité des professeurs et professeurs pour participer à l'étude. Par ailleurs, puisque la participation des professeurs doit être libre, nous n'écartons pas la possibilité de recruter des professeurs de première année du programme si le nombre de professeurs de deuxième et de troisième année devait être insuffisant pour nous permettre de valider notre outil d'évaluation et de recueillir suffisamment de données par rapport à l'expérience d'utilisation de celui-ci par les professeurs. De plus, puisque les

étudiantes et étudiants de première année effectuent des stages en milieu clinique durant la session d'hiver 2011, cela en fait alors des candidates et candidats potentiels.

Compte tenu des contraintes mentionnées précédemment, l'échantillon constitué des professeures et professeurs est non probabiliste, puisqu'il ne sera pas déterminé de façon aléatoire. Il sera donc formé par choix raisonné et de convenance (L'Écuyer, 1990) à partir des critères mentionnés précédemment.

En ce qui concerne le choix des étudiantes et étudiants, l'échantillon est également non probabiliste et par choix raisonné. Diverses contraintes nous forcent à procéder de la sorte. D'abord, la constitution des groupes de stage est effectuée par la personne occupant la fonction de coordination des stages en milieu clinique comme nous l'avons décrit précédemment. De plus, puisque la participation des professeures et professeurs est nécessaire et que chacune et chacun d'eux supervisent deux groupes de stage composés de six individus chaque session, il serait plus probable que l'échantillon étudiant soit représentatif de la population étudiante en recrutant le groupe stagiaire en entier qu'en les recrutant individuellement dans différents groupes stagiaires. En procédant ainsi, la probabilité d'atteindre le nombre minimal de sujets requis pour assurer la validité de l'outil dans un espace-temps défini, soit celui des stages, s'en trouve améliorée. Cette façon de procéder assure une certaine représentativité de l'échantillon, puisque les critères utilisés pour former les groupes de stage sont les mêmes pour tous les cours comportant des stages dans le programme. Cela permet donc de former des groupes composés de personnes représentatives de la population étudiante inscrite en soins infirmiers et assure une certaine homogénéité entre les groupes de stagiaires.

Enfin, rappelons que pour élaborer notre outil d'évaluation de la pensée critique et faire en sorte qu'il soit adapté au contexte, nous avons besoin des professeurs pour le développer et le tester, ainsi que des étudiantes et étudiants à

questionner et à observer pour l'expérimenter dans l'action. Les étudiantes et étudiants seront donc recrutés parce qu'elles et ils feront partie d'un groupe de stage supervisé par une ou un professeur participant à la recherche plutôt que pour leurs caractéristiques individuelles.

Puisque nous ne connaissons pas encore le nombre de professeurs qui accepteront de participer à la recherche, nous prévoyons tout de même une méthode alternative pour la sélection des sujets étudiants. Dans l'éventualité où plusieurs professeurs souhaiteraient participer à la recherche, il est possible que le nombre d'étudiantes et d'étudiants devienne trop important pour le cadre de la recherche si nous recrutons tous les membres de chacun des groupes de stage des professeurs participants. Dans cette éventualité, nous allons limiter le nombre d'étudiantes ou d'étudiants évalués à l'aide de l'outil dans chaque groupe. Dans ce cas, les étudiantes et étudiants seront choisis par la ou le professeur. Cela nous permettra alors d'inclure un plus grand nombre de sujets du groupe professeurs que si nous sélectionnons tous les étudiantes et étudiants de quelques groupes seulement. À notre avis, cette façon de procéder est davantage compatible avec nos objectifs de recherche puisque cela nous permettra de tester la grille auprès de davantage de sujets du groupe professeurs. Enfin, cela nous permettra de tester notre outil dans un plus grand éventail de milieux cliniques et de contextes différents.

3.2 Techniques et instruments de collecte de données

Discutons maintenant des différents instruments de collecte de données que nous allons employer lors de la recherche. Il s'agit d'un questionnaire, d'entrevues semi-dirigées et de l'observation participante auprès des étudiantes et étudiants en collaboration avec les professeurs du Département de soins infirmiers. De façon globale, nous allons d'abord sonder les professeurs du Département de soins infirmiers à l'aide d'un questionnaire. Par la suite, nous allons construire une version

préliminaire de l'outil pour évaluer la pensée critique chez les étudiantes et étudiants, présenter un prototype aux professeures et professeurs avant sa mise à l'essai finale sur l'ensemble de notre échantillon. Tout au long de la recherche, diverses informations pertinentes en lien avec la recherche seront consignées dans le journal de bord du chercheur. Nous allons maintenant aborder chacun de ces instruments de façon plus précise.

3.2.1 Le questionnaire

Nous prévoyons élaborer un questionnaire à faire compléter par les professeures et professeurs du Département de soins infirmiers qui enseignent dans la discipline maîtresse du programme. Ce questionnaire servira principalement à recueillir des données portant sur les besoins et les difficultés des professeures et professeurs en lien avec l'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieu clinique. Par exemple, les interroger sur la forme que devrait prendre l'outil d'évaluation que nous allons concevoir ou encore les difficultés qu'elles et ils éprouvent actuellement à évaluer la pensée critique lors des stages en milieu clinique. Nous les questionnerons aussi sur leur conception de la pensée critique et sur les indicateurs de la pensée critique qu'elles et ils pourraient observer chez les étudiantes et étudiants durant les stages en milieu clinique. Les questionnaires seront constitués de questions ouvertes.

En ce qui concerne l'élaboration du questionnaire, une attention particulière sera accordée à la formulation des questions afin de s'assurer que celles-ci permettent d'obtenir des données fiables et d'assurer la validité du questionnaire. Le questionnaire sera construit en collaboration avec le directeur d'essai. Une fois complété, tel que le recommande Gauthier (2009), le questionnaire sera soumis à un prétest auprès d'un petit nombre de personnes afin de vérifier sa qualité et le temps requis par les participants pour le compléter. Ce prétest nous permettra de nous

assurer que les questions sont suffisamment claires et qu'elles permettent effectivement de recueillir des données sur les éléments que nous souhaitons questionner.

3.2.2 *L'entrevue semi-dirigée*

Par la suite, nous allons effectuer des entrevues semi-dirigées auprès des membres du corps professoral qui auront rempli les questionnaires. La structure de l'entretien prendra appui sur les réponses issues du questionnaire, cela nous permettra d'explorer plus en profondeur et de préciser les réponses des participantes et participants du groupe professeur. Le choix de distribuer un questionnaire à un plus grand nombre de participants que ceux rencontrés en entrevue rejoint la position de Lecavalier (2009) qui mentionne que :

(...) quand une recherche interprétative intègre par exemple un sondage auprès d'un nombre de sujets nettement plus élevé que celui des sujets interviewés, c'est pour ajouter à la crédibilité des interprétations obtenues grâce à la méthodologie qualitative. En somme, la méthodologie mixte comporte une méthodologie prédominante et une méthodologie d'appoint. (p.7)

Utiliser plusieurs instruments de collecte comporte certains avantages. Comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2004), le chercheur a intérêt à combiner plusieurs instruments de collecte de données pour faire ressortir différentes facettes du problème étudié et pour corroborer certaines données. La combinaison de plusieurs instruments de collecte de données vient donc permettre d'enrichir les données recueillies et diminuer les biais possibles. L'entrevue semi-dirigée poursuit divers buts. Elle permet de rendre explicite et comprendre l'univers de l'autre en plus de permettre aux interlocuteurs d'organiser et structurer leur pensée (Gauthier, 2009). Trois entrevues semi-dirigées seront menées. La première entrevue semi-dirigée aura pour but d'approfondir et d'explicitier davantage les données recueillies

antérieurement à l'aide des questionnaires et servira à nous guider dans l'élaboration de l'outil d'évaluation. Par exemple, elle permettra de valider nos perceptions par rapport aux besoins identifiés par les professeures et professeurs lors du questionnaire. Ce sera aussi l'occasion de valider auprès d'eux différents aspects plus techniques comme la forme ou la présentation que devrait prendre l'outil.

La seconde rencontre sera mixte. Elle comportera une partie d'information qui permettra de présenter l'outil d'évaluation que nous aurons créé ainsi que son mode d'utilisation aux professeures et professeurs qui utiliseront l'outil d'évaluation lors des stages ainsi qu'une entrevue semi-dirigée pour recueillir les commentaires des professeurs participants « à chaud » après la présentation et y apporter des modifications au besoin avant la première mise à l'essai.

La troisième entrevue aura pour objectif de recueillir des données sur l'expérience d'utilisation de l'outil d'évaluation de la pensée critique qui aura été développé et utilisé par les professeures et professeurs lors des stages en milieu clinique. Ce sera encore une fois l'occasion pour les participantes et participants du groupe professeur de proposer des modifications à l'outil d'évaluation puisqu'ils auront eu l'occasion de l'utiliser.

En ce qui concerne l'élaboration du schéma des entrevues, ils seront construits sous la supervision du directeur d'essai. Les entrevues seront enregistrées en format mp3 afin d'y référer au besoin tout au long de la recherche. L'analyse qualitative des données recueillies autant par le questionnaire que celles recueillies lors des entrevues sera effectuée par catégorisation mixte (L'Écuyer, 1990). Nous utiliserons des catégories prédéterminées à partir de la recension des écrits et du cadre conceptuel auxquelles nous ajouterons des catégories émergentes supplémentaires au fur et à mesure que nous regrouperons les unités de sens dans leur point de partage à partir des données recueillies lors des étapes antérieures de la collecte des données.

En ce qui concerne les étudiantes et étudiants qui participeront à la mise à l'essai de l'outil, elles et ils seront rencontrés afin de leur expliquer le but de l'outil d'évaluation, les critères d'évaluation et de nous assurer qu'elles et ils comprennent bien l'outil. Puisque nous développons notre outil dans le but de répondre aux besoins et difficultés des membres du Département de soins infirmiers lors de l'évaluation de la pensée critique en stage, il est important que l'outil puisse être bien compris aussi par les étudiantes et étudiants s'il devait être adopté ultérieurement comme outil d'évaluation officiel.

3.2.3 L'observation participante

La troisième technique de collecte de données que nous prévoyons est l'observation participante. Cette technique de collecte de données sera utilisée de façon complémentaire aux deux autres instruments décrits précédemment. Il s'agit d'un moyen fréquemment utilisé par les chercheurs pour réduire les biais comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2004) :

(...) dans une recherche qualitative/interprétative, les chercheurs jumellent souvent plusieurs modes de collecte de données; ils évitent ainsi les biais de chacune de celles-ci en associant par exemple l'observation et l'entrevue. (p.135)

L'observation participante permet également de mieux comprendre la réalité des participantes ou participants et la situation telle qu'elle est vécue par les différents acteurs de la situation. De cette façon, le chercheur est sur le terrain au même moment que les participantes ou participants et il est en mesure d'observer directement les événements dans le même contexte et au même moment que les participants. Le chercheur peut également questionner les différents acteurs et valider ses perceptions directement auprès des participantes et participants. Gauthier (2009) mentionne d'ailleurs à ce sujet que « l'on ne peut bien décrire l'action sociale que si l'on comprend, de l'intérieur, les motivations des acteurs » (p.314). Il ajoute en plus que :

(...) l'observation participante débouchera sur une approche franchement interactionniste de l'activité d'observation : on estimera que l'interférence/l'interaction entre observatrice et observés est non seulement inévitable, mais indispensable dans le processus de production de données valides sur une situation sociale délimitée (Idem, p.315).

L'observation participante est prévue lorsqu'il sera temps de mettre à l'essai l'outil d'évaluation. Elle permettra au chercheur, entre autres, de comparer l'évaluation de la pensée critique faite par la ou le professeur participant qui supervisera les étudiantes et étudiants en stage avec celle du chercheur et de vérifier le niveau d'accord entre chacun des professeurs participants et le chercheur. Cela permettra donc une validation intercodeurs. De plus, il nous sera possible de participer directement à l'évaluation de la pensée critique des étudiantes et étudiants en collaboration avec la ou le professeur. Le chercheur pourra questionner directement les étudiantes et étudiants ainsi que les professeures et professeurs. Le tableau 10 présente quelques questions que nous allons poser aux participantes et participants lors de l'observation participante. Dans cette optique, l'observation participante nous permettra de valider nos interprétations et nos questions au fur et à mesure qu'elles surviendront auprès des participants ce qui correspond à de l'observation participante dont les interventions sont non systématiquement planifiées (Van der Maren, 2003). Nous pourrons ainsi observer les participantes et participants alors qu'ils utilisent l'outil d'évaluation que nous aurons développé tout en collaborant avec eux durant le processus.

De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, nous serons en mesure d'observer les événements au moment où ils surviennent et de comparer notre interprétation de ceux-ci immédiatement avec les participantes ou participants. Nous pourrons ainsi effectuer la validation des données recueillies auprès des participantes et participants sans intermédiaire. Comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2004), la grande force de l'observation participante est qu'elle dépasse le langage et

ce que les personnes disent qu'elles font en permettant d'observer leurs comportements et le sens qu'elles y donnent. Les données ainsi recueillies seront donc d'une grande valeur.

Tableau 10 :
Exemples de questions pour l'observation participante

Exemples pour le groupe étudiant	Exemples pour le groupe professeur
Quels sont les éléments du contexte dont tu as tenu compte avant de prendre cette décision?	Quels sont les éléments que tu as considérés pour évaluer ce critère?
Quels sont les éléments du contexte dont tu n'as pas tenu compte avant de prendre cette décision?	De quelle façon as-tu obtenu les données pour évaluer ce critère? (Observation, questionnement, travaux, etc.)
Pour quelles raisons as-tu accordé plus d'importance à ces éléments et moins aux autres?	Pour quelles raisons avez-vous posé cette question à l'étudiante ou l'étudiant?

Enfin, en jumelant l'observation participante à la troisième entrevue semi-dirigée, nous serons en mesure de recueillir des données sur les expériences d'utilisation de l'outil d'évaluation de la pensée critique que nous avons développé. Cela devient donc une forme de triangulation des données qui servira à la validation de celles-ci. Comme le mentionne Loïsel (2001), divers moyens sont à la disposition du chercheur pour recueillir des données pendant la mise à l'essai de son produit :

Divers moyens permettent de recueillir des informations durant les mises à l'essai. On pourra recourir à l'observation directe des sujets qui interagissent avec le produit. Des questionnaires et d'ordinaire, ces questionnaires portent sur le produit et suivent donc son élaboration et son utilisation et des entrevues individuelles ou des entrevues de groupe (focus group) avec les

participants servent également à obtenir des informations sur les forces et les faiblesses du produit de même que sur les modifications souhaitables. [...] Comme dans d'autres types de recherche qualitative, le recours à des moyens multiples de cueillette de données ou à des sources multiples apparaît souhaitable. (Loiselle, 2001, p.88)

Bien que nous n'emploierons pas toutes les stratégies de collecte de données proposées par Loiselle (2001), les questionnaires et les premières entrevues nous permettront de développer la première version de l'outil d'évaluation à partir des besoins des membres du Département de soins infirmiers alors que l'observation participante suivie des entrevues semi-dirigées nous permettra de recueillir des données sur l'expérience d'utilisation de l'outil par les professeures et professeurs ainsi que d'obtenir une rétroaction sur les améliorations à y apporter, et ce, pendant l'utilisation de l'outil lors de l'observation participante et en différé lors après la mise à l'essai.

3.2.4 L'outil d'évaluation de la pensée critique

L'outil d'évaluation que nous souhaitons produire sera construit à partir d'éléments du cadre conceptuel et à l'aide des données recueillies en lien avec les besoins des professeures et professeurs lors des questionnaires et de la première entrevue semi-dirigée réalisée auprès des participants. Il subira ensuite des modifications à la suite des seconde et troisième entrevues et à sa mise à l'essai. Cette façon de procéder assurera que l'outil ainsi développé sera adapté aux besoins des utilisateurs et au contexte dans lequel elles et ils prévoient l'utiliser. Par ailleurs, nous croyons pertinent de rappeler que bien que l'outil tiendra compte des besoins des professeurs et du contexte d'utilisation de l'outil, sa conception reposera aussi sur la définition de la pensée critique que nous avons proposée et des indicateurs de la pensée critique que nous aurons déterminés à partir de la recension des écrits ainsi que ceux identifiés par les professeurs dans le questionnaire et lors des entrevues.

Notre démarche de développement comportera donc quatre étapes à l'image du modèle de développement proposé par Loisel (2001). D'abord une analyse de la situation que nous allons effectuer à l'aide du questionnaire et des entrevues semi-dirigées. Ensuite viendra l'étape de planification et de production de l'outil suivie de la validation auprès des professeures et professeurs, les utilisateurs potentiels de l'outil une fois la recherche terminée. Enfin, l'étape de révision et d'évaluation avant la mise à l'essai à plus grande échelle. C'est également durant cette étape que se déroulera l'observation participante. Une fois l'observation terminée, nous allons recueillir les commentaires sur l'expérience d'utilisation et les modifications finales seront apportées à l'outil d'évaluation afin de compléter l'étape de révision et d'évaluation du produit.

3.2.5 Le journal de bord

Durant la recherche, nous tiendrons un journal de bord afin de conserver des traces des différents éléments du contexte dans lequel s'est déroulée la recherche et des facteurs qui auront influencé nos décisions tout au long de son déroulement. Comme le mentionnent Karsenti et Savoie-Zajc (2004), le journal de bord est un document de référence pour le chercheur qui lui permet de demeurer réflexif pendant sa recherche. Comme le mentionne Loisel (2001) : « un journal de bord servira à consigner les décisions du chercheur ou de l'équipe chargée du développement et les raisons justifiant ces décisions » (p.88). C'est pourquoi, nous croyons pertinent d'y consigner de l'information sur une base assidue durant la recherche, puisque cela nous permettra de conserver des traces de nos bases décisionnelles et d'expliquer plus efficacement nos choix méthodologiques ou autres lorsqu'il sera temps de rédiger le rapport de recherche.

3.3 Les méthodes d'analyse et de traitement des données

L'analyse des données sera faite à partir de la codification des données recueillies par les questionnaires et les entrevues semi-dirigées. L'objectif premier ici ne sera pas de recenser le nombre de réponses similaires à des questions ou la fréquence de certaines données, mais plutôt d'évaluer si la démarche a permis de répondre à nos objectifs de recherche. Comme le mentionne Lecavalier (2009) lorsqu'il aborde la forme des résultats de recherche :

Les chercheurs interprétatifs, ayant posé au départ une question centrale ou parfois plusieurs questions d'ordre secondaire, répondent à ces questions à l'aide des résultats. Les tableaux ne sont pas toujours nécessaires et ils prennent une forme plus linguistique que numérique. (p.9)

Rappelons donc nos objectifs de recherche : 1) concevoir un outil d'évaluation de la mobilisation de la pensée critique propre aux stages en soins infirmiers et 2) valider l'outil d'évaluation de la pensée critique.

En ce qui concerne l'outil d'évaluation que nous souhaitons développer, les résultats proviendront en partie de l'observation participante ainsi que des entrevues. L'objectif sera de démontrer si l'outil correspond aux attentes des participantes ou participants et s'il permet bien d'évaluer le niveau de développement de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants dans un contexte de stage en soins infirmiers. Puisque nous menons notre recherche à l'intérieur du paradigme interprétatif, l'analyse des données servira donc à codifier et regrouper les données afin de faire émerger du sens et des catégories. Il nous apparaît souhaitable, à ce stade-ci de la planification, que la codification des données soit mixte. Elle comportera des catégories émergentes et des catégories prédéterminées. Ce n'est que lors de l'analyse des réponses aux questionnaires et aux entrevues que nous pourrons choisir la codification de façon définitive.

Comme le mentionne Anadón (2006) lorsqu'elle aborde les critères de scientificité de la recherche interprétative collaborative :

La recherche doit donner la voix aux différents participants. Elle doit assurer que les différents points de vue soient exprimés et produire des effets permettant aux participants d'élargir leurs points de vue, de mieux se connaître et de développer le sentiment de pouvoir agir sur soi et sur le monde. (p.12)

Cela signifie donc que la validité et la crédibilité de notre démarche proviendront en partie du fait que l'outil permettra de bien évaluer la pensée critique, mais aussi qu'il sera conforme aux besoins des participants et qu'il leur permettra d'agir sur les difficultés vécues par rapport à l'évaluation de la pensée critique durant les stages en s'assurant de sa fiabilité par l'entremise de l'intercodage.

3.4 Échéancier et contraintes liées au contexte

L'échéancier pour le déroulement de la recherche est prévu sur un peu plus d'une année. Le chercheur a prévu poursuivre ses tâches d'enseignement et mener les étapes préparatoires à l'expérimentation durant l'automne 2010. Par la suite, une demande de congé à l'hiver 2011 permettra au chercheur de se consacrer entièrement à la recherche.

Ce choix a été fait afin de permettre au chercheur de préparer les questionnaires et les schémas d'entrevues durant l'automne 2010. Au début de la session d'hiver 2011, les questionnaires seront distribués et les premières entrevues semi-dirigées auront lieu quelques semaines plus tard. Une première analyse des données permettra alors de développer la version préliminaire de l'outil et ainsi planifier sa mise à l'essai au début de l'hiver 2011. Des modifications seront ensuite apportées à l'outil et sa mise à l'essai finale devrait avoir lieu vers la fin de

l'hiver 2011. L'analyse finale et la discussion des données nécessiteront une plus longue période puisque le chercheur devra assumer une pleine tâche d'enseignement et participera aux différents travaux en lien avec l'actualisation du programme. Cette partie devrait être terminée durant les sessions d'automne 2011 et d'hiver 2012 pour le dépôt final à l'automne 2012.

Cet échéancier pourrait difficilement être prévu autrement en raison de diverses contraintes en lien avec le contexte que nous allons maintenant expliquer. D'abord, le fait que le chercheur ne pourra se consacrer à temps plein sur le projet de recherche avant l'hiver 2011 fait en sorte que les délais de production des questionnaires et des schémas d'entrevue seront allongés.

En second lieu, le contexte d'enseignement dans le programme Soins infirmiers fait en sorte que les stages nécessaires pour mettre à l'essai nos outils se dérouleront à des dates qui sont fixées dans le temps. Chaque étudiante et étudiant du programme poursuit ses études selon un profil établi par le cheminement scolaire. Elles et ils seront donc inscrits à deux cours de soins infirmiers par session, sauf pour les étudiantes et étudiants inscrits au cours *180-440-SF Soins infirmiers en pédiatrie et en périnatalité* qui ne seront inscrits qu'à un seul cours de la discipline maîtresse. Comme chacun des cours comporte des stages en milieu clinique, cela signifie que les étudiantes et étudiants effectueront deux stages dans des milieux cliniques différents durant la session. Puisque les stages sont circonscrits dans une période de temps bien définie, nous devons planifier nos séquences d'observation dans un laps de temps bien déterminé entre février et mai 2011.

La rencontre avec les professeures ou professeurs participant à la mise à l'essai se déroulera de façon individuelle et aura lieu à la fin de la mise à l'essai. Cela permettra de rencontrer tous les professeures et professeurs ayant participé à la recherche puisque leur charge d'enseignement sera terminée. Il sera alors plus facile de planifier une rencontre avec elles et eux.

Ces contraintes de temps représentent toutefois quelques avantages. Les données seront recueillies sur une longue période et à plusieurs moments par des outils différents : les questionnaires au début de l'hiver 2011; la première vague d'entrevues quelques semaines plus tard; la seconde entrevue accompagnée de la séance d'information qui mènera à la mise à l'essai réduite; la mise à l'essai finale à fin de l'hiver 2011 et l'analyse des données à l'automne 2011 et l'hiver 2012. Cela devrait apporter une triangulation temporelle des données.

L'analyse des données débutera dès que les résultats des questionnaires seront disponibles et se poursuivra tout au long des étapes ultérieures de la recherche. C'est aussi à ce moment que nous compléterons la rédaction finale de l'analyse des données et de la discussion de celles-ci. Les dernières révisions seront effectuées à l'automne 2012 et le dépôt final du rapport de recherche est prévu au plus tard en décembre 2012.

4. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

4.1 Considérations éthiques à l'égard des professeures et professeurs

Afin de nous conformer aux exigences éthiques que requiert la recherche, nous avons mis en place différents moyens pour nous assurer de ne pas poser de préjudices aux participantes et participants.

Dans un premier temps, la problématique de recherche, le problème ainsi que les objectifs de la recherche ont été présentés aux participantes et participants de la recherche appartenant au groupe professeurs. De plus, l'échéancier et les attentes envers les personnes intéressées à participer à la recherche ont été expliqués à tout le Département de soins infirmiers.

Par la suite, les personnes qui ont accepté de participer à la recherche ont été rencontrées individuellement afin de prendre connaissance plus en détail du déroulement et pour répondre à toutes questions en lien avec la recherche qu'elles avaient. À ce moment, le formulaire de consentement leur a été remis pour signature. Les participants ont eu le loisir de se retirer de la recherche à tout moment.

En ce qui concerne les données recueillies sur papier, elles ont été conservées de façon sécuritaire dans un classeur dont seul le chercheur possédera la clé. Les enregistrements sont conservés au même endroit et toutes les données informatiques sont protégées par un mot de passe. De plus, les renseignements nominatifs ne sont pas diffusés dans les résultats, ils sont plutôt encodés de façon à assurer l'anonymat des participants. Lorsque des extraits d'entrevue sont cités dans le

rapport, on retrouve un code d'identification qui ne permet pas aux lecteurs d'identifier la personne interviewée.

De cette façon, notre projet de recherche répond aux normes éthiques définies par Karsenti et Savoie-Zajc (2004) qui stipulent que :

les participants à un projet de recherche sont généralement informés des objectifs et des effets prévisibles de leur participation. Ils sont volontaires, en pleine connaissance de cause, l'anonymat est protégé ainsi que la confidentialité, les informations ne seront divulguées que sous forme agglomérée. (p.41)

Comme le mentionne aussi Gauthier (2009), l'anonymat sert également à assurer la rigueur scientifique puisque « les gens s'exprimeront plus franchement et seront moins inhibés dans leurs comportements s'ils croient que ce qu'ils vont dire ou faire sera traité en toute confidentialité » (Idem, p.302).

Enfin, puisque nous adoptons une posture interprétative, nous avons dû nous mêler temporairement à la vie des participantes et participants afin d'approfondir l'analyse de la situation. Dans un tel contexte, Karsenti et Savoie-Zajc (2004) mentionnent que même si les sujets humains donnent leur consentement, il faut être très vigilant puisqu'il pourrait arriver que les chercheurs soient mis en présence de situations qui ne se rapportent pas à la recherche. Par exemple, lors de l'observation le chercheur a pu obtenir de l'information sur la vie personnelle des professeures et professeurs participants ou être témoin de situations qui ne sont pas pertinentes pour la recherche. Lors des entrevues, certaines ou certains professeurs ont affirmé employer des pratiques pédagogiques qui ne sont pas celles souhaitées et adoptées par le Département de soins infirmiers. Nous avons dû faire preuve de jugement et de circonspection puisque ces informations ont été obtenues dans le cadre de la recherche et que nous nous devons d'assurer la confidentialité et l'anonymat.

4.2 Considérations éthiques à l'égard des étudiantes et étudiants

En ce qui concerne les étudiantes et étudiants, ils ont été rencontrés avant la mise à l'essai de l'outil afin de leur expliquer les objectifs de la recherche et les avantages et inconvénients de la recherche pour eux. Le rôle du chercheur et des professeures ou professeurs participants a été expliqué et les étudiantes et étudiants ont été informés de la visite du chercheur dans le milieu clinique. La participation des étudiantes et étudiants à la recherche a été moins importante que celle des professeures et professeurs en terme de temps puisqu'elles et ils n'ont eu qu'à répondre à des questions à propos de situations cliniques que le chercheur et la ou le professeur participant ont observé. Les professeures et professeurs ont utilisé l'outil d'évaluation des stages habituel et les mêmes normes d'évaluation ont été appliquées pour les étudiantes et étudiants participants que pour celles et ceux qui ne participaient pas à la recherche.

Les étudiantes et étudiants qui ne souhaitaient pas participer à l'évaluation ont eu le loisir de refuser. Par ailleurs, puisque la recherche visait à développer l'outil d'évaluation de la pensée critique et à vérifier son efficacité, certaines ou certains auraient pu être portés à croire que cela influencera les résultats de l'évaluation de stage. Or, puisque nous n'en étions qu'à la conception et à la mise à l'essai de l'outil, il n'a été utilisé que pour des fins de validation. Les étudiantes et étudiants ont été informés que l'outil n'était pas utilisé pour évaluer leur performance en stage, mais bien uniquement pour vérifier s'il était efficace pour évaluer le niveau de développement de la pensée critique chez eux. Les professeures et professeurs ont reçu la consigne de ne pas tenir compte des résultats d'évaluation obtenus à l'aide de l'outil lors de l'évaluation du stage.

Enfin, notons que le chercheur a été complètement libéré de sa tâche d'enseignement durant la mise à l'essai de l'outil. De cette façon, il n'a pas été placé

dans une situation dans laquelle il devait utiliser l'outil pour évaluer les étudiantes et étudiants qu'il supervisait lui-même en stage, évitant ainsi une situation potentielle de conflit d'intérêts.

5. LES MOYENS UTILISÉS POUR ASSURER LA SCIENTIFICITÉ

Durant la recherche, divers moyens ont été employés pour assurer la scientificité et la rigueur. Puisque notre recherche s'inscrit dans le paradigme interprétatif, les critères de validité scientifique sont différents d'une recherche positiviste. Comme le mentionne Anadón (2006):

le caractère scientifique de ce type de recherche tient plus à la manière de travailler, à des critères d'ordre relationnel et éthique qu'à des critères traditionnels de scientificité. En effet, les résultats seront valides s'ils sont utilisables dans l'action et dans la pratique (p.24).

En recherche qualitative, les critères de validité scientifique sont remplacés par des critères de rigueur méthodologique (Anadón, 2006). Karsenti et Savoie-Zajc (2004) définissent quatre critères méthodologiques, dont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmation. Voyons ces critères un peu plus en détail.

5.1 La crédibilité

La crédibilité consiste à s'assurer que l'interprétation par le chercheur du phénomène étudié est plausible. Pour sa part, Drapeau (2004) explique que la validité

interne, à laquelle il accorde la même signification que le terme crédibilité dans le cas d'une recherche interprétative, « implique de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité ou crédibles, c'est-à-dire d'évaluer si ce que le chercheur observe est vraiment ce qu'il croit observer » (p.81). Selon Karsenti et Savoie-Zajc (2004), diverses stratégies de triangulation des résultats ainsi que le retour aux participants et le recours à plusieurs instruments de collecte de données permettent d'assurer la crédibilité de la recherche.

Dans le cadre de notre recherche, nous utilisons trois modes de collecte de données : le questionnaire, les entrevues semi-dirigées ainsi que l'observation. Nous avons expliqué dans la section traitant des choix méthodologiques les choix pour lesquels nous avons retenu ces trois instruments de collecte de données. D'abord, le questionnaire permet de recueillir une grande quantité de données dans une courte période de temps. Par la suite, les entrevues semi-dirigées nous permettront de valider certaines données recueillies avec le questionnaire, mais surtout de les enrichir. De plus, les séquences d'observation nous permettront de recueillir des données dans l'action et de valider encore une fois notre perception auprès des participantes et participants.

5.2 La transférabilité

Le critère de la transférabilité correspond à la possibilité pour une autre personne de juger si les résultats obtenus s'étendent à d'autres contextes (Loiselle, 2001). Par ailleurs, dans le cadre d'une recherche développement, l'objectif demeure de développer un outil qui satisfait d'abord les besoins des participants, ce qui ne signifie pas obligatoirement qu'il ne pourra être transférable à d'autres contextes comme le mentionnent Loiselle et Harvey (2007) :

En raison de la singularité de l'expérience de développement réalisée, il est difficile d'en dégager des principes généralisables. Néanmoins, bien qu'elle ne vise pas la production de résultats généralisables, la recherche développement amène tout de même le chercheur à dégager de l'expérience des pistes d'action qui dépassent potentiellement le cadre de l'expérience menée. La notion de transférabilité, proposée par Lincoln et Guba (1985) s'applique ici davantage que la notion de « généralisabilité ». En fournissant des descriptions complètes et détaillées du contexte, des participants à l'étude et du processus de développement, le chercheur-développeur augmente la possibilité pour le lecteur de juger si les résultats obtenus sont adaptés à leur situation particulière (Ibid, p.55).

Cette position rejoint celle de Karsenti et Savoie-Zajc (2004) qui affirment également que « le chercheur a la responsabilité de fournir des descriptions des contextes à l'intérieur desquels s'est déroulée la recherche et aussi de fournir les caractéristiques de son échantillon » (p.143). À l'aide du journal de bord que nous allons produire tout au long du déroulement de la recherche, nous serons en mesure de bien détailler les caractéristiques des participants et les différents choix méthodologiques que nous avons faits en raison du contexte. Le journal de bord sera donc un outil précieux pour nous et le lecteur afin de répondre aux exigences de transférabilité.

Bien que la transférabilité de notre outil d'évaluation n'était pas notre préoccupation première, il nous apparaît raisonnable de croire que les professeurs des autres institutions d'enseignement collégial qui offrent le cours de soins infirmiers pourraient y voir un outil intéressant pour leur propre pratique puisqu'ils doivent développer les mêmes compétences chez les étudiantes et étudiants et que le développement de la pensée critique chez les infirmières et infirmiers est une préoccupation provinciale. À partir de la description détaillée du contexte et des caractéristiques détaillées de l'échantillon, les professeurs des autres cégeps du Québec auront en main les données nécessaires pour juger de la possibilité d'utiliser l'outil d'évaluation dans le cadre de leur évaluation de stage.

5.3 La fiabilité

La fiabilité de la recherche renvoie « à la cohérence entre les questions posées au début de la recherche, l'évolution qu'elles ont subie, la documentation de cette évolution et les résultats de la recherche » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2004, p.143). Pour Loiselle (2001), la fiabilité renvoie à l'indépendance des analyses faites par le chercheur. Pour assurer la fiabilité, cet auteur propose que le chercheur analyse et mette en évidence les éléments influençant l'interprétation des résultats comme le contexte de la recherche, les caractéristiques des participantes et participants ou encore le choix des méthodes d'analyse des données pour ne mentionner que ceux-ci.

Par ailleurs, Loiselle et Harvey (2007) mentionnent d'autres moyens afin de favoriser la fiabilité pour la recherche développement.

La subjectivité du chercheur-développeur joue un rôle certain dans la recherche développement puisque ce dernier se situe au cœur des décisions de développement. Ses expériences antérieures de même que son bagage théorique viendront sans doute teinter la prise de décision et l'analyse des données. La mise en lumière de ces éléments dans l'analyse de l'expérience et le recours à des méthodes de triangulation faisant appel à des sources de données et des méthodes de collecte de données multiples permettront toutefois de mieux étayer les positions du chercheur-développeur. (Loiselle et Harvey, 2007, p.55)

Dans le cadre de notre recherche, nous avons explicité notre posture épistémologique et détaillé les raisons qui nous ont amenés à faire des choix qui pourraient influencer les résultats de la recherche. De plus, nous avons utilisé trois instruments de collecte de données en plus de retourner valider ceux-ci auprès des participants à de multiples reprises. Par ailleurs, dans ce contexte nous ne pouvons nous en remettre entièrement aux conceptions des professeures ou professeurs, mais également au cadre théorique qui augmente la qualité des prises de décisions quant aux indicateurs utilisés dans la

grille, et ce, de manière à s'assurer que ce qui est observé correspond effectivement à l'objet sur lequel porte l'observation et l'évaluation, à savoir la pensée critique.

5.4 La confirmation

La confirmation constitue le quatrième critère méthodologique identifié par Karsenti et Savoie-Zajc (2004). Selon ces auteurs, celui-ci renvoie au processus d'objectivation pendant et après la recherche. L'objectivation fait généralement référence aux divers processus de discussion et de négociation de sens entre les participantes ou participants afin de stabiliser le produit et le rendre cohérent avec les cadres théoriques, les contextes, les pratiques et les perceptions. Dans ce cas, l'ensemble des procédures retenues afin d'effectuer des retours avec les professeures ou professeurs constitue un aspect en lien avec ce critère. Nous avons donc décrit clairement la démarche de recherche que nous avons empruntée pour mener à terme celle-ci. Par exemple, la description des outils de collecte de données que nous avons utilisés et la justification de ceux-ci par rapport à la posture épistémologique que nous avons adoptée, le type de recherche que nous voulions mener, les discussions et entretiens pré et post expérimentation constituent des exemples de moyens pour assurer la confirmation.

QUATRIÈME CHAPITRE

LA PRÉSENTATION ET L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats obtenus à la suite de la collecte des données, leur analyse, ainsi que la discussion de ceux-ci. De façon plus précise, nous allons présenter et interpréter les données obtenues à partir des questionnaires, des entrevues semi-dirigées et de celles obtenues suite à la mise à l'essai de la grille d'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieu clinique.

1. DONNÉES OBTENUES À PARTIR DES QUESTIONNAIRES

Les questionnaires ont été conçus et validés à la fin janvier 2011 auprès de deux professeures et du directeur d'essai. La version finale qui fut distribuée aux membres du Département de soins infirmiers en février 2011 est présentée à l'annexe D.

À cette date, la liste officielle des professeures et professeurs du Département de soins infirmiers comptait 58 personnes. De ce nombre, il faut soustraire quelques personnes qui étaient absentes pour toute la durée de la session en raison de divers motifs tels qu'un congé de maladie ou un congé à traitement différé par exemple. Cela a réduit le nombre total de professeures et professeurs qui occupaient une tâche d'enseignement à 52.

Tous les professeurs et professeuses du Département de soins infirmiers ont été informés par MIO¹⁶ que le chercheur serait présent pour les rencontrer, discuter du projet avec eux et leur remettre un questionnaire à remplir. Deux rencontres ont eu lieu les 3 et 4 février 2011 afin de pouvoir rencontrer un maximum de professeurs et professeuses en personne. Au total, 52 questionnaires furent distribués. De ce nombre, 25 questionnaires furent remis en mains propres et 27 furent remis par MIO. Un délai de quatorze jours a été accordé aux membres du Département de soins infirmiers pour remplir le questionnaire. Sept jours après la distribution des questionnaires et la veille de la date de remise, un rappel fut envoyé à tous les membres du Département de soins infirmiers par MIO. Le tableau 11 présente les statistiques en lien avec le nombre de questionnaires distribués et taux de réponse obtenu.

Tableau 11 :
Questionnaires distribués et taux de réponse

Mode de distribution	Nombre de questionnaires distribués	Nombre de questionnaires complétés
En personne	25	12
Par MIO	27	6
Total provisoire :	52	
Désistements	-3	0
Non rejoints	-2	0
Total :	47	18

En raison du manque de professeurs et professeuses pour enseigner dans une équipe de cours, les membres de cette équipe ont informé le chercheur qu'il leur serait impossible de participer à la recherche. De plus, deux professeuses n'ont pu être rencontrées en personne et n'ont jamais consulté les MIO. Elles n'ont donc jamais reçu le questionnaire. Le nombre total de candidats potentiels pour la recherche est donc passé de 52 à 47.

¹⁶ MIO signifie messagerie interne omnivox. Il s'agit d'une plateforme de communication utilisée par le Cégep de Sainte-Foy. Entre autres, elle permet d'envoyer des messages à tous les employés de l'établissement. Son principal intérêt est qu'il permet à l'auteur du message de savoir si la ou le destinataire a consulté le message et à quel moment il ou elle l'a fait.

Au total, 18 des 47 professeures et professeurs ont rempli et remis le questionnaire au chercheur. Le taux de réponse fut donc de 38,3 %.

1.1 Codification des réponses aux questions

Afin d'analyser les questionnaires, nous avons lu et codifié chaque réponse à l'aide de la catégorisation mixte (L'Écuyer, 1990). Nous avons d'abord tenté de classer chaque réponse dans une des catégories prédéterminées, et lorsque cela était impossible, nous avons temporairement classé les énoncés dans une catégorie appelée « autre ». Une fois la première codification faite, nous avons relu toutes les réponses que nous avons classées dans la catégorie « autre » et nous avons regroupé, sous une nouvelle catégorie, les réponses semblables ou celles dont le sens était semblable. Enfin, lorsque toutes les réponses furent assignées à une catégorie, nous avons repris chacune d'elles afin de nous assurer qu'elles étaient classées dans la catégorie appropriée.

Chacune des catégories n'est pas mutuellement exclusive. Puisque notre questionnaire a été construit avec des questions à développement, la richesse de certaines réponses fournies par les participantes et participants a fait en sorte qu'il était souvent impossible de les classer dans une seule catégorie. Une même réponse touchait souvent quelques thèmes et pouvait donc être classée dans plus d'une catégorie. Lorsque c'était le cas, les réponses ont été découpées en unités de sens suffisamment autonomes pour la rapporter à une catégorie plutôt qu'une autre.

1.1 Réponses obtenues à la question 1

La question 1 du questionnaire était libellée comme suit : « Expliquez, selon vous, ce qu'est la pensée critique en soins infirmiers ». Des catégories prédéterminées ont été proposées à partir de la revue de littérature des différents modèles de la pensée critique que nous avons décrits au chapitre 3. Il s'agit des catégories habiletés, attitudes, normes, compétences et contexte. À ces catégories, nous avons ajouté les catégories suivantes : connaissances, processus, jugement clinique, expérience et actions.

Ce qui ressort de l'analyse est que les professeures et professeurs identifient principalement des habiletés cognitives lorsqu'elles et ils tentent de définir la pensée critique en soins infirmiers. En effet, 16 personnes ont identifié des habiletés cognitives dans leur définition de la pensée critique. Au total, 11 habiletés ont été identifiées et sont présentées dans le tableau 12.

Tableau 12 :
Habilités cognitives de la pensée critique identifiées
par le corps professoral du Département de soins
infirmiers

Analyser	Juger / évaluer
Combiner	Interpréter
Raisonner	Questionner / remettre en question
Synthétiser	Déduire
Choisir une solution	Discerner
Induire	

L'habileté la plus souvent identifiée (n=8) est l'habileté « analyser ». Les professeures et professeurs parlent d'analyser des événements, de l'information, la situation clinique, des éléments de la situation clinique ou encore les besoins d'un patient. Nous retenons que principalement, il s'agit d'explorer et examiner en détail la

situation clinique, puisque les besoins du patient ou l'information à traiter se rattachent habituellement à une situation clinique qui s'inscrit à l'intérieur d'un contexte de soins.

La seconde habileté la plus souvent mentionnée est juger/évaluer (n=3). Les professeurs parlent d'évaluer des connaissances dans le but de savoir si elles pourraient s'appliquer à une situation de soins. Les professeures et professeurs mentionnent aussi évaluer une situation clinique, plus particulièrement la pertinence des informations recueillies par l'infirmière ou la pertinence des interventions thérapeutiques.

Les habiletés interpréter, raisonner et combiner arrivent au troisième rang en termes de fréquence (n=2). Les professeures et professeurs parlent d'interpréter la situation clinique ou ses éléments constitutifs, mais ils ne précisent pas davantage ce qu'elles et ils entendent par interpréter. Toutefois, elles et ils mentionnent tous les deux analyser et interpréter la situation clinique dans leur réponse. Cela nous porte à croire qu'elles et ils y voient une distinction.

Deux personnes mentionnent la capacité de raisonner en abordant soit son développement ou la capacité de l'étudiant à le faire par lui-même sans préciser davantage ce qu'ils entendent par raisonnement. Pour l'habileté que nous avons nommée « combiner », les professeures et professeurs la décrivent comme la capacité de faire des liens entre les connaissances, le problème ou la situation. Une personne la décrit comme la capacité d'utiliser plusieurs habiletés à la fois de façon complémentaire. Le tableau 13 présente quelques réponses fournies par les professeures et professeurs en lien avec des habiletés requises pour exercer une pensée critique.

Outre les habiletés cognitives, les professeures et professeurs ont défini la pensée critique comme une pensée qui amène l'infirmière à agir (n=10) et qui tient

compte du contexte (n=10). Les professeures et professeurs mentionnent qu'elle mène vers une action cognitive comme prendre une décision, analyser la situation ou encore combiner des habiletés intellectuelles, mais également vers une action physique comme prodiguer des soins à un patient ou choisir de ne pas intervenir ou encore demander de l'aide. Elles et ils mentionnent à plusieurs reprises que l'action est appropriée à la situation, au patient, basée sur des connaissances solides et qu'elle est effectuée de façon professionnelle. Nous retenons donc que selon les professeures et professeurs, l'action doit être appropriée au contexte.

Tableau 13 :
Exemples d'habiletés de la pensée critique identifiées par les membres du
Département de soins infirmiers et extraits de réponses

Habiletés	Professeurs	Extraits
Analyser	P42	Il s'agit de l'usage de la raison afin d'analyser et évaluer la complexité des besoins d'un patient afin de dispenser des soins.
Juger / évaluer	P12	Être en mesure d'utiliser tous les types de connaissances, juger celles-ci afin de les appliquer dans une situation particulière.
Combiner (incluant interpréter)	P39	Processus en mouvement, qui fait appel entre autres à la réflexion, au jugement et à la capacité de transférer les notions apprises à d'autres situations et qui va amener l'élève à résoudre un problème quelconque. Pour cela l'étudiant doit être capable de différencier les éléments d'une situation, les analyser, les interpréter, les comprendre pour déduire la problématique et faire des liens avec ses connaissances pour solutionner le ou les problèmes en articulant le tout pour arriver à donner des soins adéquats, sécuritaires et optimaux.
Questionner	P38	Je crois que c'est la capacité de se remettre en question, de questionner l'information que l'on reçoit, d'avoir le réflexe de vérifier les sources d'information, de se demander pourquoi on fait tel geste, de se demander d'où vient l'information qu'un collègue nous donne, de vérifier si elle est à jour...

En ce qui concerne le contexte, il est constitué des différents éléments qui modulent la situation clinique : les connaissances, la pathologie du patient, les besoins de ce dernier, l'expérience de l'infirmière, ses compétences, etc. À la suite de la lecture et l'analyse des réponses des professeures et professeurs à la question 1, il nous apparaît clairement que la pensée critique se manifestera différemment d'une situation clinique à l'autre et que les habiletés à utiliser et combiner seront modulées par le contexte unique de chaque situation comme le mentionne la ou le professeur P50 : « la pensée critique c'est une phase d'analyse qui précède une action. L'infirmière se forme un jugement pour intervenir dans un contexte bien précis ».

Les connaissances (n=7) correspondent au quatrième élément le plus souvent mentionné, elles sont suivies du jugement clinique (n=6) en cinquième position. Les professeures et professeurs mentionnent que les connaissances sont à la base de la pensée critique, puisqu'elles permettent à l'étudiant de comprendre la situation clinique, de l'analyser, de l'interpréter, de faire des liens entre les divers éléments qui la constituent et de déterminer les actions à entreprendre à l'intérieur de celle-ci. Dans les connaissances, les professeures et professeurs identifient autant les connaissances antérieures, théoriques, contextuelles qu'expérientielles.

Pour sa part, le jugement clinique est identifié parfois comme une composante de la pensée critique ou comme une finalité ou un résultat de la pensée critique. Le tableau 14 présente des exemples de réponses à propos du rôle des connaissances et du jugement clinique en lien avec la pensée critique.

Étonnamment, seulement deux professeures et professeurs ont identifié les attitudes comme une composante de la pensée critique dans leur définition, alors qu'ils ont identifié 8 attitudes qu'ils pourraient observer chez les étudiantes et étudiants faisant preuve de pensée critique à la question 2. De plus, deux professeures et professeurs affirment prendre en compte des attitudes afin d'évaluer la pensée

critique (question 3). Enfin, une ou un seul des deux professeurs affirmant évaluer les attitudes les mentionne dans sa définition de la pensée critique.

Tableau 14 :

Exemples de réponses des professeurs et professeurs à propos des connaissances et du jugement clinique comme composantes de la pensée critique.

Thème	Professeurs	Extraits
Connaissances	P51	La pensée critique est le processus par lequel les professionnels de la santé mettent toutes leurs connaissances ensemble afin de faire des liens entre les pathologies, les médicaments, les examens diagnostiques et paracliniques pour pouvoir être capables de visualiser son patient dans l'ensemble et lui donner les soins adéquats et spécifiques.
Jugement clinique	P9	En soins infirmiers, je dirais que la pensée critique est lorsqu'une étudiante est capable de discerner des situations où il lui faut agir selon ce qui lui a été enseigné et aussi lorsqu'elle est en mesure de reconnaître son incapacité à agir par manque de connaissances et donc d'aller chercher de l'aide afin d'être en mesure de poser les bons gestes pour ses patients (en se référant aux manuels, aux pairs ou encore à l'enseignant).

1.2 Réponses obtenues à la question 2

La question 2 était libellée comme suit: « Selon vous, quels sont les comportements que vous pourriez observer lors des stages en milieu clinique chez une étudiante ou un étudiant qui présente une pensée critique? »

Les réponses fournies par les professeurs et professeurs nous ont permis de catégoriser 21 conduites qui, selon eux, seraient observables lors des stages en milieu

clinique et qu'elles et ils associent à la mobilisation d'une pensée critique. Nous avons été en mesure de regrouper ces comportements sous deux catégories : les habiletés intellectuelles et les attitudes. Les habiletés font essentiellement référence à la capacité d'accomplir une tâche alors que les attitudes sont plutôt en lien avec la tendance de la personne à agir ou vouloir agir d'une certaine façon dans un ensemble de situation.

En ce qui concerne les habiletés intellectuelles, ce qui ressort de l'analyse est que les professeures et professeurs identifient la capacité de faire des liens entre les connaissances théoriques et le contexte de la pratique professionnelle comme une conduite de la pensée critique (n=8). Elles et ils définissent cette habileté comme la capacité de l'étudiante ou l'étudiant à utiliser les connaissances appropriées à la situation et à transposer la théorie à la pratique.

La seconde habileté la plus fréquemment mentionnée est questionner (n=7). Les professeures et professeurs considèrent qu'une ou un étudiant qui pose des questions qui lui permettent d'établir des liens entre la théorie ou la situation actuelle du patient, de cerner le problème ou qui sont pertinentes avec le contexte de la situation de soins sont des conduites que l'on peut observer chez une ou un étudiant qui présente une pensée critique.

La troisième réponse la plus fréquente (n=6) est lorsque l'étudiante ou l'étudiant tient compte du contexte pour intervenir auprès du patient, qu'elle ou il adapte ses connaissances et son jugement à la situation et qu'elle ou il fournit des réponses aux questions de la ou du professeur adaptées au contexte.

Justifier ses choix (n=5) ou argumenter est la quatrième habileté la plus souvent mentionnée dans les questionnaires. Cette habileté se manifeste par les explications que fournissent les étudiantes et étudiants pour appuyer leurs actes ou raisonnements. Les professeures et professeurs mentionnent que poser la bonne action

ou prendre la bonne décision n'est pas le fruit du hasard et que les étudiantes et étudiants qui font preuve de pensée critique sont en mesure d'expliquer leurs actions, décisions et jugements à l'aide d'arguments appropriés à la situation.

Les habiletés d'autoévaluation (n=4) et de transmettre de l'information (n=4) se retrouvent à égalité au cinquième rang. Ces étudiantes et étudiants sont en mesure d'apprécier la qualité et la validité de leurs actions, décisions ou jugement. Ils analysent, évaluent, critiquent et remettent en question au besoin leurs actions, jugements et décisions. Ces étudiants sont aussi en mesure de transmettre de l'information pertinente aux autres professionnels ou au patient et sa famille en l'adaptant en fonction du contexte, que ce soit par écrit ou verbalement.

Au total, 13 habiletés ont été identifiées dans les questionnaires. Les habiletés comme cerner le problème, rechercher une solution, anticiper les conséquences ou formuler des hypothèses et interpréter des données ont été mentionnées à deux reprises. Pour leur part, les habiletés comme déduire, évaluer et synthétiser ont été mentionnées une seule fois chacune. Le tableau 15 présente une synthèse des différentes habiletés associées à la pensée critique selon les professeures et professeurs de soins infirmiers.

Tableau 15 :
Habilités associées à la mobilisation de la pensée critique
selon les professeures et professeurs en soins infirmiers

Habilités	Professeurs	Extraits
Faire des liens théorie - pratique	P23	Une étudiante qui se questionne et qui établit des liens entre la théorie et la situation actuelle de son patient. Qui ne se fie pas juste aux éléments théoriques mais qui adapte ses connaissances et son jugement aux différentes situations rencontrées en stage.
Questionner	P2	L'étudiant formule des questions et circonscrit le problème de façon claire et précise.
Tenir compte du contexte	P39	Capacité de faire des liens, de transposer dans les travaux, les discussions de groupe, dans les histoires de cas. Poser des gestes adéquats dans les situations cliniques.
Justifier ses choix – argumenter	P26	C'est difficile à nommer, une étudiante peut exécuter des interventions et soins adéquats par automatisme (infirmière exécutante). Pour savoir si elle a un bon jugement ça dépend beaucoup des justifications qu'elle donne. Ex. : j'administre cet analgésique parce que ... et pas seulement parce que c'est prescrit.
Autoévaluer	P9 P7	Un étudiant ayant une bonne pensée critique est un étudiant qui est en mesure de remettre en question ses actes, qui prend le temps de réfléchir aux conséquences (positives ou négatives) de ses traitements auprès des patients. Analyser son comportement et ses habiletés : dire ses points forts et ses points faibles.
Transmettre de l'information	P26	On peut observer la pensée critique dans la rédaction du PTI, les notes au dossier, lors de discussion avec d'autres professionnelles aussi, mais c'est surtout dans son discours.

En ce qui concerne les attitudes, les professeurs en ont identifié huit, et ce, même si seulement deux professeures ou professeurs ont mentionné évaluer les attitudes à la question 3. Quelques exemples d'attitudes associées à une pensée critique sont présentés dans le tableau 16.

Deux attitudes sont les plus fréquemment mentionnées. Il s'agit de la curiosité et de l'autonomie (n=5). La curiosité se manifeste par la recherche d'informations, retourner chercher de l'information supplémentaire ou la valider dans des volumes de référence, poser des questions ou encore prendre des initiatives dans la recherche d'informations. Pour sa part, l'autonomie est mentionnée sans être clairement définie ou appuyée par des exemples. Nous avons catégorisé l'autonomie parmi les attitudes, puisque nous la concevons comme une disposition ou une tendance de l'étudiante ou l'étudiant à adopter certaines conduites qui favorisent le développement de la capacité à produire un jugement infirmier ou à accomplir certaines tâches infirmières, plutôt que sa réelle capacité à le faire seul sans aide extérieure.

Les attitudes les plus fréquemment mentionnées par la suite sont la remise en question¹⁷ et l'ouverture d'esprit (n=2). Pour les professeures et professeurs, la remise en question se manifeste par des comportements tels que s'interroger sur les sources d'information, ne pas accepter systématiquement qu'une information soit exacte sans tenter de la valider, tenter de valider une donnée par soi-même ou encore recourir à une source externe et plus impartiale. En ce qui concerne l'ouverture d'esprit, les professeures et professeurs la décrivent comme une disposition à modifier sa façon de penser, ses comportements ou à considérer les commentaires des autres personnes.

¹⁷ Afin de ne pas confondre le lecteur, nous voulons souligner la distinction entre l'habileté « questionner » et l'attitude « remise en question ». L'habileté réfère à la capacité de poser des questions afin de mieux comprendre une situation alors que l'attitude « remise en question » correspond plutôt à la propension à mettre en doute et vérifier l'exactitude des informations disponibles.

Les quatre attitudes restantes ont été mentionnées une seule fois (n=1) dans les questionnaires. Il s'agit du respect des normes et standards professionnels, de la créativité et la confiance en soi et de la responsabilité. Ces trois dernières ont été mentionnées par la ou le même professeur (P47).

Tableau 16 :
Exemples d'attitudes associées à la mobilisation de la pensée critique selon les professeurs et professeurs en soins infirmiers.

Attitudes	Professeurs	Extraits
Curiosité	P50	Fait des recherches et pose des questions pertinentes.
Autonomie	P19	C'est l'étudiant qui met à jour le PSTI et le PTI évidemment.
Remise en question	P38	Elle sera capable de comparer l'information reçue par des collègues, des infirmières ou des professionnels de la santé, ou par l'enseignant(e), avec une source fiable d'information.
Ouverture d'esprit	P39	Ouverture d'esprit, souplesse à modifier, tient compte des remarques.

1.3 Réponses obtenues à la question 3

La question 3 était libellée comme suit : « Quels moyens utilisez-vous actuellement pour évaluer la pensée critique des étudiantes et étudiants durant les stages en milieu clinique? »

Le questionnement (n=14) est la technique la plus utilisée par les professeurs et professeur pour évaluer la pensée critique. Les travaux de stages incluant le PTI (n=7) suivis de près par les mises en situation/histoires de cas (n=6) et la grille

d'évaluation des stages (n=6) sont les autres instruments d'évaluation les plus utilisés. Le tableau 17 présente des extraits de réponses recueillies pour la question 3.

Les questions des professeures et professeurs évaluent les connaissances des étudiantes et étudiants, les liens qu'elles et ils font entre la théorie et la clinique et permettent de connaître les raisons derrière les actes infirmiers et les éléments qu'elles et ils ont considérés pour produire un jugement infirmier. De manière générale, il semble que le questionnement sert principalement à faire ressortir les processus de pensée qui ont mené à un jugement infirmier ou un acte infirmier.

Les travaux de stage permettent à la fois d'évaluer les connaissances des étudiantes et étudiants, les liens qu'elles et ils font entre la théorie et la pratique ainsi que de voir certains processus de pensée dans les justifications qu'elles et ils fournissent avec leurs réponses. Certains travaux, comme le PTI, permettent aux professeures et professeurs de voir le résultat de la pensée critique, c'est-à-dire le jugement infirmier produit par l'étudiante ou l'étudiant.

En ce qui concerne les mises en situation/histoire de cas, les professeures et professeurs disent qu'elles leur permettent de mettre en contexte les étudiantes et étudiants et d'évaluer leurs connaissances et leurs raisonnements. Elles permettraient également d'évaluer la curiosité intellectuelle et la capacité de faire des liens entre les connaissances lors de la correction de ces travaux par la ou le professeur. De plus, les présentations faites par les étudiantes et étudiants des mises en situation/histoires de cas permettent aux professeurs d'évaluer leur capacité à transmettre de l'information et d'adapter cette information à l'auditoire.

Tableau 17 :
Extraits de réponse à propos des moyens utilisés par les professeures et professeurs pour évaluer la pensée critique

Moyens d'évaluation	Professeurs	Extraits
Questionnement	P23	C'est par l'observation et le questionnement que je peux évaluer leurs connaissances, leur raisonnement et s'ils peuvent faire des liens entre la théorie, la pratique et la situation de leur client.
Travaux de stage et PTI	P47	Je dispose de différents outils dans les travaux demandés qui me permettent de reconnaître certains aspects mentionnés à la question 2 : (Bonnes connaissances, bon jugement. Dégager une confiance en soi. Autonomie. Responsable. Capacité de faire des liens théorie-pratique. Attitudes professionnelles dans le savoir-faire et le savoir-être. Être curieuse et créative dans son approche et solutions proposées. Capacité de travailler en équipe afin de partager les expertises.)
Mise en situation / Histoire de cas	P9	Je questionne les étudiants sur divers sujets ayant un lien avec leurs patients; je propose des mises en situation où ils doivent agir et j'évalue leurs réponses, les corrigeant au besoin. J'évalue aussi la teneur et la profondeur des travaux qu'ils me remettent.
Grille d'évaluation des stages	P38	Il me semble que différentes sections de la grille d'évaluation du stage font référence à la pensée critique, comme « évaluer avec discernement une situation clinique... »

La grille d'évaluation des stages est utilisée par six professeures et professeurs, mais ils ne précisent pas tous quels aspects de la pensée critique ils évaluent à l'aide de celle-ci. Seulement deux professeurs ont fourni cette précision. La ou le premier mentionne la capacité à évaluer avec discernement une situation

clinique. La ou le second dit évaluer l'autonomie des étudiantes et étudiants, plus spécifiquement, prendre des initiatives pertinentes, faire des liens de façon pertinente, planifier son travail en établissant des priorités, analyser et interpréter la situation.

Par la suite, on retrouve cinq éléments d'évaluation identifiés à trois reprises chacun (n=3). Il s'agit de l'observation du comportement, les notes personnelles du professeur, le club de lecture, les liens entre les connaissances que font les étudiantes et étudiants ainsi que leur autonomie. Bien que les liens que font les étudiantes et étudiants ainsi que l'autonomie dont elles et ils font preuve ne constituent pas des moyens d'évaluation au sens propre, les professeures et professeurs mentionnent en tenir compte dans l'évaluation. Elles et ils utilisent le questionnement et l'observation pour les évaluer.

L'observation du comportement n'est pas utilisée seule, puisqu'elle est jumelée, par les professeures et professeurs, au questionnement afin de mieux comprendre les raisons qui ont guidé l'action. Cela leur permet d'avoir accès au processus de pensée plutôt qu'uniquement au résultat de celui-ci. Il leur est possible de consigner ces informations par écrit dans des notes personnelles afin de s'y référer plus tard pour produire l'évaluation de stage.

Le club de lecture est une activité complémentaire aux travaux de stage. L'étudiante ou l'étudiant doit sélectionner un article scientifique dans le domaine des soins infirmiers, en faire la lecture et en présenter une synthèse lors d'une période d'enseignement clinique. Par la suite, la ou le professeur questionne le groupe à propos de l'article et anime les discussions. La ou le professeur peut alors observer différentes habiletés telles que la transmission de l'information, le questionnement et faire des liens entre la théorie et la pratique. Cela permet aussi d'observer différentes attitudes comme l'ouverture d'esprit, la curiosité et la remise en question.

Les professeures et professeurs disent observer les liens entre les connaissances lorsque les étudiantes et étudiants se voient attribuer de nouveaux patients ou lorsque la ou le professeur les questionne directement.

En ce qui concerne l'autonomie, une ou un seul des trois professeurs a défini ce qu'elle ou il évaluait sous ce critère. Il semble que l'évaluation soit basée sur la pertinence des réponses fournies à ses questions en milieu clinique ainsi que sur les « bonnes » initiatives que les étudiantes et étudiants prennent en stage.

Par ailleurs, trois professeures ou professeurs ont mentionné ne pas évaluer la pensée critique ou du moins ne pas le faire formellement lors des stages en milieu clinique. Les raisons invoquées sont variables, mais on retient l'absence de critère défini formellement dans la grille d'évaluation des stages et le contexte de stage qui fait en sorte que la ou le professeur ne disposerait pas de suffisamment de temps pour évaluer la pensée critique.

Il en ressort que les différents moyens utilisés par les professeures et professeurs semblent évaluer principalement les connaissances, les liens que les étudiantes et étudiants font entre la théorie et la pratique ainsi que le jugement clinique. Certains moyens permettent aussi d'avoir accès au processus de pensée qui a mené à la production d'un jugement infirmier ou à un acte infirmier. On remarque également que seulement quelques attitudes sont évaluées par les différents moyens utilisés par les professeures et professeurs.

Les différents moyens ou outils utilisés pour mesurer la pensée critique semblent donc évaluer les mêmes éléments de la pensée critique. Il semble que peu importe l'instrument utilisé, les mêmes éléments sont évalués par ceux-ci. Il y aurait donc une certaine redondance entre les outils ou moyens. Le constat est donc que les outils d'évaluation de stage actuellement à la disposition des membres du Département de soins infirmiers permettent d'évaluer principalement les résultats

d'une pensée critique, soit le jugement infirmier ou les interventions infirmières, et de les quantifier indirectement sous différents critères de la grille d'évaluation des stages en milieu clinique. Toutefois, bien que les professeures et professeurs affirment utiliser divers outils formels et informels pour évaluer la pensée critique, il semble que peu importe l'outil, ce sont toujours les mêmes indicateurs de la pensée critique qui sont évalués.

1.4 Réponses obtenues à la question 4

La question 4 était libellée comme suit: « Quelles difficultés rencontrez-vous lorsque vous évaluez la pensée critique des étudiantes et étudiants durant les stages en milieu clinique? ».

La difficulté la plus souvent mentionnée au niveau de l'évaluation se rattache au manque de temps pour bien évaluer les étudiantes et étudiants (n=10). Ce manque de temps s'expliquerait principalement par deux choses, d'abord, le contexte des stages qui fait en sorte qu'une ou un professeur doit évaluer six étudiantes ou étudiants dans une même période de temps, et ce, à travers des situations cliniques qui seront différentes pour chacune et chacun d'entre eux. Selon les professeures et professeurs, le manque de temps fait en sorte que la pensée critique n'est pas évaluée adéquatement parce que la ou le professeur n'a pas le temps de bien questionner l'étudiante ou l'étudiant, de l'observer adéquatement en fonction de critères spécifiquement associés à la pensée critique, ou de revenir avec elle ou lui sur la situation afin de lui demander d'expliquer ses décisions et les bases de son jugement. Le contexte des stages comme la charge de travail du professeur avec six étudiantes et étudiants, l'état des patients, la cadence de travail et le fait que la pensée critique ne font pas partie de la culture hospitalière rendent difficile son évaluation. Ces éléments ont été questionnés davantage lors des entrevues, mais déjà les réponses à cette question viennent confirmer une de nos hypothèses de départ selon laquelle le

manque de temps causé par la structure même des stages en milieu clinique est une des plus grandes difficultés en ce qui a trait à l'évaluation de la pensée critique.

La seconde difficulté la plus souvent mentionnée (n=7) est qu'il n'y a pas d'outil spécifique pour évaluer la pensée critique. Quelques professeures et professeurs disent évaluer la pensée critique à travers la grille de stages actuelle, mais les éléments sont éparpillés un peu partout dans celle-ci et ils ne sont pas en mesure de dresser un portrait global de l'étudiante et de l'étudiant. Selon la ou le professeur P27, l'absence d'outil spécifique rendrait difficile la mise en relation de toutes les informations reçues dans un court laps de temps, et donc l'évaluation de la pensée critique.

Pour sa part, l'objectivité (n=6) de l'évaluation de la pensée critique est identifiée comme une difficulté importante. Ce manque d'objectivité provient en partie de l'absence d'outil spécifique qui ne permet pas d'assurer une évaluation juste et équitable des étudiantes et étudiants. De plus, les professeures et professeurs n'ont pas la même définition de la pensée critique, elles et ils évaluent des éléments différents et n'attribuent pas nécessairement la même valeur pour chacun des éléments évalués, plusieurs ont donc soulevé le problème de l'objectivité lors de l'évaluation de la pensée critique en stage.

Le contexte (n=6) particulier des stages en milieu clinique est aussi identifié comme une difficulté pour évaluer la pensée critique. Les réponses obtenues mentionnent que la charge de travail engendrée par la supervision de six étudiantes ou étudiants, la surveillance clinique de douze patients et la communication avec les divers intervenants de l'unité de soins sont tous des éléments nuisibles à l'évaluation de la pensée critique. De plus, le manque d'uniformité au niveau des situations cliniques auxquelles les étudiantes et étudiants sont exposés rend difficile l'évaluation de la pensée critique. L'aspect évolutif de la pensée critique à travers la progression dans le programme et le fait que sa manifestation chez l'étudiante ou l'étudiant sera

différente en fonction du contexte dans lequel s'inscrit la situation de soins sont deux autres difficultés identifiées par les répondants. Le rythme et la cadence de travail en stage rendent difficile son évaluation par les professeures et professeurs, mais aussi font en sorte qu'il est plus difficile pour l'étudiante ou l'étudiant d'en faire la démonstration en raison du caractère urgent de certaines situations et du stress vécu quotidiennement.

Toujours selon les professeures et professeurs, certaines caractéristiques des étudiantes ou étudiants (n=4), comme leur propension à être en mode défensif lorsqu'elles ou ils sont évalués, leur manque d'autonomie ou de curiosité intellectuelle, parfois de sérieux et le manque de connaissances au début du programme, font en sorte qu'il est difficile d'évaluer la pensée critique, puisqu'il est parfois impossible d'avoir accès aux processus de pensée qui ont mené à une décision ou qui justifient cette même décision. On constate donc que le problème de l'accès au processus de pensée des étudiantes et étudiants est influencé par plusieurs facteurs.

D'autres difficultés liées à l'évaluation de la pensée critique ont été mentionnées. Il s'agit, entre autres, de la difficulté d'observer la pensée critique (n=3) due à son caractère non tangible ou « interne ». L'influence des autres intervenants (n=3) qui servent de modèles aux étudiantes et étudiants, mais chez qui la pensée critique n'est pas toujours développée ou qui croient les aider en leur fournissant les réponses aux questions de la ou du professeur. Enfin, le manque de connaissances antérieures (n=2) des étudiantes et étudiants a été mentionné, mais les répondants n'ont pas précisé de quelle façon ce manque de connaissances antérieures nuisait à l'évaluation de la pensée critique. Le tableau 18 présente les principales difficultés identifiées en regard de l'évaluation de la pensée critique ainsi que quelques extraits des réponses obtenues.

Tableau 18 :
Principales difficultés rapportées par les professeurs et professeurs en lien avec
l'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieu clinique

Difficulté	Professeurs	Extraits
Manque de temps	P19	Trop d'étudiants, pas assez de temps pour les questionner et ainsi évaluer adéquatement au niveau de la pensée critique.
Absence d'outil d'évaluation, démarche ou critère	P36	Pas de grille précise concernant cette fameuse pensée critique que je connais mais que j'ai quand même de la difficulté à définir.
	P12	Le manque d'outil concret pour réaliser cette tâche (évaluation). Le manque de critères d'évaluation.
Contexte des stages	P27	Rythme et cadence de travail trop importante, trop d'intervenants, problème de communication. Stress trop important.
Objectivité	P9	Ce n'est pas "tangibile"; comme c'est un concept, c'est quelque peu difficile de bien évaluer. De plus, nous pouvons nous questionner à savoir si tous les professeurs ont la même définition de "pensée critique" et aussi quelle est leur façon de l'évaluer. De plus, jusqu'à quel point pouvons-nous retrancher des points de stage sur un concept comme celui-là... il faut vraiment avoir des arguments "béton" lors de l'évaluation sommative de nos étudiants!
Caractéristiques étudiantes	P27	Le fait que les étudiants sont évalués les place en mode défensif.
Difficulté d'observation	P7	Le problème est que ce n'est pas du concret comme le vide d'air d'une seringue ou un questionnaire précis comme le PQRSTU.
Autres intervenants	P38	Je remarque également que la pensée critique ne semble pas très développée chez plusieurs infirmières qui sont des modèles pour nos étudiants, elles ont tendance à dire «on fait ça parce que c'est comme ça», sans se questionner, par automatisme...

1.5 Réponses obtenues à la question 5

La question 5 était libellée comme suit: « Selon vous, quels instruments ou moyens seraient les plus appropriés pour évaluer la pensée critique chez les étudiantes et étudiants lors des stages en milieu clinique? »

Ce qui ressort de l'analyse des réponses fournies par les professeures et professeurs est que l'autoévaluation de l'étudiante ou l'étudiant (n=10) devra être incluse dans l'outil d'évaluation de la pensée critique. Autre constat, l'autoévaluation ne peut être utilisée seule comme outil d'évaluation de la pensée critique. Sur les dix personnes qui ont identifié cet instrument comme un moyen adéquat d'évaluer la pensée critique en stage, neuf considèrent que l'autoévaluation doit être utilisée avec un autre outil. Nous concluons donc que l'autoévaluation devra faire partie de l'outil proposé et non être l'outil en lui-même. Ce constat rejoint également la position de plusieurs auteurs qui affirment qu'il est souhaitable d'utiliser plusieurs outils pour évaluer adéquatement la pensée critique (Boisvert, 1997; Dexter, et al., 1997; N. C. Facione et Facione, 1996a). Selon les professeures et professeurs qui ont répondu au questionnaire, les outils d'évaluation qui devraient accompagner l'autoévaluation sont l'échelle descriptive (n=4), la grille d'observation (n=3) et la grille critériée (n=2).

Par ailleurs, les professeures et professeurs ont mentionné que peu importe la forme finale de l'outil, il est primordial que les critères d'évaluation soient présentés clairement dans celui-ci (n=6) afin que tous aient une vision commune de ce qu'elles et ils doivent évaluer pour assurer une évaluation équitable. Rappelons qu'il s'agit également d'une des conclusions inscrites dans le rapport d'autoévaluation du programme Soins infirmiers en tant qu'il s'agissait d'une faiblesse majeure de l'ancien outil d'évaluation des stages qui était employé jusqu'en 2010. Nous concluons donc que peu importe l'outil que nous proposerons, il sera primordial que

chaque niveau ou indicateur de la pensée critique y soit décrit de façon explicite afin de réduire le plus possible les biais individuels dans l'évaluation.

Les professeures et professeurs qui ont répondu au questionnaire ont identifié plus d'un outil d'évaluation. Exception faite de l'autoévaluation, la grille d'observation est l'outil qui est identifié le plus souvent (n=6), suivie par la grille critériée (n=5) et l'échelle descriptive (n=4). Par ailleurs, un professeur a indiqué que la grille d'observation seule n'est pas un moyen adéquat pour évaluer la pensée critique en raison de la difficulté pour le professeur d'être suffisamment présent auprès des six étudiantes et étudiants à chaque occasion pour évaluer leur pensée critique.

Nous concluons de ces résultats qu'aucun des outils d'évaluation ne se démarque significativement des autres, outre l'autoévaluation. Cependant, en ce qui concerne l'autoévaluation, les réponses obtenues sont claires à savoir qu'elle ne peut être utilisée seule, mais qu'elle doit faire partie du système d'évaluation de la pensée critique en stage.

Autre constat, une caractéristique est commune autant à la grille d'observation, à la grille critériée qu'à l'échelle descriptive, à savoir que ces trois outils fourniraient des détails à l'évaluateur sur ce qui doit être évalué pour chacun des critères. De façon générale, chacun de ces outils fournit soit une liste de ce qui doit être fait par l'étudiante ou l'étudiant ou la description de ce qui doit être observé par la ou le professeur.

Pour sa part, la grille d'observation propose une liste d'éléments que la ou le professeur peut observer chez l'étudiante ou l'étudiant. Il lui est ensuite possible d'évaluer la performance de l'étudiante ou l'étudiant en comparant ses observations avec les éléments contenus dans la grille pour lui attribuer une note. La grille critériée propose habituellement une liste des critères d'évaluation qui permet à la ou au

professeur de comparer des actions faites par les étudiantes et étudiants à un standard et de les situer sur un barème d'évaluation. Pour sa part, l'échelle descriptive présente des conduites de l'étudiante et l'étudiant et les situe sur un niveau. La ou le professeur peut ensuite catégoriser la performance de l'étudiante ou l'étudiant sur des niveaux à partir de la description contenue à l'intérieur de chacun d'eux. En résumé, la force de ces outils est qu'ils offrent une description des éléments à évaluer chez l'étudiante et l'étudiant. Cela permettrait donc de répondre à deux des difficultés d'évaluation de la pensée critique identifiées par les professeurs, soit l'absence de points de référence et le manque d'objectivité de l'évaluation.

Étonnamment, bien que le questionnaire soit le moyen le plus utilisé pour évaluer la pensée critique (n=14) à la question 3, seulement deux professeures et professeurs croient qu'il s'agirait du moyen le plus approprié. Par ailleurs, le questionnaire est identifié comme un moyen simple et rapide à utiliser en complémentarité avec ces trois moyens d'évaluation.

Enfin, on constate qu'aucun répondant n'a retenu le texte écrit comme moyen pour évaluer la pensée critique en stage. Au contraire, trois personnes indiquent qu'il serait inapproprié de l'utiliser, comme le mentionne la ou le professeur P19 à propos de ce que devrait être l'outil d'évaluation : « il est certain que ça doit être un moyen court et efficace et non de grands textes à écrire pour l'étudiant et à lire par le professeur ».

Nous concluons donc que pour répondre aux besoins des professeures et professeurs du Département de soins infirmiers, notre outil devra expliciter les critères d'évaluation, présenter clairement les éléments à évaluer et laisser une place importante à l'autoévaluation par les étudiantes et étudiants tout en demeurant simple d'utilisation.

2. DONNÉES OBTENUES À PARTIR DES ENTREVUES DE PRÉRÉDACTION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE

Les entrevues préparatoires à la conception de l'outil se sont déroulées en mars et avril 2011. Au total, sept professeures et professeurs ont été interviewés (P6, P9, P12, P18, P34, P40 et P49). Les entrevues avaient pour but de préciser et d'approfondir certaines données obtenues par l'entremise des questionnaires afin d'amorcer la conception de l'outil d'évaluation de la pensée critique pour les stages en milieu clinique. Pour être sélectionnés pour une entrevue, les professeures et professeurs devaient avoir répondu au sondage et avoir des disponibilités dans la période durant laquelle les entrevues se sont déroulées. Les entrevues ont eu une durée variant entre quarante et soixante-trois minutes et ont toutes été enregistrées.

Les entrevues étaient divisées en deux parties. La première partie portait sur la conception de la pensée critique des professeures et professeurs, alors que la seconde les questionnait sur l'évaluation de celle-ci à l'intérieur des stages en soins infirmiers. Le schéma d'entrevue comportant la liste de toutes les questions posées est présenté à l'annexe E.

Aux fins d'analyse, nous avons écouté chaque entrevue à plusieurs reprises et retranscrit les réponses à chacune des questions. Par la suite, nous avons procédé à des regroupements par unité de sens en fonction de catégories prédéterminées et émergentes pour chacune des réponses. Enfin, nous avons formé une synthèse des réponses de chacune des questions à partir des regroupements établis précédemment. Par la suite, nous avons revu chacune des réponses afin de nous assurer qu'elle avait été classée dans le regroupement approprié. Nous présentons maintenant la synthèse des réponses obtenues pour chacun des blocs de questions.

2.1 Bloc 1 : Conception de la pensée critique

Dans la première portion de l'entrevue, nous cherchions à obtenir des données sur la conception de la pensée critique qu'ont les membres du Département de soins infirmiers interrogés. De façon plus précise, nous voulions savoir comment les professeures et professeurs définissent la pensée critique, ce qui la compose ainsi que ce qu'elles et ils croient être en mesure d'observer chez les étudiantes et étudiants qui mobilisent la pensée critique en soins infirmiers. Nous leur avons également proposé quelques conclusions tirées des réponses obtenues dans les questionnaires et recueilli leurs commentaires à ce sujet. Enfin, nous avons conclu ce premier bloc de questions en proposant notre définition opérationnelle de la pensée critique et les avons questionnés à ce sujet afin d'examiner dans quelle mesure elle pouvait correspondre à leur conception ou contribuer à l'alimenter.

2.1.1 La conception de la pensée critique des membres du Département de soins infirmiers

Nous avons demandé aux personnes interrogées de décrire ce que signifiait à leurs yeux penser de manière critique en soins infirmiers. De plus, nous leur avons demandé quelles étaient les habiletés intellectuelles et attitudes propres à la pensée critique en soins infirmiers.

2.1.1.1 Habiletés intellectuelles de la pensée critique

En ce qui concerne les habiletés intellectuelles, les sept personnes interrogées mentionnent le jugement comme une composante de la pensée critique. Elles identifient le jugement comme la capacité de l'étudiante ou l'étudiant à prendre une décision adéquate par rapport aux interventions de soins à poser auprès d'un patient après avoir évalué l'ensemble de la situation clinique.

Pour ces professeures et professeurs, le jugement mène à une intervention infirmière réfléchie, appropriée et personnalisée en fonction des besoins du patient et des contraintes de la situation clinique. Comme le mentionne P49 :

La pensée critique est une pensée équitable et logique par rapport aux soins à apporter à un patient. Elle se manifeste dans tout le processus de soins, c'est-à-dire autant lorsque l'étudiante écrit des notes au dossier, relève des prescriptions que lorsqu'elle agit auprès du patient.

Les professeures et professeurs identifient également les capacités d'évaluation et d'analyse de l'étudiante comme des composantes de la pensée critique. De façon globale, elles et ils réfèrent à plusieurs aspects de la situation clinique comme l'évaluation et l'analyse des besoins du patient, en passant par l'analyse des données scientifiques disponibles lors de l'intervention. Elles et ils mentionnent également l'évaluation et l'analyse de sa propre performance en tant qu'étudiante ou étudiant, l'évaluation des ressources matérielles et humaines lors de l'intervention infirmière, des résultats et du suivi requis à la suite de celle-ci.

En ce qui concerne la dimension « avoir une approche réflexive », elle est rapportée à trois reprises (P6, P9, P12). Pour ces professeures et professeurs, il s'agit de l'habileté de l'étudiante ou l'étudiant à faire un retour sur ses processus de pensée ou ses interventions afin d'en déceler les failles et apporter des correctifs au besoin. On y retrouve donc de façon indirecte les habiletés d'autoévaluation et d'autocorrection qui avaient également été exprimées dans les questionnaires.

Les professeures et professeurs identifient la remise en question ou le doute comme une composante de la pensée critique en soins infirmiers. Elles et ils mentionnent, par exemple, le fait de ne pas accepter d'emblée des données sans d'abord se questionner sur leur validité. Par ailleurs, il semble que les membres du Département de soins infirmiers ayant identifié cette composante ne semblent pas s'entendre à savoir si la remise en question est une habileté intellectuelle ou une

attitude propre à la pensée critique. En effet, deux personnes (P9, P12) l'ont identifiée comme une attitude alors qu'une personne (P18) la perçoit comme une habileté intellectuelle. Par ailleurs, notons qu'une personne (P40) a identifié la remise en question ou le doute à la fois comme une attitude et une habileté intellectuelles. Enfin, mentionnons que la remise en question et le doute étaient identifiés dans la catégorie des attitudes dans les questionnaires. Il sera donc nécessaire de clarifier ce concept avec les professeures et professeurs qui mettront l'outil à l'essai une fois sa conception terminée.

L'habileté à justifier ses interventions est mentionnée à deux reprises (P9, P12). Les professeures et professeurs la décrivent comme la capacité de l'étudiante ou l'étudiant à expliquer les raisons qui sous-tendent une intervention et à argumenter à rebours les interventions effectuées.

L'habileté à faire des liens entre la théorie et la pratique (P9) est mentionnée une seule fois comme une habileté propre à la pensée critique, alors que cette réponse était ressortie à plusieurs reprises dans les questionnaires. Toutefois, lorsque nous les avons questionnés directement à ce sujet à la question 4, tous les professeures et professeurs interrogés se disent en accord avec l'affirmation qu'une étudiante ou un étudiant qui fait preuve de pensée critique sait faire des liens entre les connaissances théoriques et le contexte de la situation clinique.

2.1.1.2 Attitudes de la pensée critique

En ce qui concerne les attitudes de la pensée critique en soins infirmiers, la curiosité est rapportée à trois reprises (P9, P40, P49). Selon les professeures et professeurs, il s'agit du désir de mieux comprendre la situation clinique et de chercher à en savoir davantage à propos d'un sujet ou de la situation clinique. Selon elles et eux, cette attitude se traduit par des recherches que fait l'étudiante ou

l'étudiant ainsi que des questions qu'elle ou il soulève par rapport à divers éléments de la situation clinique.

L'humilité ou l'authenticité envers soi-même est identifiée comme une attitude de la pensée critique à deux reprises (P6, P18). Ces professeures et professeurs mentionnent que cette attitude se manifeste par la reconnaissance de ses limites autant physiques qu'intellectuelles chez l'étudiante ou l'étudiant. Elles et ils mentionnent également qu'il serait souhaitable que l'étudiante ou l'étudiant mette en place des mesures pour repousser ces limites une fois que celles-ci sont identifiées, ce qui rejoint le concept d'autorégulation que nous avons introduit dans notre définition.

L'ouverture d'esprit (P12) et le respect (P18) sont mentionnés une fois chacun. Selon les professeures et professeurs, l'ouverture d'esprit se traduit par la capacité d'écoute de l'étudiante ou l'étudiant et son attitude par rapport aux points de vue divergents du sien. Le respect se traduit également dans la façon de l'étudiante ou l'étudiant d'interagir avec les autres et sa congruence envers elle ou lui-même.

Les avis étaient partagés lorsque nous avons demandé aux professeures et professeurs s'ils croyaient nécessaire que les étudiantes et étudiants utilisent toutes les habiletés et attitudes dans chaque situation pour faire preuve de pensée critique. Trois personnes répondent par l'affirmative (P6, P18, P40), alors que trois sont en désaccord (P9, P12, P49) et que la ou le dernier professeur(e) (P34) mentionne que ce serait une situation idéale, mais qu'il n'est pas obligatoire que l'étudiante ou l'étudiant démontre toutes les habiletés et attitudes dans chaque situation, sans toutefois expliquer davantage sa position.

Les professeures et professeurs en accord avec cette affirmation sont d'avis que si la démarche qui a mené à un jugement infirmier ou une intervention infirmière n'a pas mobilisé toutes les habiletés et attitudes propres à la pensée critique, celle-ci

ne découle pas de la pensée critique. À leurs yeux, il s'agit donc d'un tout indissociable.

Ceux et celles en désaccord sont plus souples dans leurs réponses. Pour sa part, P12 mentionne qu'en contexte de formation, il serait inadéquat d'exiger un tel standard en début de programme, puisqu'il serait impossible pour les étudiantes et étudiants de l'atteindre. Ce commentaire rejoint en partie la position de P49 qui se demande si le développement intellectuel des étudiantes et étudiants est suffisamment avancé pour permettre la pensée critique à leur entrée dans le programme. Il serait plutôt souhaitable d'intégrer les attitudes et habiletés de façon progressive en cours de formation. Pour sa part, P9 mentionne qu'en situation normale de soins, il serait réaliste d'exiger un tel standard pour une étudiante ou un étudiant en formation, mais qu'en situation d'urgence, le temps nécessaire pour assurer la réflexion n'est pas suffisant. Enfin, certaines et certains en désaccord avec cette affirmation sont d'avis que l'on pourrait exiger ce standard que pour des infirmières diplômées qui ont acquis suffisamment d'expérience professionnelle.

2.1.2 Observation de la pensée critique

Nous avons demandé aux professeures et professeurs comment se manifeste la pensée critique lorsque l'étudiante ou l'étudiant intervient auprès d'une personne en stage et quels éléments de la pensée critique ils croient possible d'observer chez une étudiante ou un étudiant en situation de soins.

Pour tous, le résultat de la pensée critique se manifeste dans l'intervention infirmière. Par exemple, dans la façon dont l'étudiante ou l'étudiant utilise ses connaissances pour intervenir auprès d'un patient, dans le choix de l'intervention à poser ou la façon d'effectuer l'intervention elle-même.

Cependant, pour être en mesure de témoigner que l'intervention est modulée par la pensée critique, les professeures et professeurs mentionnent qu'ils doivent avoir accès aux différentes étapes du processus qui a précédé l'intervention infirmière. En observant, elles et ils ont accès au résultat, mais c'est en questionnant les étudiantes et étudiants qu'ils mentionnent être en mesure d'« observer » le processus.

Cinq personnes interviewées (P9, P12, P18, P40, P49) disent être en mesure d'observer le processus qui a mené à un jugement infirmier et la qualité de ce dernier en questionnant l'étudiante ou l'étudiant. Elles et ils peuvent ainsi voir les liens que celle-ci ou celui-ci a fait entre la théorie et la pratique, son analyse de la situation clinique, sa capacité à cerner les éléments prioritaires dans la situation clinique, les raisons qui l'ont amené à déterminer un constat/problème ou une directive/intervention infirmière au PTI. Certains mentionnent également la possibilité d'observer les éléments mentionnés plus haut à travers les travaux de stage de l'étudiante ou de l'histoire de cas.

Une ou un professeur (P34) mentionne pouvoir observer la pensée critique lorsque l'étudiante ou l'étudiant fait de l'enseignement au patient ou répond à ses questions. Deux personnes mentionnent que la pensée critique peut s'observer dans les attitudes (P6, P34) de l'étudiante ou l'étudiant comme le respect (n=2), la remise en question des données (n=1) et le désir d'approfondir sa compréhension de la situation (n=1). Cela laisse croire que certaines composantes de la pensée critique ne seraient pas observables uniquement à l'aide du questionnement alors que d'autres pourraient s'observer sans celui-ci.

2.1.3 Comparaison avec les réponses obtenues par l'entremise des questionnaires

Nous avons ensuite présenté aux professeures et professeurs des conclusions que nous avons émises à la suite de la compilation des réponses aux questionnaires et leur avons demandé s'ils étaient en accord ou non avec celles-ci.

2.1.3.1 Les liens entre la théorie et la pratique

La première conclusion tirée à partir des questionnaires est qu'une étudiante ou un étudiant qui fait preuve de pensée critique sait faire des liens entre les connaissances théoriques et le contexte de la situation clinique.

Tous sont d'accord avec cette affirmation. Elles et ils mentionnent qu'à partir des liens que fait l'étudiante ou l'étudiant, ils sont en mesure de voir ce qu'elle ou il a retenu comme données, ce qu'elle ou il a analysé, comment elle ou il l'a fait, les conclusions qu'elle ou il en a tirées et comment elle ou il a adapté la théorie à la réalité de la situation de soins.

Les professeures et professeurs mentionnent que les étudiantes et étudiants qui font davantage de liens entre la théorie et la pratique ont tendance à proposer ou poser des interventions infirmières mieux adaptées au contexte de la situation clinique.

Deux (P12, P40) professeures ou professeurs sont d'avis que les connaissances sont un facteur qui influence grandement la capacité des étudiantes et étudiants à faire des liens théorie-pratique et que lorsque celles-ci sont insuffisantes, les étudiantes et étudiants ont davantage de difficulté à faire ces liens, ce qui viendrait donc limiter le développement ou la mise en œuvre de la pensée critique. À cet effet, rappelons que les connaissances constituent la première composante de la pensée critique dans le modèle de Kataoka-Yahiro (1994) et que selon Chaffe (1994) ainsi que Gordon (1995), la pensée critique réfère au savoir pour tirer des conclusions, entrevoir des hypothèses et cibler ce qui est important dans une situation. Enfin, les résultats de l'étude de Bergevin (2004), menée auprès d'étudiantes et d'étudiants de

première année en soins infirmiers, démontrent également que les connaissances exercent une influence majeure sur le développement de la pensée critique.

Puisque les membres du Département de soins infirmiers étaient tous d'accord avec l'affirmation qu'une étudiante ou un étudiant qui fait preuve de pensée critique sait faire des liens entre les connaissances théoriques et le contexte de la situation clinique, nous leurs avons demandé comment ils reconnaissaient qu'une étudiante ou un étudiant fait des liens entre les connaissances théoriques et le contexte de la situation clinique. Selon eux, les étudiantes ou étudiants qui font des liens entre les connaissances théoriques et le contexte de la situation clinique posent des gestes réfléchis et adaptés au contexte; ils sont capables de répondre aux questions de la ou du professeur et de justifier/expliciter leurs interventions (P6, P12, P18, P49); et elles et ils posent des questions dans le but de mieux comprendre la situation et reconnaissent la limite de leurs connaissances. Souvent, ce questionnement est intérieur, la ou le professeur doit alors questionner l'étudiante ou l'étudiant afin d'avoir accès au processus employé par celle ou celui-ci.

P40 mentionne d'ailleurs la nécessité de questionner l'étudiante ou l'étudiant à propos de ses interventions auprès du patient afin de s'assurer qu'elles découlent d'une pensée critique, car même si celles-ci sont adéquates, elles ne garantissent pas que l'étudiante ou l'étudiant a fait des liens entre la théorie et la pratique ou qu'elle ou il a tenu compte du contexte.

Puisque les professeures et professeurs ont identifié la nécessité de questionner les étudiantes et étudiants pour déterminer si leurs interventions découlent de la pensée critique, nous leur avons demandé de nous donner des exemples de questions qu'elles et ils posent à leurs étudiants afin d'évaluer leur pensée critique. Leurs réponses sont présentées dans le tableau 19.

Tableau 19 :
Exemples de questions demandées aux étudiantes ou étudiants pour vérifier
si elles ou ils adoptent une conduite critique

Professeur	Questions
P6	Pourquoi as-tu fait cette intervention? Pourquoi de cette façon précise?
P18	Est-ce normal que ton patient présente ces signes et symptômes compte tenu de son diagnostic?
P34	Qu'est-ce que te disent ces résultats d'examens? Que feras-tu à partir de ces résultats?
P40	Qu'est-ce qui explique ces modifications au niveau physiologique chez ton patient? Pourquoi agis-tu de la sorte dans ces circonstances?
P49	Je peux aussi observer la pensée critique de l'étudiante ou l'étudiant lorsqu'elle ou il se questionne sur la qualité des soins dispensés.

2.1.3.2 Adaptation des connaissances au contexte

Tous les professeures et professeurs sont d'avis que chaque situation est unique, même les patients atteints de la même pathologie présentent souvent des symptômes différents. Le contexte comprend plusieurs variables comme la personne, la famille, la maladie, le personnel soignant, les ressources disponibles, etc. Comme le mentionne P12 :

Si l'étudiante ou l'étudiant n'adapte pas ses interventions au contexte, cela me dit qu'elle ou il n'a pas de pensée réflexive et qu'elle ou il travaille de façon robotique. Pour ma part, même les questions que je lui pose sont en conséquence du milieu de stage et du contexte de la situation de soins.

Afin de reconnaître cette adaptation, les professeures et professeurs mentionnent la capacité de l'étudiante ou l'étudiant à modifier sa façon de faire face à une situation qu'elle ou il a déjà vécue, ou encore à modifier son attitude lorsque la situation change. Les professeures et professeurs affirment que les étudiantes et étudiants qui s'adaptent au contexte de la situation ne sont pas de simples exécutants, qu'elles et ils sont capables d'ajuster ou de modifier leurs interventions en fonction de ce qu'exige la situation. Par exemple, lors du retour à domicile d'un patient,

l'étudiante ou l'étudiant modifie ou ajuste l'enseignement de départ en fonction de ce que le patient sait déjà ou adapte l'enseignement au niveau de langage au patient.

2.1.3.3 L'autoévaluation et l'autocorrection

Toutes les personnes interrogées considèrent l'autoévaluation comme une conduite critique et mentionnent que si elle est bien faite, elle permettra à l'étudiante ou l'étudiant de voir ses forces et ses faiblesses et de prendre des mesures pour s'améliorer. Pour les professeures et professeurs, l'autoévaluation doit cependant amener l'étudiante ou l'étudiant à se questionner. P49 mentionne que la capacité d'autoévaluation de l'étudiante ou l'étudiant dépend de sa maturité et qu'elle n'est probablement pas la même à l'entrée dans le programme qu'à la fin de celui-ci.

Toutefois, les professeures et professeurs croient qu'il serait imprudent d'utiliser seulement l'autoévaluation pour évaluer la pensée critique. En effet, certains sont d'avis que l'étudiante ou l'étudiant pourrait s'autoévaluer en fonction des commentaires de la ou du professeur dans le but de lui plaire; dans ce cas, elle ou il n'effectue pas une introspection véritable qui suscite une remise en question, ni une démarche réflexive qui sont deux conditions essentielles pour que l'autoévaluation soit de l'ordre de la pensée critique.

Pour sa part, P6 mentionne que dans un contexte de formation, le professeur doit servir d'exemple pour l'étudiante et l'étudiant et les placer dans des situations où elles et ils devront régulièrement s'autoévaluer afin de développer cette habileté.

Nous avons aussi demandé aux professeures et professeurs comment il leur est possible d'observer l'autoévaluation chez les étudiantes et étudiants et comment il leur était possible de reconnaître que cette autoévaluation était de l'ordre de la pensée critique.

Quatre professeures et professeurs (P6, P9, P34, P49) mentionnent utiliser le journal de bord pour observer l'autoévaluation des étudiantes et étudiants, alors que trois parmi eux (P9, P34, P49) disent l'observer également dans les évaluations formatives et sommatives utilisées pour évaluer les stages, ou encore lors des rencontres qui accompagnent ces évaluations. Elles et ils se basent sur les explications fournies par les étudiantes et étudiants pour déterminer si l'autoévaluation est de l'ordre de la pensée critique.

La signification des termes autoévaluation et autocorrection ne semble pas poser de problèmes. Les professeures et professeurs affirment que l'autoévaluation fait référence à l'habileté de l'étudiante ou l'étudiant à poser un regard critique et évaluatif sur ses processus de pensée ou ses conduites. En ce qui concerne l'autocorrection, celle-ci survient après l'autoévaluation. Il s'agit de l'habileté de l'étudiante ou l'étudiant à apporter des modifications à ses processus de pensée ou ses conduites à la suite des résultats de son autoévaluation, et ce, en s'appuyant sur des références.

Les professeures et professeurs sont d'avis que l'autoévaluation devrait entraîner une autocorrection, mais certains y mettent des conditions. Par exemple, l'étudiante ou l'étudiant devra être honnête dans son autoévaluation et admettre qu'elle ou il a des conduites ou processus de pensée à améliorer. D'autres sont d'avis qu'il faudra un suivi suffisamment serré auprès de l'étudiante ou l'étudiant et suffisamment de temps pour lui permettre de mettre en place l'autocorrection et d'intégrer ces modifications à ses processus de pensée ou ses conduites.

Deux professeures ou professeurs (P9, P34) mentionnent que si l'autoévaluation de l'étudiante ou l'étudiant ne lui a pas permis de déceler des failles dans ses processus de pensée ou ses conduites, elle n'entraînera pas d'autocorrection. Pour P40, l'autoévaluation et l'autocorrection sont deux concepts différents et l'un n'entraîne pas l'autre automatiquement, sans toutefois préciser davantage sa pensée.

2.1.4 Proposition de notre définition de la pensée critique aux professeures et professeurs

Les dernières questions du premier bloc avaient pour but de présenter notre définition de la pensée critique en soins infirmiers aux professeures et professeurs pour ensuite recueillir leurs impressions concernant différents aspects de celle-ci. Voici la définition telle qu'elle était présentée lors des entrevues :

La pensée critique en soins infirmiers est un processus de pensée raisonnable, intentionnel, réflexif et autorégulateur que l'infirmière ou l'infirmier utilise dans le but de produire un jugement infirmier ou de poser un acte infirmier adapté au contexte de la situation en conformité avec les normes professionnelles et éthiques.

Six des sept personnes interrogées sont d'avis que la définition est complète¹⁸. Elles et ils apprécient particulièrement l'idée de réflexion et du jugement infirmier qui amène à des interventions adéquates et intentionnelles, car cela démontre que l'étudiante ou l'étudiant qui mobilise une pensée critique emploie une démarche rigoureuse et que les résultats obtenus ne sont pas le fruit du hasard.

Nous avons demandé aux professeures et professeurs d'identifier dans la définition des éléments qui leur semblaient complexes ou imprécis. Quatre personnes (P6, P12, P34 et P49) mentionnent le terme autorégulateur comme étant vague et expriment des craintes en ce qui a trait à la compréhension que les autres membres du corps professoral pourraient en avoir. Elles et ils mentionnent qu'il serait souhaitable de définir ce terme plus en profondeur. Certaines ou certains (P9, P49) se demandent si les étudiantes et étudiants seront en mesure de comprendre le terme autorégulateur, sans toutefois proposer une autre appellation.

¹⁸ Seul P40 a mentionné qu'il manquait un élément essentiel à la définition à ses yeux : la morale collective et personnelle. Nous l'abordons à la page 148.

Deux autres (P18, P40) se questionnent à propos de ce qu'est un processus de pensée raisonnable et de l'interprétation de ce terme par leurs collègues dans un contexte d'évaluation, alors que P12 se questionne à propos du terme jugement infirmier et de la signification que vont lui attribuer les autres professeures et professeurs du Département de soins infirmiers.

Les professeures et professeurs interrogés mentionnent plusieurs éléments de la définition comme étant essentiels et sont incapables de cibler seulement un ou deux termes. Ceux qui sont le plus souvent mentionnés sont : processus de pensée réflexif, jugement et actes infirmiers, conforme aux normes professionnelles et éthiques, intentionnel et adapté au contexte.

Devant la grande variété de réponses obtenues, nous concluons que les professeures et professeurs interrogés voient la définition de la pensée critique comme un tout indissociable. Selon elles et eux, notre définition est adéquate dans l'ensemble et chacun des éléments qui la composent est nécessaire pour qualifier une pensée de critique. Toutefois, il sera important de bien définir chacun des éléments de la définition afin que l'interprétation de ceux-ci soit le plus homogène, et ce, autant pour les professeures et professeurs que pour les étudiantes et étudiants.

Les professeures et professeurs nous ont ensuite indiqué quels éléments de la définition leur permettront d'identifier des conduites critiques chez les étudiantes et étudiants. Trois personnes (P9, P12 et P49) mentionnent que le jugement infirmier et l'acte infirmier qui en découle leur permettront d'identifier des conduites critiques chez les étudiantes et étudiants. Elles et ils émettent toutefois certaines conditions pour qualifier une conduite de critique, le jugement et les actes doivent découler d'un processus intentionnel et réfléchi (P6, P12, P18, P34) et ils doivent être conformes aux normes professionnelles (P9).

Lorsque nous avons demandé aux professeures et professeurs s'il manquait des éléments à la définition, deux critiques ont été formulées. La première est à l'effet que la définition n'aborde pas la base de connaissances sur laquelle les étudiants et étudiantes fondent leur jugement (P18). La seconde critique est à l'effet que la définition ne traite pas de la morale personnelle et collective (P40) sans toutefois préciser davantage sa pensée.

2.2 Synthèse des réponses obtenues pour les questions du bloc 2 : évaluation de la pensée critique en soins infirmiers

Cette partie de l'entrevue questionnait les professeures et professeurs sur l'évaluation de la pensée critique lors des stages en soins infirmiers. De façon plus spécifique, nous voulions savoir quelles difficultés sont rencontrées dans le processus d'évaluation de la pensée critique, quelles seraient les caractéristiques de l'outil d'évaluation idéal selon elles et eux et quels sont les outils qu'elles et ils utilisent pour évaluer la pensée critique actuellement. Voici donc la synthèse de l'analyse pour chacune des questions du bloc 2.

2.2.1 Les difficultés liées à l'évaluation de la pensée critique en stage et solutions proposées

Nous avons demandé aux professeures et professeurs d'identifier les principales difficultés liées à l'évaluation de la pensée critique en stage. Les réponses obtenues à cette question sont variées. Trois personnes mentionnent des éléments en lien avec l'équité de l'évaluation. Par exemple, tous les professeures et professeurs n'évaluent pas de la même façon les étudiantes et étudiants (P12), les critères demeurent vagues et interprétés différemment (P34), ce qui fait en sorte qu'il est difficile d'objectiver l'évaluation (P9).

Deux professeures et professeurs mentionnent le manque de temps en stage pour évaluer la pensée critique en raison de la charge de travail qu'impose la supervision de six étudiantes ou étudiants (P18, P49).

Un professeur (P40) mentionne la possibilité que certains professeurs n'aient pas développé elles-mêmes ou eux-mêmes un seuil minimal de pensée critique, ce qui les rendrait incapables de faire preuve de pensée critique à l'égard des soins prodigués par l'étudiante ou l'étudiant et de l'évaluer.

Selon les professeures et professeurs, certains éléments de la grille d'évaluation actuelle des stages pourraient toucher plus ou moins directement la pensée critique. Il serait donc important d'éclaircir ces éléments pour tous les membres du Département de soins infirmiers afin que tous sachent que lorsqu'elle ou il évalue un élément de la grille, on y évalue la pensée critique à l'intérieur de cet élément (P12). Cette difficulté a d'ailleurs été mentionnée précédemment dans les questionnaires.

Pour sa part, P40 mentionne que puisque la pensée critique n'est pas spécifiquement explicitée et enseignée dans les niveaux inférieurs, les étudiantes et les étudiants ne sont pas tous au même niveau de développement et n'ont pas tous la même conception de ce qu'est la pensée critique.

Afin de faciliter l'évaluation de la pensée critique et de la rendre plus équitable, cinq professeures et professeurs (P9, P12, P18, P34, P40) mentionnent l'importance que la conception de la pensée critique soit plus homogène au sein des membres du Département de soins infirmiers. Elles et ils proposent comme solution de former les membres du Département de soins infirmiers sur ce qu'est la pensée critique, de l'incorporer aux cours théoriques et en stage de façon systématique dès le début de la formation et que les critères d'évaluation de celle-ci soient clairs et explicites pour tous, y compris les étudiantes et étudiants. Trois personnes (P9, P12,

P18) sont d'avis qu'avoir une discussion départementale sur ce qu'est la pensée critique, comment on l'applique, l'enseigne, l'évalue autant en cours qu'en stage sera nécessaire pour rendre l'évaluation plus uniforme. Selon P49, le fait d'avoir un outil clair et précis pour évaluer la pensée critique sera un autre moyen pour assurer une évaluation plus uniforme.

Les professeures et professeurs mentionnent donc la nécessité de clarifier le concept de la pensée critique au Département de soins infirmiers (P9, P18, P34), d'avoir un outil d'évaluation clair, explicite (P18, P34, P49) et qui permet d'extérioriser les processus de pensée des étudiantes (P12).

2.2.2 Les types d'outils à privilégier pour évaluer la pensée critique

Nous avons demandé aux professeures et professeurs de nous décrire l'outil ou l'instrument d'évaluation de la pensée critique idéal selon eux. Plusieurs réponses sont ressorties et il ne semble pas y avoir de consensus clair sur la forme précise que devrait prendre l'outil, mais plutôt sur quelques-unes des caractéristiques que celui-ci devrait comporter.

Trois personnes (P9, P18, 40) mentionnent que l'outil devrait permettre à l'étudiante et l'étudiant de s'autoévaluer, d'expliquer comment elle ou il est arrivé à cette conclusion. Les questions formelles ou informelles et les questionnaires sont mentionnés à cinq reprises (P6, P9, P18, P34, P40) comme un moyen d'obtenir ces informations dans le cadre d'une évaluation.

Deux personnes (P12, P49) mentionnent la nécessité d'utiliser un outil spécifique pour évaluer la pensée critique et qu'il serait important d'utiliser un outil qui met en lumière les conduites attendues chez les étudiantes et étudiants, les étapes

ou niveaux de la pensée critique et que l'on définisse les critères d'évaluation de la pensée critique à même l'outil.

Ce qui semble faire consensus chez les professeures et professeurs est que l'outil doit permettre de faire ressortir les processus de pensée que l'étudiante ou l'étudiant a utilisés pour poser un jugement ou un acte infirmier. Comme le mentionne P12 :

L'outil devrait permettre de voir comment et à quel endroit l'étudiante ou l'étudiant a puisé ses données, comment elle ou il les a analysé, comment et pourquoi elle ou il a choisi cette intervention ainsi que l'autoévaluation de sa performance à chacune des étapes.

De plus, il ressort de l'analyse que les niveaux de développement et les critères d'évaluation doivent être clairs et définis (P12, P40, P49) et qu'un guide d'utilisation devrait accompagner l'outil afin d'éviter l'interprétation et la subjectivité (P40).

2.2.3 Utilité potentielle de certains outils ou stratégies actuellement utilisés pour l'évaluation des stages

Nous avons questionné les professeures et professeurs à propos des outils et stratégies d'évaluation actuellement utilisés en stage et leur pertinence pour l'évaluation de la pensée critique.

2.2.3.1 Le questionnement

Selon les professeures et professeurs, le questionnement permet principalement d'évaluer la capacité de l'étudiante ou l'étudiant à faire des liens entre la théorie et la pratique (P18, P34, P40, P49). Comme le mentionne P12 :

« le questionnement me permet de partir de l'intervention de l'étudiante ou l'étudiant et d'observer à rebours chaque étape du

processus qu'elle ou il a utilisé et me permet d'accéder à ce qui est interne à l'étudiante ou l'étudiant ».

Pour P40, le questionnement permet de voir si l'étudiante ou l'étudiant fait des liens entre la théorie et la pratique, d'observer si l'étudiante ou l'étudiant considère l'ensemble des éléments de la situation, de juger de la pertinence de l'intervention faite par l'étudiante ou l'étudiant et de vérifier ses connaissances générales.

2.2.3.2 *Les travaux de stage*

Deux professeurs (P12, P49) mentionnent le plan thérapeutique infirmier comme un outil qui leur permet de voir le résultat de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants. Pour leur part, P34 et P49 considèrent que l'analyse d'un cas clinique permet de voir si l'étudiante ou l'étudiant fait des liens entre la théorie et la pratique et si elle ou il adapte ses interventions au contexte. En combinant l'analyse d'une histoire de cas clinique avec l'autoévaluation, P18 affirme être en mesure de voir si le processus est réfléchi ou si l'étudiante ou l'étudiant a agi par automatisme.

Pour sa part, P40 mentionne que les travaux de stage ne permettent pas d'évaluer la pensée critique. Le fait de décontextualiser une situation pour la ramener à une simple équation d'une pathologie et d'une explication serait trop limitatif pour évaluer la pensée critique à ses yeux.

On constate donc que les réponses sont variées à cette question. Toutefois, il semble que, pour les personnes interrogées, les travaux de stage pris individuellement permettent d'évaluer principalement les résultats de la pensée critique. En combinant quelques travaux de stage avec un autre moyen d'évaluation comme le questionnement, cela pourrait permettre de mieux évaluer les processus de pensée qui ont mené aux résultats.

2.2.3.3 *Les mises en situation et les histoires de cas*

Trois professeures ou professeurs (P6, P34, 49) affirment qu'il leur serait possible d'évaluer la capacité de l'étudiante ou de l'étudiant à faire des liens entre la théorie et la pratique à partir des histoires de cas et mises en situation.

Pour P12, les mises en situation ou les histoires de cas pourraient permettre d'évaluer les résultats de la pensée critique, mais il sera difficile d'évaluer les différentes étapes du processus de pensée de l'étudiante ou l'étudiant. Toutefois, P18 mentionne que s'il est possible d'observer les étudiantes et étudiants pendant qu'elles et ils résolvent la mise en situation ou l'histoire de cas, on pourrait évaluer une partie du processus et observer à quel moment elles ou ils commettent des erreurs.

Pour P12 et P40, il faudrait une mise en situation immersive du type ECOS¹⁹, une situation standardisée ou une simulation pour évaluer la pensée critique, cela permettrait de voir si l'étudiante ou l'étudiant s'ajuste au contexte.

2.2.3.4 *La grille d'évaluation des stages en milieu clinique*

Quatre professeures et professeurs (P6, P12, P18, P40) mentionnent que la grille d'évaluation actuelle des stages ne permet pas d'évaluer la pensée critique, puisqu'elle permet uniquement d'évaluer les compétences infirmières telles qu'elles sont définies dans le devis ministériel du programme Soins infirmiers. Pour trois de ces professeures et professeurs (P12, P18, P40), sous sa forme actuelle, la grille leur permettrait d'évaluer uniquement les résultats de la pensée critique, mais pas le processus en entier.

¹⁹ ECOS : Acronyme dont les lettres signifient : examen clinique objectif structuré. Il s'agit d'une forme d'évaluation constituée d'un examen à stations multiples, utilisant des patients réels ou simulés, qui évalue les habiletés, les attitudes ou les aptitudes, ainsi que les aspects cognitifs d'un candidat pour une discipline donnée durant laquelle l'étudiante ou l'étudiant doit intervenir.

Deux professeures et professeurs (P6, P9) mentionnent qu'on peut voir certains éléments de la pensée critique au travers de l'autoévaluation de l'étudiante ou l'étudiant, mais qu'en raison du peu de place qui y est consacrée dans la grille actuelle, il est très difficile de statuer avec certitude sur la pensée critique de l'étudiante ou l'étudiant.

La ou le professeur P49 mentionne qu'il pourrait être possible de faire des recoupements avec certains éléments de la pensée critique dans la grille d'évaluation des stages, mais que la grille ne permet pas de situer avec précision à l'intérieur de quels critères d'évaluation des stages elle ou il devrait évaluer chacune des conduites des étudiantes et étudiants.

Les autres professeures et professeurs se disent en mesure de rattacher certains éléments de la définition de la pensée critique à des critères d'évaluation de la grille, mais il leur est impossible de rattacher ces éléments à un seul critère d'évaluation à l'intérieur de celle-ci. Par exemple, l'élément « tenir compte du contexte de la situation » peut se rattacher à l'administration des médicaments ainsi qu'à la communication thérapeutique ou la pertinence des besoins identifiés chez la ou le patient. Comme le mentionne P9 :

Les éléments de la pensée critique sont éparpillés un peu partout dans la grille d'évaluation des stages. Pour cette raison, la grille d'évaluation des stages en milieu clinique, sous sa forme actuelle, n'est pas un outil adéquat pour évaluer la pensée critique chez les étudiantes et étudiants.

2.2.3.5 Le rôle de l'autoévaluation

Selon les professeures et professeurs, l'autoévaluation pourrait leur permettre de voir le processus qu'a suivi l'étudiante ou l'étudiant en le questionnant lors d'une rencontre individuelle (P6) ou à l'aide d'un journal de bord (P34), à condition de pouvoir comparer cette autoévaluation à des critères (P18).

Trois professeures et professeurs mentionnent que les outils actuels ne leur permettent pas d'utiliser l'autoévaluation pour évaluer la pensée critique, car ces outils ne sont pas conçus ou adaptés pour cette tâche (P12, P49) ou, car ils ne croient pas que l'autoévaluation puisse systématiquement témoigner de la pensée critique de l'étudiante ou l'étudiant (P40).

Enfin, une ou un professeur mentionne le risque que l'étudiante ou l'étudiant complète son autoévaluation simplement pour satisfaire la ou le professeur et ainsi laisser croire qu'elle ou il fait preuve de pensée critique.

2.2.4 Portée de l'évaluation de la pensée critique et ajout d'un outil supplémentaire

À la lumière de l'analyse des réponses obtenues antérieurement aux questionnaires et au cours des entrevues, il nous a semblé clair que la nécessité de développer un outil spécifique pour évaluer la pensée critique était démontrée. Nous avons donc questionné les professeures et professeurs pour connaître leur avis à propos de l'ajout d'un outil d'évaluation.

Seul P12 préférerait que l'on modifie l'outil d'évaluation des stages actuel afin de faciliter l'évaluation de la pensée critique plutôt que d'utiliser un outil supplémentaire. Tous les autres professeurs interrogés (n=6) se disent ouverts à utiliser un outil spécifique ou supplémentaire. Toutefois, elles et ils sont d'avis que l'outil devra apporter un plus à l'évaluation actuelle (P6), rendre l'évaluation de la pensée critique plus objective (P9), que l'outil devra rendre plus explicite le processus d'évaluation et permettre de laisser des traces de l'évaluation afin de suivre la progression de l'étudiante ou l'étudiant à travers le programme (P6, P18, P40).

Trois professeures et professeurs croient que l'outil d'évaluation de la pensée critique pourrait remplacer un des outils actuels, sans toutefois préciser lequel.

Nous avons ensuite voulu connaître la position des personnes interrogées sur la portée que devrait prendre l'évaluation de la pensée critique en stage sur la note finale de l'étudiante ou l'étudiant à la fin du stage.

Tous les professeurs et professeurs interrogés sont en accord avec l'idée d'évaluer la pensée critique de façon formative, puisque cela permettra à l'étudiante et l'étudiant de constater sa progression et laissera des traces de celle-ci tout au long du programme. En outre, trois professeurs et professeurs (P9, P40 et P49) sont d'avis que l'évaluation formative de la pensée critique tout au long de la formation favorisera le développement de la pensée critique chez les étudiantes et les étudiants.

Une seule personne (P40) s'est dit contre l'évaluation sommative de la pensée critique alors que les six autres y sont favorables à certaines conditions. D'abord, certains croient qu'il sera difficile de la quantifier (P6) et qu'il faudra que les critères d'évaluation soient progressifs tout au long du programme de formation (P12).

Enfin, elles et ils y voient aussi un élément formateur pour les étudiantes et étudiants, puisque l'évaluation sommative leur permettra de faire un bilan personnel chaque session du programme (P6, P9, P34, P49).

Devant l'ouverture des professeurs et professeurs à évaluer de façon sommative la pensée critique, nous avons sondé leur disposition à faire de l'atteinte d'un seuil minimal de développement de la pensée critique un critère absolu pour la réussite des stages en milieu clinique. Deux professeurs ou professeurs se disent contre (P12, P40) cette idée. Selon P12, la pensée critique est un processus évolutif et il est nécessaire de laisser le temps aux étudiantes et étudiants de la développer. Toujours selon P12, il serait donc possible d'utiliser un seuil minimal seulement à la fin du programme.

Pour sa part, P40 croit qu'une étudiante ou un étudiant qui ne fait pas preuve de pensée critique durant les stages sera déjà pénalisé à plusieurs endroits dans la grille d'évaluation actuelle et qu'elle ou il sera déjà en situation d'échec ce qui rend caduque la nécessité d'un seuil minimal de développement de la pensée critique pour réussir le stage.

Les autres professeures et professeurs se disent tous en faveur et certains affirment même le faire déjà de façon informelle à travers différents éléments de l'évaluation de stage actuelle (P6). Toutefois, une difficulté est anticipée par les professeures et professeurs, déterminer le seuil minimal (P18). Une condition est aussi posée, la nécessité d'avoir des critères d'évaluation qui soient explicites autant pour les professeures et professeurs du Département de soins infirmiers que pour les étudiantes et étudiants du programme.

2.2.5 Autres thèmes abordés lors des entrevues

Pour clore l'entrevue, nous avons laissé la possibilité à chaque professeure ou professeur d'aborder le thème de son choix en lien avec la pensée critique. Seulement deux personnes ont souhaité ajouter un commentaire et une seule a ajouté une question à l'entrevue. D'abord, P12 a mentionné qu'actuellement, ce qui est évalué en stage, ce sont les interventions des étudiantes et étudiants et qu'en procédant de la sorte pour évaluer, on passe à côté de ce qui est essentiel : évaluer le processus qui a mené l'étudiante ou l'étudiant à cette intervention. Elle ou il souligne l'importance que l'outil que nous souhaitons développer évalue autant le processus entourant l'intervention que l'intervention elle-même.

Le second commentaire vient de P40 qui voulait rappeler l'importance d'établir un standard commun à tous les professeures et professeurs du Département de soins infirmiers en regard de la pensée critique. Il est essentiel d'encadrer les

professeures et professeurs du Département de soins infirmiers afin qu'elles et ils aient une vision commune de la pensée critique et de ne pas les laisser à eux-mêmes pour évaluer et développer la pensée critique.

La seule question additionnelle fut ajoutée par P40 et qui l'a formulée comme suit : « Est-ce que vous pensez développer la pensée critique chez vos étudiantes et étudiants? »

Selon P40, la définition que nous avons proposée recoupe ses interventions. Elle ou il affirme avoir structuré son stage de façon à développer la pensée critique chez les étudiantes et étudiants. En leur donnant moins de patients à la fois, l'étudiante ou l'étudiant peut et doit faire beaucoup de liens puisque la ou le professeur peut questionner beaucoup et souvent l'étudiante ou l'étudiant, tout en les plaçant dans différents contextes tout au long du stage.

2.3 Compilation des réponses obtenues lors des entrevues de présentation de la grille d'évaluation des stages et du guide d'accompagnement

À partir des réponses obtenues aux questionnaires et aux entrevues, nous avons conçu une première version de l'outil d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers ainsi que la première version d'un guide d'accompagnement de l'outil.

2.3.1 Première conception de l'outil d'évaluation et du guide d'accompagnement

Nous avons divisé l'outil d'évaluation en trois parties. La première partie contient des informations qui expliquent les buts poursuivis par l'outil et des instructions sur la façon de l'utiliser. De plus, on y souligne la nécessité de référer au guide d'accompagnement, autant pour la personne évaluatrice que pour la personne

évaluée, afin d'utiliser l'outil adéquatement. Enfin, on y effectue un rappel de notre définition de la pensée critique.

La seconde partie de l'outil est constituée d'une grille qui sert à évaluer les attitudes de la pensée critique, alors que la troisième partie se compose d'une grille qui sert à évaluer les habiletés intellectuelles de la pensée critique.

Chacune des attitudes et habiletés intellectuelles contenues dans la grille a été définie dans le guide d'accompagnement à partir de la revue de littérature et de différents auteurs que nous avons consultés pour produire notre propre définition de la pensée critique. Toutefois, puisqu'il importait de produire un outil adapté aux besoins du Département de soins infirmiers, nous avons également considéré les réponses fournies par les membres du Département de soins infirmiers dans les questionnaires et lors des entrevues de préconception de l'outil pour définir chacun des concepts de la pensée critique. Les tableaux 20 et 21 présentent respectivement les attitudes et les habiletés intellectuelles de la pensée critique que nous avons retenues comme éléments à évaluer dans la grille d'évaluation ainsi que leurs définitions telles que présentées dans la version finale du guide d'accompagnement.

Tableau 20 :
Définition des attitudes de la pensée critique présentées
à l'intérieur du guide d'accompagnement

Attitudes	Définitions
Curiosité intellectuelle	Une étudiante qui manifeste de la curiosité intellectuelle démontre la volonté d'apprendre, d'en savoir davantage en se questionnant sur un sujet, en questionnant les autres personnes autour d'elle et en cherchant à mieux comprendre la situation. Elle recherche de l'information de façon active afin de voir l'ensemble de la situation et ne pas omettre d'éléments importants.
Remise en question des données, des informations et des idées autres	Une étudiante qui remet en question les données, les informations et les idées des autres va chercher à valider les données, l'information et les idées des autres afin de s'assurer que celles-ci sont non seulement exactes, mais aussi les dernières disponibles. Une étudiante qui remet en question les données, informations ou idées des autres le fait aussi dans le but de comprendre comment l'autre personne en est venue à cette conclusion. Elle cherche à comprendre le raisonnement de l'autre afin de s'assurer qu'il est mesuré, réfléchi et sensible au contexte.
Responsabilité	Une étudiante responsable est capable de produire un jugement infirmier ou poser un acte infirmier adéquat de façon autonome et de s'en porter garant. Il s'agit ici de la capacité à prendre une décision ou d'agir de façon autonome à l'intérieur de ses limites et dans le respect des normes éthiques et professionnelles. Note : L'étudiante doit tout de même informer la professeure avant de procéder à un acte infirmier.
Ouverture d'esprit, flexible	Une étudiante est ouverte d'esprit et flexible lorsqu'elle accepte les critiques raisonnables et considère les points de vue divergents du sien.

Tableau 21 :
Définition des habiletés intellectuelles de la pensée critique
présentées à l'intérieur du guide d'accompagnement

Attitudes	Définitions
Processus de pensée raisonnable et intentionnel	La pensée critique en soins infirmiers se caractérise par son caractère raisonnable qui en fait un processus de pensée basé sur la raison pour tirer des conclusions de sorte qu'il est rationnel, réfléchi, mesuré et sensible au contexte. Le caractère intentionnel signifie que le processus de pensée et le jugement infirmier, ou les actes infirmiers qui en découlent, ne sont pas le fruit du hasard ou accidentels.
Processus de pensée réflexif	L'aspect réflexif permet à l'étudiante de prendre conscience de sa façon de raisonner, de penser et d'agir dans le but de l'évaluer et d'en détecter les failles.
Processus de pensée autorégulateur	L'aspect autorégulateur permet à l'étudiante de mettre en place, de manière autonome, les moyens nécessaires pour corriger les failles identifiées dans sa façon de raisonner, de penser ou d'agir à la suite du processus de pensée réflexif.
Processus adapté au contexte	L'étudiante modifie ou ajuste sa façon de raisonner, penser ou agir en fonction des composantes de la situation de soins. Elle considère l'ensemble des éléments qui constituent la situation de soins pour produire un jugement ou un acte infirmier. C'est à l'intérieur de cet élément que peut se manifester la pensée créatrice ou la créativité de l'étudiante.
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles	L'étudiante est capable d'expliquer en quoi son jugement et ses actes infirmiers respectent les normes éthiques et professionnelles (incluant les valeurs de la personne soignée et ses proches).

Pour chacune des attitudes et habiletés intellectuelles, nous avons défini des niveaux de développement. Afin de tenter de conserver des points de repère déjà connus des professeures et professeurs du Département de soins infirmiers, la

première version de l'outil que nous avons conçu comprenait cinq niveaux de développement gradués de façon semblable à la grille d'évaluation qui était alors utilisée pour évaluer les stages en milieu clinique. Toutefois, cette division en cinq niveaux ne fut pas retenue pour trois raisons principales. D'abord, utiliser la division en cinq niveaux faisait en sorte que le niveau le plus faible témoignait de l'absence totale de pensée critique et qu'il devenait par conséquent inutile pour les besoins d'évaluation. De plus, la division en cinq niveaux rendait très mince la ligne entre chacun des niveaux. Il devenait alors difficile de situer avec certitude une étudiante ou un étudiant entre les niveaux trois - quatre et les niveaux quatre - cinq. Enfin, le cinquième niveau exigeait un standard tellement élevé qu'il aurait été inatteignable et irréaliste pour des étudiantes et étudiants en formation.

2.3.2 Présentation aux professeures et professeurs de l'outil d'évaluation : grilles à trois et quatre niveaux

Nous avons donc produit une seconde version de la grille à trois niveaux en enlevant le niveau le plus faible qui dénotait une absence de pensée critique et le niveau supérieur qui exigeait la perfection dans la première version. Nous avons ensuite redéfini quelque peu les trois niveaux restants afin qu'il soit plus facile de distinguer des différences entre chacun des niveaux. Nous avons cependant deux craintes par rapport à cette version à trois niveaux. Tout d'abord, nous avons le sentiment que l'écart entre chacun des niveaux était désormais trop grand et qu'il ne représentait pas adéquatement le niveau de développement de la pensée critique des étudiantes et étudiants. Nous anticipions aussi que les professeures et professeurs seraient tentés de situer la majorité des étudiantes et étudiants dans le niveau médian, et ce, même si elles et ils dépassent les standards du niveau médian puisque les standards pour atteindre le niveau supérieur étaient trop élevés.

Devant ces inquiétudes par rapport à l'outil à trois niveaux, nous avons produit une version à quatre niveaux. Nous avons donc redéfini chaque niveau afin de

conserver, à notre avis, un écart suffisamment significatif entre les niveaux de développement pour qu'il soit facile de distinguer des nuances et de situer les étudiantes et étudiants. À ce moment, notre interrogation se situait davantage à savoir si les professeures et professeurs seraient du même avis.

Nous avons donc choisi de laisser les professeures et professeurs déterminer laquelle parmi la grille provisoire à trois niveaux et la grille provisoire à quatre niveaux correspondait davantage à leurs besoins et nous leur avons présenté les deux versions en parallèle. Trois professeures ou professeurs ayant minimalement répondu au questionnaire écrit dans les étapes antérieures de notre recherche (P2, P9 et P12) ont été sélectionnés au hasard et rencontrés afin de leur présenter ces deux grilles et le guide d'accompagnement afin de recueillir leurs commentaires.

2.3.2.1 Commentaires des professeures et professeurs à propos de la grille à trois niveaux

En ce qui concerne la grille à trois niveaux, les principaux commentaires des professeures et professeurs ont confirmé nos appréhensions de départ face à celle-ci. La principale faiblesse de la grille, selon les personnes à qui nous l'avons présentée concerne la trop grande distance entre les niveaux de développement de la pensée critique. Les commentaires recueillis vont dans le sens que le premier niveau démontre une absence de pensée critique, le second niveau démontre un degré de développement minimal et le troisième devient irréaliste pour des étudiantes et étudiants en formation. De ce fait, les professeures et professeurs interrogés ne voient peu ou pas d'intérêt pour cette grille puisqu'elle ne leur permettrait pas d'évaluer avec assez de précision la pensée critique. Comme le mentionne P9 : « la version à trois niveaux de la grille ne permet pas de discriminer suffisamment, presque tous les étudiantes et étudiants seront situés au niveau 2 ». Ce sentiment était aussi partagé par P12 qui est d'avis que le niveau 3 serait inatteignable dans sa forme actuelle et que, hormis quelques rares exceptions, tous les étudiantes et étudiants du programme ont

un niveau minimal de développement de la pensée critique même en première session, ce qui rend le premier niveau caduque. Cette division de la grille la ou le contraindrait à situer la presque totalité des étudiantes et étudiants au second niveau. Enfin, les professeures et professeurs ont mentionné que certains critères de la grille d'évaluation de la pensée critique pouvaient recouper certains critères de la grille d'évaluation des stages utilisée à cette époque. Elles et ils se questionnaient à savoir si cela était positif ou négatif et si ces critères devaient être évalués de façon indépendante ou encore s'il serait préférable de les regrouper dans une seule évaluation.

Toutefois, la présentation des éléments à évaluer sous la forme d'un tableau est perçue de façon positive et comme un élément facilitant l'utilisation de l'outil. Les professeures et professeurs ont trouvé facile de repérer les éléments à évaluer à l'intérieur de l'outil. Elles et ils apprécient l'espace laissé à l'étudiante ou l'étudiant pour son autoévaluation ainsi que l'espace disponible pour la personne évaluatrice afin d'y inscrire ses commentaires.

Après avoir discuté avec les professeures et professeurs, nos perceptions par rapport aux limites de la grille d'évaluation à trois niveaux demeuraient. Dans le souci de nous assurer que ces perceptions étaient fondées, nous avons fait le choix de tester les deux versions de la grille en milieu clinique au moins une fois. Cela fut possible en raison de l'organisation de la session et de la séquence des stages qui débutaient plus tôt pour les étudiantes et étudiants de 2^e année et plus tard pour les autres niveaux.

2.3.2.2 Commentaires des professeures et professeurs à propos de la grille à quatre niveaux

Les professeures et professeurs ont tous préféré la grille à quatre niveaux. Dans un premier temps, elles et ils sont unanimes à l'effet que cette grille permet de

situer avec davantage de précision le niveau de développement de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants. Pour P12, la version à quatre niveaux évite de normaliser l'évaluation en plaçant tous les étudiantes et étudiants dans le niveau médian comme c'était le cas dans la grille à trois niveaux. Pour P2 et P9, la distinction entre le niveau 2 et le niveau 3 amène une évaluation plus raffinée et permet de situer le développement de la pensée critique des étudiantes avec plus de précision.

Par ailleurs, la distinction entre les niveaux 3 et 4 pour certains critères ne semblait par toujours évidente pour les professeures et professeurs. La principale critique était à l'effet qu'il faudrait expliciter davantage le fait qu'aux niveaux 3 et 4 les étudiantes et étudiants sont capables d'accomplir les tâches demandées de façon autonome, mais qu'au niveau 4 les étudiantes et étudiants sont capables de déterminer dans quelles occasions il est pertinent ou nécessaire de faire ces tâches. De plus, les professeures et professeurs ont parfois trouvé facilitant le libellé qui indique que les étudiantes et étudiants font par et pour eux-mêmes une tâche au niveau 4, alors qu'en d'autres occasions cela semblait plutôt leur occasionner des difficultés. Les professeures et professeurs ont interprété que le niveau 4 nécessite que l'étudiante ou l'étudiant soit capable d'exécuter une tâche, mais qu'elle ou il fasse aussi preuve d'initiative pour atteindre ce niveau, ce qui correspond à la distinction principale que nous avons identifiée entre les niveaux 3 et 4 lors de l'élaboration de l'outil.

Le concept de créativité a été identifié comme un concept difficile à évaluer par les professeures et professeurs. Elles et ils l'ont décrit comme imprécis et difficile à quantifier. De plus, il leur a semblé difficile de déterminer dans quelles situations ou quels contextes cliniques les opportunités de faire preuve de créativité pourraient se présenter.

À la lumière de commentaires reçus à propos des versions de la grille à trois et à quatre niveaux, nous avons choisi d'abandonner la grille à trois niveaux et de

poursuivre nos travaux à partir de la grille à quatre niveaux. Nous avons donc noté et analysé tous les commentaires reçus avant de retourner travailler sur la prochaine version de la grille à quatre niveaux.

2.3.2.3 Commentaires des professeures et professeurs à propos de la version préliminaire du guide d'accompagnement

Le guide d'accompagnement est perçu comme un outil essentiel pour une utilisation optimale de la grille. Lorsque les professeures et professeurs avaient une interrogation, nous les avons d'abord référés au guide. Dans la plupart des cas, le guide a suffi pour répondre à leurs interrogations. Lorsque cela n'était pas suffisant, nous avons répondu à leurs interrogations et avons pris des notes dans le journal de bord afin de bonifier ces éléments dans la prochaine version du guide.

Les consignes contenues à la première page du guide étaient claires pour les professeures et professeurs et leur ont permis de bien saisir la façon dont il leur faudra utiliser la grille d'évaluation en stage. De plus, la formulation des phrases leur a semblé suffisamment claire et compréhensible pour les étudiantes et étudiants du programme. Les professeures et professeurs se sont aussi dits satisfaits que les étudiantes et étudiants soient impliqués tout au long du processus d'évaluation et que cela correspondait aux attentes qu'elles et ils avaient exprimés dans les questionnaires et lors des entrevues.

Les définitions et exemples contenus dans le guide étaient facilitants pour les professeures et professeurs et leur permettaient de mieux saisir l'essence de chacun des critères de la grille. Les professeures et professeurs ont aussi été en mesure de proposer d'autres exemples et de comparer avec des situations qu'elles et ils avaient vécues avec des étudiantes et étudiants en stage dans le passé. Avec leur accord, nous avons inclus quelques-uns de ces exemples dans les versions ultérieures du guide d'accompagnement.

Les professeures et professeurs ont indiqué avoir remarqué une gradation des niveaux dans la grille d'évaluation et ont mentionné le désir que cette gradation soit expliquée plus en détail dans une prochaine version du guide.

2.3.3 Présentation aux professeures et professeurs de la seconde version de l'outil d'évaluation de la pensée critique

À la suite des commentaires recueillis lors de la première présentation de l'outil d'évaluation, nous avons apporté des modifications à la grille d'évaluation à quatre niveaux et au guide d'accompagnement. Les principaux changements apportés à la grille furent dans la formulation des critères d'évaluation. Nous avons également changé la numérotation des différents niveaux. La première version de la grille à quatre niveaux présentait les niveaux numérotés de un à quatre. Dans cette nouvelle mouture de l'outil, les niveaux sont numérotés de zéro à trois.

Nous avons renommé le niveau 1 en niveau 0 puisque celui-ci reflétait mieux la terminologie déjà utilisée dans la grille d'évaluation des stages et les professeures et professeurs se sentaient plus confortables de travailler avec cette appellation. De plus, le libellé du niveau 0 correspond à un niveau de maîtrise insuffisant pour démontrer la mobilisation de la pensée critique en stage, et les professeures et professeurs étaient d'avis que cela démontrait plus clairement aux étudiantes et étudiants la nature insuffisante de ce niveau de développement.

De plus, nous avons tenté de rendre plus explicite la différence entre les niveaux 2 et 3 (les anciens niveaux 3 et 4) puisque les professeures et professeurs en avaient fait la demande lors de la présentation initiale. Nous avons présenté cette nouvelle version de la grille à trois professeures et professeurs (P6, P7 et P37) différents de celles et ceux qui avaient fait l'évaluation de la version des grilles à 3 et 4 niveaux. Les professeures ou professeurs P7 et P37 ont demandé à être rencontrés

en même temps en raison d'une situation imprévue qui est survenue la journée où était prévue leur rencontre individuelle. Nous avons acquiescé à cette demande afin d'obtenir les commentaires sur l'outil d'un maximum de participantes et participants.

Les principaux commentaires par rapport à la seconde version de la grille à quatre niveaux ont été très positifs. Cette version de la grille était plus claire et plus explicite pour les professeures et professeurs. La distinction entre les niveaux de 0 à 3 était évidente pour l'ensemble des professeures et professeurs. Elles et ils ont mentionné qu'il leur serait facile de discriminer les étudiantes et étudiants et de les situer dans les différents niveaux à l'aide de cette grille.

Malgré le fait que nous avons bonifié l'outil d'accompagnement, que nous avons clarifié la définition et ajouté de nouveaux exemples, la créativité est demeurée un problème pour les professeures et professeurs. Elles et ils ont soulevé sensiblement les mêmes difficultés que leurs collègues ayant analysé la version antérieure de la grille et de l'outil d'accompagnement. Bien que le concept leur a semblé plutôt clair après avoir consulté la définition et les exemples dans le guide d'accompagnement, il leur a semblé que la créativité était plutôt reliée au contexte de la situation. Pour P6, ce qui pourrait se qualifier de conduite créative dans une situation se rapporte à une procédure de routine dans un autre contexte. À partir des commentaires recueillis suite aux présentations des différentes versions de l'outil d'évaluation et du guide d'accompagnement, le consensus qui en est ressorti a été que la créativité est liée au contexte et qu'il n'y avait pas lieu d'en faire un élément spécifique dans la grille d'évaluation. Les professeures et professeurs ont demandé que la créativité ne soit plus un élément distinct à l'intérieur de la grille, mais qu'elle soit plutôt incluse à l'intérieur du critère « processus adapté au contexte ».

2.3.3.1 Commentaires des professeures et professeurs à propos de la seconde version du guide d'accompagnement

Les principaux changements apportés au guide d'accompagnement ont permis de clarifier davantage les concepts de notre définition de la pensée critique ainsi que les critères d'évaluation contenus dans la grille, soit les habiletés et attitudes à évaluer. De plus, nous avons ajouté des exemples de conduites critiques pour chacun des concepts de la définition ainsi que pour les attitudes et habiletés de la pensée critique. Enfin, nous avons aussi ajouté des exemples de questions ou de moyens que les professeures et professeurs pourraient utiliser pour évaluer chacun des critères contenus dans la grille.

Pour les professeures et professeurs, le guide d'accompagnement est indissociable de la grille d'évaluation. Il permet de mieux comprendre les éléments à évaluer et l'essence de chacun des concepts. Tous sont d'avis que l'outil d'accompagnement permettra d'atténuer les différences dans la compréhension et l'interprétation des éléments à évaluer par les professeures et professeurs. Selon P37, l'outil permettra de rendre plus objective l'évaluation en diminuant les biais d'interprétation et en créant une référence commune autant pour les professeures et professeurs que pour les étudiantes et étudiants qui devront l'utiliser.

Pour P7 et P6, les exemples qui suivent les définitions facilitent la compréhension et aideront les professeures et professeurs à se représenter plus clairement ce qui doit être situé dans un niveau plutôt qu'un autre à l'intérieur de la grille.

Lors des rencontres, nous avons demandé aux professeures et professeurs interrogés de fournir un ou des exemples de situations qui se sont produites en stage avec des étudiantes ou étudiants durant la session en cours. Après avoir consulté l'outil d'accompagnement, elles et ils se sont tous dits confiants d'être en mesure de

situer les conduites des étudiantes et étudiants dans la grille d'évaluation. Pour elles et eux, le guide d'accompagnement était suffisamment explicite pour leur permettre d'utiliser l'outil d'évaluation adéquatement. Voici l'exemple d'une situation vécue par P6 :

« Une étudiante de mon groupe est très performante, elle effectue tous les soins de façon adéquate, elle présente une bonne dextérité et respecte les procédures en vigueur. Toutefois, elle ne se pose pas de question sur les fondements théoriques et ne fait pas de liens avec les notions vues en classe. Elle fait tout ce qu'elle doit faire, mais sans en comprendre les raisons. Je la vois comme une exécutante. Dans son cas, ses conduites sont intentionnelles, mais ne sont pas basées sur la raison et c'est ce qui explique aussi pourquoi ses conduites ne tiennent pas toujours compte du contexte puisqu'elle applique à la lettre la procédure du manuel. Je vois déjà à quel endroit dans la grille je peux lui rendre compte de ses forces et faiblesses ».

Enfin, pour les professeures et professeurs rencontrés, les exemples de questions et de moyens pour évaluer chacun des critères de la grille étaient fort utiles et facilitants. Nous avons même ajouté des exemples de questions ou moyens supplémentaires à l'outil à partir des commentaires et suggestions des professeures et professeurs recueillis lors des présentations.

2.3.4 Présentation de la version finale de l'outil d'évaluation de la pensée critique et du guide d'accompagnement

À partir des commentaires recueillis auprès des professeures et professeurs lors des présentations des versions antérieures de la grille et l'outil d'accompagnement, nous avons produit la version finale de la grille. Avant de mettre la grille à l'essai en milieu clinique, nous l'avons présentée une dernière fois à une ou un professeur afin de valider les derniers changements apportés à la grille et à l'outil d'accompagnement.

La plupart des changements que nous avons apportés à la grille d'évaluation à ce stade étaient plutôt de nature syntaxique et au niveau de la présentation visuelle de celle-ci. Au niveau des concepts centraux, le changement le plus important a été de resituer le concept de créativité à l'intérieur du critère « processus adapté au contexte ». Nous avons donc présenté ces dernières modifications à une ou un professeur (P40).

Les commentaires recueillis furent très positifs. Pour P40, les critères de la grille d'évaluation sont simples et faciles à comprendre à l'aide de l'outil d'accompagnement. La nuance entre chacun des niveaux de développement est suffisamment claire pour lui permettre de situer le niveau de développement des étudiantes et étudiants à l'intérieur de la grille sans difficulté. Toujours selon P40, la présentation sous forme de grille lui procure deux avantages. Puisque les professeures et professeurs du Département de soins infirmiers travaillent déjà avec une grille pour l'évaluation des stages en milieu clinique, elles et ils seront déjà familiers avec cette présentation. Cela rend l'outil simple à utiliser et à consulter.

En ce qui concerne la créativité, le choix de la resituer à l'intérieur du critère intitulé « processus adapté au contexte » lui apparaît comme un choix logique qui facilitera l'évaluation de ce critère.

Concernant l'outil d'accompagnement, P40 mentionne qu'il est adéquat et facile à consulter. L'outil lui a permis de répondre à ses interrogations par rapport aux critères d'évaluation et à la façon d'utiliser la grille d'évaluation. Les exemples sont pertinents et facilitent la compréhension. De plus, P40 croit que les exemples de questions à poser pour évaluer chacun des critères seront très utiles aux professeures et professeurs lorsqu'elles et ils devront évaluer les étudiantes et étudiants en stage.

3. DONNÉES OBTENUES LORS DE LA MISE À L'ESSAI DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE

À la suite de chacune des rencontres de présentations de la grille et de l'outil d'accompagnement, nous avons recueilli des commentaires auprès des professeures et professeurs et nous y avons apporté les modifications nécessaires avant leur mise à l'essai en stage. Pour la mise à l'essai, nous avons accompagné cinq professeures ou professeurs en stage afin de tester notre grille d'évaluation. Le tableau 22 présente sommairement le contexte dans lequel s'est déroulée la mise à l'essai de l'outil en stage.

Les cinq mises à l'essai se sont déroulées sur une période de trois semaines. Cela nous a permis d'apporter des ajustements à la grille et à l'outil d'accompagnement entre les mises à l'essai à partir des commentaires et de l'expérience d'utilisation que les professeures et professeurs ont vécue avec nos outils.

Une semaine avant chaque mise à l'essai, nous avons remis la dernière version de la grille d'évaluation de la pensée critique et du guide d'accompagnement aux professeures et professeurs. Nous leur avons demandé de prendre connaissance des outils durant cette semaine et les avons invités à communiquer avec nous par téléphone, courriel ou en personne s'ils avaient des questions à propos des outils et du déroulement de la journée.

Tableau 22 :
Contexte de la mise à l'essai de l'outil d'évaluation de la pensée critique en stage

Type d'unité de soins	Pathologies fréquemment rencontrées sur l'unité de soins	Professeure ou professeur	Date de la mise à l'essai	Session dans le programme
Médecine et cardiologie	Angine, Infarctus du myocarde, Insuffisance cardiaque, Diabète type I et II.	P12	20 avril 2011	Session 4
		Grilles d'évaluation de la pensée critique à trois et quatre niveaux (version 1)		
Chirurgie d'un jour	Plusieurs types de chirurgies sur une clientèle adulte et pédiatrique.	P49	28 avril 2011	Session 6
Chirurgie de courte durée	Chirurgie générale, gynécologique et du sein.	P37	3 mai 2011	Session 4
Chirurgie thoracique et médecine	Chirurgie thoracique ainsi que diverses pathologies (cardiaques, rénales et diabète)	P40	4 mai 2011	Session 6
Santé mentale	Troubles de l'humeur, paranoïdes, anxieux et de la personnalité.	P01	5 mai 2011	Session 6

Nous les avons ensuite rencontrés individuellement au moins 60 minutes avant le début de la journée de stage afin de répondre à leurs questions et leur permettre de sélectionner deux étudiantes ou étudiants à évaluer à l'aide de nos outils. Nous avons ensuite suivi la ou le professeur toute la journée lors de l'observation des étudiantes et étudiants en stage afin d'être témoins de toutes les situations cliniques observées par celle-ci ou celui-ci. Durant toute la journée, autant le chercheur que la ou le professeur pouvaient questionner les étudiantes et étudiants et consigner des informations par écrit. Dans certains cas, les professeures et professeurs ont utilisé les outils d'évaluation tout au cours de la journée pour y consigner de l'information au fur et à mesure, alors que d'autres ont préféré utiliser leurs propres outils pour compléter la grille d'évaluation de la pensée critique seulement à la fin de la journée.

Une fois la journée de stage terminée, la ou le professeur ainsi que le chercheur ont complété leurs évaluations de façon individuelle. Par la suite, le chercheur et la ou le professeur ont comparé les évaluations faites individuellement. Elles et ils ont expliqué comment et pourquoi elles et ils avaient catégorisé les étudiantes et étudiants dans chacun des niveaux. Cela nous a permis de voir si deux personnes témoins des mêmes situations cliniques produisaient une évaluation semblable à l'aide de nos outils.

3.1 Mise à l'essai numéro 1 : outils d'évaluation à 3 et 4 niveaux version 1 et guide d'accompagnement

La première mise à l'essai s'est déroulée avec la première version de la grille d'évaluation et du guide d'accompagnement. Elle a eu lieu avant que nous ayons terminé toutes les présentations de la grille d'évaluation et de l'outil d'accompagnement aux professeures et professeurs. Nous avons procédé ainsi dans le but de tester nos hypothèses par rapport à la grille à trois niveaux. Comme nous l'avons mentionné précédemment, nous avons le sentiment que la division en trois

niveaux amènerait une normalisation vers le centre de l'évaluation des étudiantes et des étudiants dans la grille. De plus, nous avons l'impression que la description des critères dans la grille à trois niveaux créait une trop grande distance entre chacun de ceux-ci.

Pour la première mise à l'essai, nous avons donc proposé à P12 de compléter les deux versions de la grille, soit celle à trois niveaux (1-2-3) ainsi que la première version de la grille à quatre niveaux (1-2-3-4). Le tableau 23 présente les résultats de l'évaluation de l'étudiante ou l'étudiant 1 (E1) faite par le chercheur (CH) et P12 à l'aide de la grille à trois niveaux.

Tableau 23 :
Mise à l'essai 1, évaluation de E1 avec la grille à trois niveaux

Attitudes	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.		P12	CH
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.		P12 et CH	
Créativité	Di : P12 et CH		
Responsabilité		P12	CH
Ouverture d'esprit, flexible			P12 et CH
Habilités intellectuelles			
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.		P12 et CH	
Processus de pensée réflexif.		P12 et CH	
Processus de pensée autorégulateur.		P12 et CH	
Processus adapté au contexte.			P12 et CH
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.	Di : P12 et CH		
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur			

Afin de produire l'évaluation de E1, le chercheur et P12 ont été témoins de diverses situations de soins durant la soirée de stage qui s'est déroulée sur une unité

de cardiologie. Expliquer en détail chacune des situations observées pour chacune des étudiantes et étudiants lors de la mise à l'essai allongerait inutilement ce rapport. Nous avons donc choisi de nous limiter à quelques exemples de situations pour chaque étudiante et étudiant observés.

Une patiente dont E1 avait la responsabilité avait subi un infarctus du myocarde dans les jours précédents et était en phase de réadaptation. Une des tâches de E1 consistait à compléter l'enseignement en lien avec la réadaptation cardiaque et évaluer les besoins de la patiente pour le retour à domicile. Le chercheur et P12 ont pu observer E1 rechercher des informations dans le dossier antérieur et actuel de la patiente, en train de questionner celle-ci à propos des difficultés anticipées pour son retour à domicile et valider sa compréhension de l'enseignement sur la récupération cardiaque en post-infarctus qui avait été fait par l'infirmière de jour plus tôt dans la journée. Le chercheur et P12 ont aussi observé E1 procéder à l'admission sur l'unité d'un nouveau client en provenance de l'urgence.

On constate que sur les dix critères évalués dans la grille, la créativité et le processus qui respectent les normes éthiques et professionnelles portent la mention données insuffisantes. Cela signifie qu'aucune des situations observées durant la soirée de stage n'aura permis d'évaluer ces critères ou que leur nombre était insuffisant pour permettre à CH et P12 de se prononcer sur le niveau d'atteinte de ces critères de E1 avec certitude.

On observe aussi que le chercheur et P12 arrivent à la même conclusion pour l'évaluation de huit des dix critères de la grille, en incluant les deux critères pour lesquels les données étaient insuffisantes pour les situer dans la grille. Les deux critères pour lesquels l'évaluation du chercheur et de P12 diffèrent sont la curiosité intellectuelle et la responsabilité. Dans les deux cas, la différence dans l'évaluation prend son origine de l'interprétation des termes « démontre à l'occasion » vs « démontre souvent » et aux termes « parvient à l'occasion » vs « parvient souvent ».

Le chercheur et P12 n'avaient pas la même conception du nombre de répétitions requises pour différencier « à l'occasion » de « souvent ». De plus, puisqu'il s'agit d'une observation basée sur une seule journée de stage, le nombre de situations observables était considérablement limité par rapport à la durée d'un stage complet.

Le tableau 24 présente les résultats de l'évaluation de E1 effectuée par CH et P12 pour les mêmes situations de soins, mais à l'aide de la première version de la grille à 4 niveaux.

Tableau 24 :
Mise à l'essai 1, évaluation de E1 avec la grille à quatre niveaux

Attitudes	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Curiosité intellectuelle.			P12 et CH	
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.			P12 et CH	
Créativité	Di : P12 et CH			
Responsabilité			P12 et CH	
Ouverture d'esprit, flexible				P12 et CH
Habilités intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.			P12 et CH	
Processus de pensée réflexif.			P12 et CH	
Processus de pensée autorégulateur.			P12 et CH	
Processus adapté au contexte.				P12 et CH
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.	Di : P12 et CH			
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

Pour la grille à quatre niveaux, l'évaluation des conduites de E1 dans les mêmes situations de soins a mené P12 et CH à une évaluation identique à chacun des dix critères. On constate que les deux critères pour lesquels E1 avait obtenu le niveau

maximal dans la grille à trois niveaux, l'ouverture d'esprit/flexible et le processus adapté au contexte, ont aussi été évalués au niveau maximal dans la grille à quatre niveaux. Les deux éléments pour lesquels les données étaient insuffisantes avec la grille à trois niveaux sont demeurés inchangés.

En ce qui concerne l'évaluation de E2, qui s'est déroulée sur la même unité de soins et au même moment, le tableau 25 présente les résultats obtenus avec la grille à trois niveaux et ceux obtenus avec la grille à quatre niveaux sont présentés dans le tableau 26 à la page 182.

Tableau 25 :
Mise à l'essai 1, évaluation de E2 avec la grille à trois niveaux

Attitudes	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.		P12	CH
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.		P12 et CH	
Créativité	Di : P12 et CH		
Responsabilité		P12 et CH	
Ouverture d'esprit, flexible			P12 et CH
Habiletés intellectuelles			
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.		P12 et CH	
Processus de pensée réflexif.		P12	CH
Processus de pensée autorégulateur.		P12 et CH	
Processus adapté au contexte.			P12 et CH
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.			P12 et CH
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur			

Les situations observées au cours de la soirée de stage pour l'étudiante ou l'étudiant E2 incluent, entre autres, l'installation d'un cathéter court intraveineux, l'administration d'un hypotenseur à une personne connue pour hypertension et

présentant une tension artérielle aux limites inférieures de la normale, la décision d'administrer une dose d'hydromorphone plutôt que de l'acétaminophène pour une patiente souffrante, les interventions de E2 suite à un épisode de lipothymie de sa patiente, la décision d'appliquer un pansement et le choix de celui-ci pour une plaie traumatique ainsi que l'administration d'un traitement de salbutamol à un patient qui présentait une dyspnée et des bruits respiratoires anormaux.

On constate que, dans la grille à trois niveaux, CH et P12 sont parvenus aux mêmes résultats pour huit des dix critères en incluant le critère de créativité pour lequel les données étaient insuffisantes pour se prononcer. Les deux critères qui ont été évalués différemment par CH et P12 sont la curiosité intellectuelle et le processus de pensée réflexif. Dans le cas de la curiosité intellectuelle, la différence s'explique encore une fois par la différence d'interprétation des termes « démontre à l'occasion » et « démontre souvent ». CH a évalué E2 au niveau 3, car il a été témoin de quatre situations dans la soirée pour lesquelles E2 a démontré de la curiosité intellectuelle. Pour sa part, P12 l'a évalué au niveau 2 puisqu'il s'agit de la première soirée de stage, depuis le début de celui-ci, où il lui a été permis d'observer des conduites qui démontrent de la curiosité intellectuelle chez E2. P12 basait donc son évaluation sur l'évaluation de plusieurs jours de stage alors que CH n'avait pas de données concernant les conduites antérieures de E2.

En ce qui concerne la grille à quatre niveaux, CH et P12 arrivent à une évaluation identique des conduites de E2 pour les dix critères d'évaluation en incluant le critère pour lequel les données étaient insuffisantes. On constate que pour le critère « curiosité intellectuelle », P12 et le chercheur ont situé E2 au niveau 3 dans la grille à quatre niveaux alors que leur évaluation de ce critère différait dans la grille à trois niveaux. On observe également que le libellé du niveau 3 du critère « curiosité intellectuelle » de la grille à quatre niveaux est le même que le niveau maximal dans la grille à trois niveaux. Cela signifie donc que P12 a produit une évaluation

différente de E2 en regard de ce critère en fonction de la grille utilisée. P12 explique son choix de la façon suivante :

« Dans la grille à trois niveaux, on m'offre le choix entre démontre à l'occasion pour le niveau 2 et démontre souvent pour le niveau 3. Pour moi, la seule distinction se situe dans le nombre de répétitions de l'étudiante ou l'étudiant. Dans la grille à quatre niveaux, on m'offre le choix entre démontre parfois, démontre souvent et démontre chaque fois que la situation le demande. La distinction devient plus facile à faire pour moi, surtout entre le niveau 2 et le niveau 3. Dans la grille à trois niveaux, pour obtenir le niveau supérieur, le terme démontre souvent signifie dans une très grande proportion de situations, voire presque tout le temps. La grille à quatre niveaux me permet d'évaluer en fonction du nombre d'occasions de démontrer une conduite que l'étudiante a eue durant le stage ou une journée comme dans le cas présent. Par exemple, aujourd'hui elle a démontré de la curiosité intellectuelle dans la plupart des situations, mais pas chaque fois que la situation l'exigeait, je l'ai donc placée au niveau 3 dans la grille à quatre niveaux. »

En ce qui concerne le critère responsabilité, CH et P12 ont situé les conduites de E2 au niveau 2 dans la grille à quatre niveaux. La formulation du niveau 2 dans la grille à quatre niveaux démontre un niveau d'atteinte inférieur au niveau 2 de la grille à trois niveaux et supérieur au niveau 1 de cette même grille. Cela nous porte à croire, qu'au moins pour ce critère, la grille à quatre niveaux permet une évaluation plus précise des conduites critiques des étudiantes que la grille à trois niveaux.

Il semble donc que nos craintes par rapport à la grille à trois niveaux, à savoir qu'elle ne permet pas une évaluation précise du niveau de la pensée critique à partir des conduites des étudiantes et étudiants et qu'elle amène une certaine normalisation par le centre, étaient fondées. À partir de cette mise à l'essai et des commentaires de tous les professeurs et professeuses à qui nous avons présenté nos outils, nous avons donc décidé d'utiliser uniquement la grille à quatre niveaux pour les mises à l'essai subséquentes.

Tableau 26 :
Mise à l'essai 1, évaluation de E2 avec la grille à quatre niveaux

Attitudes	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Curiosité intellectuelle.			P12 et CH	
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.			P12 et CH	
Créativité	Di : P12 et CH			
Responsabilité		P12 et CH		
Ouverture d'esprit, flexible				P12 et CH
Habiletés intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.			P12 et CH	
Processus de pensée réflexif.			P12 et CH	
Processus de pensée autorégulateur.			P12 et CH	
Processus adapté au contexte.				P12 et CH
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.				P12 et CH
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

En ce qui concerne le guide d'accompagnement, P12 avait déjà donné ses commentaires à propos de celui-ci lors de la rencontre individuelle de présentation des outils qui avait eu lieu auparavant. P12 a mentionné avoir pris connaissance de la dernière version du guide durant la semaine précédant la mise à l'essai et ne pas avoir de questions. Le guide lui a semblé clair, concis et facile à consulter. Ses commentaires sont demeurés les mêmes après la mise à l'essai. Nous avons toutefois bonifié le guide en y ajoutant des exemples de conduites critiques tirées de la mise à l'essai pour plusieurs des critères d'évaluation.

3.2 Mise à l'essai numéro 2 : outil d'évaluation à 4 niveaux version 2 et guide d'accompagnement

La seconde mise à l'essai s'est déroulée sur une unité de chirurgie d'un jour avec des étudiantes et étudiants de troisième année du programme. Les étudiantes ou étudiants E3 et E4 ont été sélectionnés par P49 pour être évalués. En raison de la nature ambulatoire et de courte durée de cette unité de soins, plusieurs patientes et patients ont été sous la responsabilité des étudiantes ou étudiants E3 et E4. Cela a permis à CH et P49 d'observer un grand éventail de situations.

Voici quelques exemples de situations observées au cours de la journée de stage pour l'étudiante ou l'étudiant E3 : se questionne sur la nécessité d'administrer du Budesonide/formoterol à un patient avant sa chirurgie, recherche dans un dictionnaire médical des informations sur le syndrome de Gilbert et questionne P49 à ce sujet, se questionne sur la façon d'évaluer l'état d'éveil post-opératoire d'un jeune enfant qui ne parle pas, vérifie le site d'insertion d'un soluté après qu'une collègue lui ait dit qu'il avait un aspect anormal, remet en question des résultats de tension artérielle contrôlée avec un appareil électronique, recontrôle le poids d'une patiente avant d'administrer une dose de médication préopératoire, retarde l'alimentation d'une patiente en raison de l'évaluation clinique même si le protocole avait permis à la patiente de s'alimenter, anticipe une faible observance au traitement en phase postopératoire à partir des comportements du patient en phase préopératoire.

En ce qui concerne l'évaluation de E3, le tableau 27 présente les résultats obtenus avec la grille à quatre niveaux v2 alors que le tableau 28 présente les résultats de l'évaluation de E4 à la page 185.

Tableau 27 :
Mise à l'essai 2, évaluation de E3 avec la grille à quatre niveaux v2.

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.				CH et P49
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.			CH et P49	
Responsabilité			CH	P49
Ouverture d'esprit, flexible	Di : CH			P49
Habiletés intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.			CH	P49
Processus de pensée réflexif.		CH	P49	
Processus de pensée autorégulateur.			CH	P49
Processus adapté au contexte.			CH et P49	
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.				CH et P49
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

En ce qui concerne l'évaluation de E3, on constate que P49 et CH en sont venus à la même conclusion pour trois des neuf critères. Les critères curiosité intellectuelle et mise en question des données ont fait l'objet d'une évaluation identique. Les situations dans lesquelles les conduites de E3 par rapport à ces deux critères ont été nombreuses et il fut facile de démontrer que E3 répondait aux exigences du niveau 3 pour ces deux critères. Par rapport aux critères responsabilité et ouverture d'esprit, P49 a mentionné s'être basé sur les conduites de E3 depuis le début du stage pour produire son évaluation. Selon P49, E3 aurait fait preuve d'ouverture d'esprit à l'égard des commentaires divergents des siens et d'une grande responsabilité à plusieurs reprises dans un large éventail de situations depuis le début du stage qui en était à ce moment à la 8^e journée. Par rapport aux critères processus de pensée raisonnable et intentionnel, processus de pensée réflexif et processus de pensée autorégulateur, P49 a dit avoir tenu compte à la fois des conduites de E3

durant la journée d'observation et des informations contenues dans le journal de bord de E3 pour les journées de stage précédentes afin de produire son évaluation. Pour sa part, CH n'a eu que la journée d'observation pour observer les conduites de E3 et n'avait pas accès aux informations contenues dans le journal de bord, ce qui explique en partie la divergence au niveau de l'évaluation pour ces critères.

Tableau 28 :
Mise à l'essai 2, évaluation de E4 avec la grille à quatre niveaux v2.

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.		P49	CH	
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.		CH et P49		
Responsabilité			CH et P49	
Ouverture d'esprit, flexible			CH et P49	
Habiletés intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.		CH et P49		
Processus de pensée réflexif.		CH	P49	
Processus de pensée autorégulateur.			CH et P49	
Processus adapté au contexte.		CH et P49		
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.			CH et P49	
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

Voici quelques exemples de situations observées au cours de la journée de stage pour l'étudiante ou l'étudiant E4 : questionne P49 sur le temps minimal de brossage requis pour la zone opératoire lors de la préparation du patient à sa chirurgie, recherche dans un manuel de l'information sur la chlamydia puisqu'une patiente avait cette maladie comme antécédent médical, recherche sommairement de l'information sur un médicament, mais est incapable d'expliquer ce que c'est au patient lors de la rencontre d'enseignement, consulte les dossiers antérieurs des patientes et patients avant qu'ils n'arrivent du bloc opératoire, a omis de surveiller les

signes neuromusculaires d'un membre suite à une chirurgie et a omis de vérifier le type d'anesthésie employé, a décidé de façon autonome d'effectuer le premier lever postopératoire d'un patient, reconnaît ses erreurs en lien avec la surveillance postopératoire, à la suite des commentaires de P49.

En ce qui concerne l'évaluation de E4, on constate que P49 et CH en sont venus à la même conclusion pour sept des neuf critères. Concernant le critère curiosité intellectuelle, E4 a recherché de l'information concernant des pathologies et de la médication dans des volumes de référence, un guide de médicaments ainsi que le compendium des produits pharmaceutiques, toutefois lors de l'enseignement au client, E4 ne maîtrisait pas les sujets à enseigner et a été incapable de transmettre l'information. Pour cette raison, P49 l'a situé au niveau 1 pour le critère curiosité intellectuelle. Selon P49, la démarche de recherche d'information a été observée, mais n'a pas été faite correctement et n'a pas produit les résultats escomptés. De plus, il s'agissait d'une « mauvaise journée » pour E4 selon P49. Aux dires de P49, E4 a performé en deçà de son niveau habituel pour l'ensemble des critères de la grille par rapport à ce qui avait été observé par P49 depuis le début du stage. Pour ces raisons, P49 a évalué E4 au niveau 1 pour ce critère, alors que CH l'a situé au niveau 2.

Concernant le processus de pensée réflexif, P49 a situé E4 au niveau 2 alors que CH l'a situé au niveau 1. La différence s'explique par le fait que E4 a omis de vérifier le type d'anesthésie d'une patiente en suivi postopératoire. Cette omission a entraîné un manque dans la surveillance de l'état de la patiente après l'opération. Post-événement, E4 a été en mesure de décrire et évaluer les failles dans ses modes de pensée. Toutefois, la différence dans l'évaluation du critère provient du deuxième élément contenu dans celui-ci, c'est-à-dire la reconnaissance de ses propres compétences et limites intellectuelles. Il aura fallu que P49 questionne et guide la réflexion de E4 afin de constater les failles dans son processus de pensée. Selon P49, E4 avait démontré à quelques reprises durant le stage la capacité de faire cette démarche de façon autonome, mais sur demande, alors que CH n'a eu que cette

situation durant laquelle E4 a dû être guidé pour y parvenir, ce qui explique la différence dans l'évaluation.

En ce qui concerne le guide d'accompagnement, P49 a mentionné qu'il était explicite et facilitait la compréhension de l'outil d'évaluation. Les exemples qui y ont été ajoutés depuis sa première version lui ont semblé pertinents et l'ont aidé à cibler l'étendue des critères d'évaluation.

3.3 Mise à l'essai numéro 3 : outil d'évaluation à 4 niveaux, version 2 et guide d'accompagnement

La troisième mise à l'essai s'est déroulée avec la participation de P37, ainsi que les étudiantes ou étudiants en quatrième session du programme, E5 et E6. L'unité sur laquelle s'est déroulée la mise à l'essai est une unité de chirurgie générale de courte durée. Les patientes et patients que l'on y retrouve ont subi plusieurs types d'interventions chirurgicales incluant plusieurs types de chirurgies abdominales, du sein et de l'appareil reproducteur. Les étudiantes ou étudiants en étaient à leur quatorzième journée de stage sur cette unité de soins. Elles ou ils étaient familiers avec la plupart des pathologies et interventions chirurgicales fréquemment rencontrées sur cette unité de soins. Plus tôt dans le stage, il y a eu un conflit entre le personnel infirmier de l'étage et le groupe de stagiaires, ce qui a été nuisible à la communication interprofessionnelle durant le stage. Le tableau 29 présente les résultats de l'évaluation de l'étudiante ou l'étudiant E5 faite par le chercheur (CH) et P37 alors que le tableau 30 présente ces mêmes résultats pour l'étudiante ou l'étudiant E6.

Voici quelques exemples de situations observées au cours de la journée de stage pour l'étudiante ou l'étudiant E5 : recherche dans un manuel de référence de l'information sur la technique de l'examen de l'abdomen, retire le soluté d'une

patiente après le repas conformément au protocole de soins et suite aux pressions de l'infirmière responsable, malgré que la patiente présentait des nausées et a vomi. N'a pas avisé P37 du retrait du soluté, a nécessité un guidage étape par étape pour déterminer une intervention infirmière pour soulager un patient nauséeux, à partir de son expérience vécue la journée précédente, a décidé de ne pas administrer un médicament pour abaisser la tension artérielle en raison du pouls et de la tension artérielle trop bas chez une patiente, lorsque P37 lui a signifié des lacunes, elle ou il les a reconnues, mais était incapable de les identifier par elle ou lui-même et ne modifiait pas ses conduites dans les interventions subséquentes. Pendant qu'un patient vomissait, a choisi de contrôler les signes vitaux d'une autre patiente stable plutôt que d'intervenir auprès de ce dernier. A omis de signer la feuille d'administration des médicaments au moment de leur administration tel que dicté dans les procédures de soins, et ce, pour la troisième fois depuis le début du stage selon ses propres aveux et ceux de P37.

Tableau 29 :
Mise à l'essai 3, évaluation de E5 avec la grille à quatre niveaux v2

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.		CH et P37		
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.		CH et P37		
Responsabilité		CH et P37		
Ouverture d'esprit, flexible		CH et P37		
Habiletés intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.		CH et P37		
Processus de pensée réflexif.		CH et P37		
Processus de pensée autorégulateur.	CH et P37			
Processus adapté au contexte.		CH et P37		
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.	Di : CH et P37			
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

On constate que l'évaluation de E5 à l'aide de la grille d'évaluation de la pensée critique est identique. CH et P37 en sont venus aux mêmes conclusions pour tous les critères de l'évaluation. Concernant le critère « processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles », le manque de données pour l'évaluer ne provient pas du nombre de situations dans lesquelles E5 a failli au respect de celles-ci. Le manque de données provient plutôt du manque de pensée réflexive de E5 qui était incapable d'expliquer en quoi son jugement ou ses actes infirmiers contrevenaient aux normes professionnelles ainsi qu'au manque de temps durant la journée pour la ou le questionner adéquatement afin qu'elle ou il soit en mesure de porter un regard réflexif sur ses conduites.

Voici quelques exemples de situations observées au cours de la journée de stage pour l'étudiante ou l'étudiant E6 : a tenté de lire la note évolutive inscrite au dossier par le chirurgien, mais n'a pas été en mesure de la déchiffrer en raison de la calligraphie. N'a pas demandé d'aide ou questionné le chirurgien pour en savoir davantage, et ce, malgré que la patiente présentait une complication postopératoire. Lorsque confronté à sa conduite, reconnaît par elle ou lui-même son erreur et identifie des pistes de solution pour éviter que cela se reproduise (demander de l'aide pour décoder la note, effectuer un examen du sein plus approfondi en postopératoire). Se questionne pour quelles raisons l'infirmière responsable lui a demandé d'enseigner à une patiente comment faire la réfection de son pansement avec drain puisque c'est inhabituel. Lorsque CH et P37 la ou le questionnent à ce sujet, répète que c'est inhabituel, mais ne fait pas de démarches pour obtenir une réponse. Une patiente avait une saturation plus basse que la normale (94 %), E6 avait placé le capteur de saturation sur la main du même côté que le sphygmomanomètre lors du contrôle de la tension artérielle, n'a pas tenté d'identifier de causes à cette valeur anormale, a recontrôlé la saturation plus tard. A décidé d'administrer un analgésique narcotique par elle ou lui-même après avoir évalué une patiente et a été en mesure de justifier sa décision. Effectue l'enseignement de départ pour un patient après avoir validé avec

un guide de référence. Explique le lien entre une diminution de la saturation d'un patient et la diminution de l'amplitude respiratoire en postopératoire, décide d'enseigner les exercices respiratoires au patient et de lui faire pratiquer. A retiré le soluté d'une patiente sous la pression de l'infirmière responsable, a toutefois retardé le retrait puisque la tension artérielle de la patiente était faible et qu'elle se sentait étourdie.

Tableau 30 :
Mise à l'essai 3, évaluation de E6 avec la grille à quatre niveaux v2

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.			CH et P37	
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.			CH et P37	
Responsabilité			CH	P37
Ouverture d'esprit, flexible				CH et P37
Habiletés intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.			CH et P37	
Processus de pensée réflexif.			CH et P37	
Processus de pensée autorégulateur.			CH et P37	
Processus adapté au contexte.			CH et P37	
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.			CH et P37	
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

On constate que l'évaluation de E6 produite par CH et P37 est identique pour huit des neuf critères de la grille d'évaluation. Le seul critère pour lequel l'évaluation fut différente a été celui de la responsabilité. À partir des situations qui se sont présentées durant la journée d'observation, CH a été en mesure d'observer que E6 est capable de prendre des décisions par elle ou lui-même sans devoir référer à une autorité supérieure et à s'en porter garant. Toutefois, le nombre de situations

survenues dans la journée était insuffisant pour certifier que E6 avait atteint le niveau 3 qui nécessite que l'étudiante ou l'étudiant adopte cette conduite chaque fois que la situation l'exige. Pour sa part, P37 a eu l'occasion d'observer d'autres situations dans les jours précédents durant lesquelles E6 a démontré une attitude de responsabilité ce qui, selon P37, a influencé son évaluation.

En ce qui concerne le guide d'accompagnement de la grille d'évaluation de la pensée critique, P37 l'avait commenté alors qu'il en était encore à sa première version. Pour P37, les ajouts qui y ont été faits au niveau des définitions des critères et les exemples qui y ont été ajoutés lui ont été fort utiles afin de mieux comprendre les critères et leur portée. Pour P37, le guide est indispensable à la bonne utilisation de la grille et il serait souhaitable d'y ajouter d'autres exemples au fur et à mesure que se dérouleront les mises à l'essai afin qu'il s'enrichisse des multiples situations vécues au cours de notre projet.

3.4 Mise à l'essai numéro 4 : outil d'évaluation à 4 niveaux, version 2 et guide d'accompagnement

La quatrième mise à l'essai s'est déroulée avec la participation de P40, ainsi que les étudiantes ou étudiants en sixième session du programme, E7 et E8. L'unité sur laquelle s'est déroulée l'observation est une unité de soins où l'on retrouve à la fois des patientes et patients hospitalisés pour des problèmes de nature cardiaque tels que l'angine de poitrine, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque et divers troubles du rythme. On y retrouve aussi diverses pathologies pulmonaires telles que l'emphysème, diverses maladies pulmonaires obstructives chroniques et cancer du poumon. Au moment où nous avons effectué l'observation, les étudiantes et étudiants en étaient au 24^e jour de stage sur cette unité sur un total de 26. Le tableau 31 présente les résultats de l'évaluation de l'étudiante ou l'étudiant E7 faite par le chercheur (CH) et P40.

Tableau 31 :
 Mise à l'essai 4, évaluation de E7 avec la grille à quatre niveaux v2

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.				CH et P40
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.		CH et P40		
Responsabilité		P40	CH	
Ouverture d'esprit, flexible			CH et P40	
Habilités intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.			CH et P40	
Processus de pensée réflexif.			CH	P40
Processus de pensée autorégulateur.			CH et P40	
Processus adapté au contexte.	Di : CH et P40			
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.		CH et P40		
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

Voici quelques exemples de situations observées au cours de la journée de stage pour l'étudiante ou l'étudiant E7 : consultait un dossier de patient et était incapable de lire la note d'évolution, a demandé de l'aide à P40, pour un autre patient, P40 lui a demandé d'expliquer les liens entre l'épanchement péricardique de sa patiente et ses autres diagnostics soit le néoplasme du poumon et la sténose aortique. En était incapable, a consulté divers manuels de référence après que P40 l'ait questionné. A ensuite été en mesure d'expliquer tous les liens. Se questionne parce qu'un patient insuffisant cardiaque n'avait pas comme directive de contrôler son poids chaque jour et comment il était possible que l'insuffisance cardiaque n'ait pas été diagnostiquée suite à une échographie cardiaque. A décidé de façon autonome de contrôler le poids de ce patient chaque jour. Se questionne à savoir si elle ou il

peut retirer le soluté de son patient, a été en mesure d'identifier des normes professionnelles pour guider sa réflexion, mais seulement avec l'aide de P40.

P40 et CH ont évalué sept des neuf critères de façon identique pour E7 en incluant le critère « processus adapté au contexte » pour lequel les données étaient insuffisantes pour poser un jugement précis. Pour le critère responsabilité, P40 a situé E7 au niveau 2 alors que CH l'a situé au niveau 1. La différence provient de l'interprétation du terme parfois par rapport à souvent pour la fréquence de cette conduite. E7 a décidé par elle ou lui-même d'instaurer une pesée chaque jour pour un patient insuffisant cardiaque, toutefois E7 n'a pas été en mesure de décider de façon autonome si elle ou il devait retirer le soluté du patient puisque P40 a dû guider tout le processus réflexif pour y arriver. Un autre élément qui a pu influencer la décision de P40 de situer E7 à un niveau supérieur est le fait que le stage en était à sa 24^e journée. P40 a donc 23 autres jours de stage durant lesquels elle ou il a pu observer les conduites de E7, ce qui peut avoir influencé sa décision.

En ce qui concerne le critère processus de pensée réflexif, P40 a situé E7 au niveau 3 en raison des nombreux liens entre les pathologies que celle ou celui-ci a été en mesure de faire tout au long de la journée d'observation et le fait qu'elle ou il a été en mesure de reconnaître ses propres limites. Toutefois, CH l'a plutôt situé au niveau 2 puisqu'une partie de ses liens a été faite par elle ou lui-même, mais suite à un questionnement de la part de P40, ils n'étaient donc pas tous faits de façon autonome.

Voici quelques exemples de situations observées au cours de la journée de stage pour l'étudiante ou l'étudiant E8 : à la suite d'une coronarographie, E8 devait retirer le garrot au poignet d'un patient, mais l'hémostase de l'artère radiale n'était pas complète. E8 se questionne alors s'il est sécuritaire de retirer le garrot plus tard en maintenant une surveillance des signes neurologiques de la main et valide auprès d'une infirmière expérimentée de l'unité de soins. Se questionne sur ce qui peut retarder l'hémostase du patient. P40 a mentionné à E8 qu'un médicament, le

fondaparinux, pourrait en être responsable. E8 recherche de l'information sur ce médicament dans le guide de médicaments et le compendium des produits pharmaceutiques, mais le produit n'y est pas listé. Ne pense pas à chercher l'information sur le système informatique de la pharmacie, le fait après que P40 lui ait rappelé. Remet en question le protocole de retrait du garrot de l'unité, car le patient a saigné abondamment lors de la tentative antérieure et E8 mentionne qu'il détruira le clou plaquettaire s'il desserre le garrot trop tôt. E8 choisit de retarder de 30 minutes la prochaine tentative de retrait du garrot. Explique le lien entre l'installation d'un tuteur coronarien et l'augmentation du taux sanguin de certaines enzymes cardiaques, mais mentionne ne pas comprendre clairement le résultat de l'électrocardiogramme (ECG) et ne pas savoir à partir de quelles valeurs il serait nécessaire d'en informer le cardiologue. Avec l'aide de P40 qui la ou le guide durant sa réflexion, détermine qu'il est nécessaire d'informer le cardiologue des résultats de prélèvement et de l'ECG. Malgré la recherche des informations sur le fondaparinux, a eu besoin d'aide de P40 pour comprendre que cette molécule a un effet anticoagulant, ce qui explique le retard de l'hémostase et l'impossibilité de retirer le garrot chez son patient. Le tableau 32 présente les résultats de l'évaluation de l'étudiante ou l'étudiant E8 faite par le chercheur (CH) et P40.

Tableau 32 :
 Mise à l'essai 4, évaluation de E8 avec la grille à quatre niveaux v2

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.			CH et P40	
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.		CH et P40		
Responsabilité			CH et P40	
Ouverture d'esprit, flexible			CH et P40	
Habiletés intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.			CH et P40	
Processus de pensée réflexif.			CH et P40	
Processus de pensée autorégulateur.			CH et P40	
Processus adapté au contexte.		CH et P40		
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.		CH et P40		
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

Dans le cas de la mise à l'essai de l'outil pour E8, on constate que P40 et CH arrivent en tout point à la même évaluation. En ce qui concerne la curiosité intellectuelle, E8 a effectué plusieurs recherches dans divers outils afin de trouver de l'information sur des procédures de l'unité ainsi que la médication. Bien qu'il ait été nécessaire de la ou le guider vers d'autres ressources que les outils standards pour trouver les réponses à ses questions, P40 et CH l'ont tout de même situé au niveau 2 puisqu'elle ou il a démontré de façon régulière la volonté de mieux comprendre et d'en savoir davantage. Dans certaines situations, E8 a épuisé les ressources traditionnelles sans parvenir à une réponse satisfaisante à ses yeux. Par ailleurs, il a été impossible de la ou le situer au niveau 3, puisque dans certaines situations qui l'auraient nécessité, la curiosité ne s'est pas manifestée.

E8 a également démontré de la responsabilité en choisissant de retarder le retrait du garrot par elle ou lui-même, mais a été incapable de déterminer de façon autonome s'il était nécessaire ou non d'informer le cardiologue de l'état du patient. Pour ces raisons, CH et P40 l'ont évalué au niveau 2 par rapport à ce critère.

Concernant le critère processus de pensée réflexive, E8 a été en mesure de remettre en question ses opinions ainsi que d'évaluer ses processus de pensée et actes infirmiers lorsqu'on lui demandait de le faire. Toutefois, elle ou il était en mesure de reconnaître ses propres compétences et limites chaque fois que la situation le demandait.

Les commentaires de P40 par rapport au guide d'accompagnement de l'outil d'évaluation indiquent que celui-ci est facilitant pour bien cerner ce qui doit être considéré dans chacun des critères. Le guide a permis à P40 de mieux cibler les éléments à observer et à évaluer. Les exemples étaient pertinents à ses yeux et facilitaient la compréhension de chacun des critères de la grille. Selon P40, le guide d'accompagnement est indispensable et ne pourrait être dissocié de la grille sans courir le risque que celle-ci soit interprétée de façon inadéquate par les professeures et professeurs qui auront à l'utiliser.

3.5 Mise à l'essai numéro 5 : outil d'évaluation à 4 niveaux, version 2 et guide d'accompagnement

La cinquième mise à l'essai s'est déroulée avec la participation de P01 ainsi que les étudiantes ou étudiants en sixième session du programme, E9 et E10. L'unité sur laquelle s'est déroulée l'observation est une unité de santé mentale où l'on retrouve des patientes et patients hospitalisés pour divers types de troubles mentaux. Les étudiantes ou étudiants en étaient à leur quinzième journée de stage sur cette

unité de soins. Le tableau 33 présente les résultats de l'évaluation de l'étudiante ou l'étudiant E9 faite par le chercheur (CH) et P01.

Voici quelques exemples de situations observées pour l'étudiante ou l'étudiant E9 lors de la mise à l'essai : recherche de l'information dans le dossier et se questionne et questionne P01 avant d'aller rencontrer le patient, à la suite de son évaluation, remet en question le départ d'un patient qui présente des idées suicidaires, et ce, malgré que le médecin a inscrit au dossier que le patient était stable et pouvait quitter. Effectue la même démarche par rapport à un médicament hypotenseur et décide de l'administrer après avoir procédé à l'évaluation du patient et au contrôle des signes vitaux. Toutefois, E9 a eu besoin du support et de l'aide de P01 pour déterminer d'autres interventions de soins à effectuer et les mettre à exécution durant la journée. Chaque fois que P01 lui a fait des commentaires sur ses processus de pensée ou ses interventions infirmières, a questionné P01 afin de mieux comprendre et modifier ses conduites par la suite. Remet en question les informations provenant de sources externes plusieurs fois dans la journée, reconnaît facilement ses limites de façon autonome. A fait des liens entre les pathologies et la médication, mais ne comprenait pas le concept d'autocritique chez un patient en psychiatrie. A été incapable de déterminer si son patient faisait preuve d'autocritique, et ce, même avec l'aide de P01 tout au long du processus d'évaluation. A eu besoin d'aide à plusieurs reprises durant la journée pour remettre en question ses processus de pensée et ses actes infirmiers. Un patient présentait une douleur à la jambe suite à la marche, E9 décide d'offrir au patient la moitié de la dose permise d'un analgésique. Lorsque P01 lui demande pour quelles raisons elle ou il a choisi de donner cette dose, ne fournit pas d'explication. P01 lui demande de vérifier les doses antérieures que le patient a reçues et E9 constate que la dose complète a toujours été nécessaire pour le soulagement. Administre la dose complète.

Tableau 33 :
 Mise à l'essai 5, évaluation de E9 avec la grille à quatre niveaux v2

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.			CH et P01	
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.				CH et P01
Responsabilité			CH et P01	
Ouverture d'esprit, flexible				CH et P01
Habiletés intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.		CH et P01		
Processus de pensée réflexif.		CH et P01		
Processus de pensée autorégulateur.	CH	P01		
Processus adapté au contexte.			CH et P01	
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.			CH et P01	
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

On constate que l'évaluation de l'étudiante E9 produite par CH et P01 est identique pour huit des neuf critères de la grille.

Concernant la curiosité intellectuelle, E9 a démontré dans plusieurs situations la volonté d'en savoir davantage en recherchant de l'information sur l'état des patients et les groupes de soutien en externe, par exemple. Toutefois, il a été impossible de la ou le situer au niveau 3 puisqu'il lui est arrivé en certaines occasions de ne pas manifester de conduites démontrant de la curiosité intellectuelle notamment en ne recherchant pas d'information sur quelques examens que devait subir son patient qu'elle ou il ne connaissait pas.

Par rapport au critère « remise en question des données, des informations et des autres », E9 a remis en question l'information transmise par une infirmière et

contenue dans le dossier d'un patient et l'a vérifié en procédant à sa propre évaluation de l'état du patient ainsi que dans d'autres situations durant la période d'observation. Notre observation ne se base que sur une seule journée d'observation, mais E9 a démontré son autonomie par rapport à ce critère chaque fois que la situation l'exigeait durant cette journée.

E9 a fait preuve de responsabilité en décidant de façon autonome de présenter un programme d'aide dans la communauté approprié pour son patient sans attendre une prescription médicale ou de directives de P01. E9 a évalué les besoins de son patient ainsi que son intérêt après avoir vérifié que celui-ci se qualifiait pour y participer. Toutefois, puisqu'il s'agit de la seule situation observée par rapport à ce critère dans la journée, il nous est impossible de statuer que E9 pourrait répéter cette conduite chaque fois que la situation l'exige, pour cette raison CH et P01 l'ont situé au niveau 2.

La seule divergence à propos de l'évaluation de E9 se situe au niveau du critère « processus de pensée autorégulateur ». Lors de la période d'observation, il est survenu une situation dans laquelle l'étudiante ou l'étudiant E9 effectuait la réfection d'un pansement. CH et P01 ont observé quelques manques au niveau de l'asepsie et de la manipulation du matériel. L'étudiante ou l'étudiant E9 a été en mesure de porter un regard réflexif sur ses actes infirmiers, mais avec l'aide de P01. Cet événement, ainsi que d'autres durant la journée d'observation, ont justifié l'évaluation au niveau 1 pour le processus de pensée réflexive. Par ailleurs, puisque la prochaine réfection du pansement n'était prévue que le lendemain, il n'a pas été possible pour CH de l'observer et de voir si E9 allait modifier sa conduite suite aux commentaires de P01 et de la réflexion, d'où la mention « données insuffisantes ». Cependant, P01 a situé E9 au niveau 1 puisqu'elle ou il a été en mesure d'observer E9 corriger certains manques pour ensuite commettre de nouveaux manques au niveau de l'asepsie à trois reprises plus tôt durant le stage, et ce, même si un retour réflexif avait eu lieu.

Voici quelques exemples de situations observées pour l'étudiante ou l'étudiant E10 lors de la mise à l'essai : consulte le dossier du patient, le plan de soins et la feuille d'administration de la médication avant de débiter leur préparation, recherche de l'information sur les médicaments à administrer le matin avant leur administration et complète sa recherche plus tard pour le reste de la médication. Une infirmière lui dit que son patient a besoin d'une dose d'appoint de médication neuroleptique car ce dernier est agité. E10 se rend au chevet du patient et procède à l'évaluation de l'état physique et mental et détermine que l'utilisation d'une dose d'appoint n'est pas nécessaire après être intervenu auprès de lui. Choisit de retarder la préparation et l'administration d'un médicament hypotenseur, car la tension artérielle du patient était faible lors du dernier contrôle de celle-ci. Recontrôle la tension artérielle qui s'est normalisée et décide d'administrer la dose et inscrit la note appropriée au dossier. A tiré des conclusions appropriées à partir des éléments de la situation de soins en se basant sur les connaissances théoriques à trois reprises, mais n'a pas vu la nécessité de procéder à l'examen de l'abdomen chez un patient connu pour constipation qui utilise des laxatifs. A tenté de porter le fardeau de l'erreur sur divers facteurs secondaires plus ou moins en lien avec le contexte, plutôt que d'accepter sa responsabilité pour cette omission. E10 remarque que son patient a une démarche instable et présente un risque de chute, comme il s'agissait de sa première journée avec ce patient, valide auprès des autres membres du personnel si le patient présentait la même démarche antérieurement. Un patient a refusé la médication car il était méfiant, a dû s'adapter à la situation et expliquer les buts et avantages de la médication. Malgré tout le patient a refusé la médication. A été capable d'identifier comment l'acceptation de son refus était conforme à l'éthique et aux normes professionnelles en vigueur et dans quelles circonstances elle ou il aurait pu, légalement, lui administrer contre son gré. Le tableau 34 présente les résultats de l'évaluation de l'étudiante ou l'étudiant E10 faite par le chercheur (CH) et P01.

Tableau 34 :
Mise à l'essai 5, évaluation de E10 avec la grille à quatre niveaux v2

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle.				CH et P01
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.				CH et P01
Responsabilité			CH et P01	
Ouverture d'esprit, flexible				CH et P01
Habiletés intellectuelles				
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.			CH et P01	
Processus de pensée réflexif.				CH et P01
Processus de pensée autorégulateur.	Di : CH		P01	
Processus adapté au contexte.			CH et P01	
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.		CH et P01		
Légende : Di = données insuffisantes pour se prononcer sur ce critère. CH = Chercheur				

On constate que l'évaluation de l'étudiante ou l'étudiant E10 produite par CH et P01 est identique pour huit des neuf critères de la grille.

Concernant les critères « curiosité intellectuelle » et la « remise en question des données », P01 et CH ont situé E10 au niveau 3 en raison des multiples situations durant lesquelles elles ou ils ont été en mesure de l'observer rechercher de l'information dans divers manuels, questionner d'autres membres de l'équipe de soins ou encore valider ces mêmes informations en procédant à sa propre évaluation de la situation ou en cherchant un second avis.

Dans la plupart des situations observées, E10 a fait preuve de responsabilité en prenant diverses décisions et en s'en portant garant comme le choix de ne pas administrer ou retarder une dose de médication. Toutefois, il fut impossible pour P01 et CH de lui attribuer le niveau 3 en raison de sa conduite à propos de l'examen de

l'abdomen qui avait été oublié chez un patient présentant des signes et symptômes de constipation et qui utilisait des laxatifs.

Concernant le critère « processus de pensée autorégulateur », il a été impossible pour CH de statuer sur le niveau dans lequel E10 se situe par rapport à celui-ci. Les situations observées lors de la journée d'observation ne se sont pas présentées en nombre suffisant pour porter un jugement précis à cet effet. Pour sa part, P01 a situé E10 au niveau 2 pour ce critère, puisqu'elle ou il supervisait ce groupe de stage depuis 14 jours déjà. À partir des situations qu'elle ou il a été en mesure d'observer depuis le début du stage, elle ou il a déterminé que E10 avait été en mesure de modifier des conduites et des modes de pensée à la suite de situations cliniques antérieures, et ce, de façon autonome dans plusieurs situations. Toutefois, dans certaines situations, il a été nécessaire de demander à E10 de le faire, puisque cela ne se produisait pas toujours de façon spontanée. Pour cette raison, P10 ne pouvait lui attribuer un niveau 3.

Pour sa part, P01 a trouvé le guide d'accompagnement utile et nécessaire pour une bonne compréhension des critères et de ce qui doit être observé et évalué pour chacun d'eux. Les exemples qu'il contient lui ont permis de visualiser des conduites à observer chez les étudiantes et étudiants. Selon P01, le guide d'accompagnement pourrait s'enrichir d'exemples plus contextuels, c'est-à-dire en fonction des conduites propres à certains champs de l'exercice de la profession infirmière. À titre d'exemple, P01 mentionne à cet effet que « les exemples de conduites attendues par rapport au processus adapté au contexte pourraient être spécifiques à la psychiatrie et différents de ce qui est attendu en pédiatrie ». Il serait aussi possible d'y ajouter des exemples de conduites propres à chaque niveau de la grille d'évaluation.

3.6 Nombre d'occurrences d'évaluations identiques

À partir des résultats obtenus lors des mises à l'essai, nous avons mesuré le nombre d'occurrences pour chacun des critères de la grille pour lesquels les deux évaluatrices ou évaluateurs en sont venus au même résultat.

3.6.1 Occurrences d'évaluations identiques pour la mise à l'essai 1

Dans la grille à trois niveaux, on retrouve 16 occurrences sur une possibilité totale de 20, dans lesquelles l'évaluation est identique, et ce, pour 7 des 10 critères d'évaluation. Les trois critères qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation identique sont la curiosité intellectuelle à deux reprises alors que la responsabilité et le processus de pensée réflexive ont été évalués différemment une fois chacun. Cela signifie donc que pour ces deux étudiantes ou étudiants, en utilisant la grille à trois niveaux, les deux évaluatrices ou évaluateurs en sont venus à la même conclusion 16 fois sur 20, soit 80 %.

Toujours lors de la première mise à l'essai, mais cette fois avec la version 1 de la grille à quatre niveaux, le nombre d'occurrences d'évaluation identiques de la part des deux évaluatrices ou évaluateurs a été de 20 fois sur 20, ce qui représente 100 %. Toutefois, autant dans l'évaluation avec la grille à trois niveaux que la grille à quatre niveaux version 1, on retrouve la mention *Données insuffisantes* pour deux critères, soit la créativité et le processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.

3.6.2 Occurrences d'évaluations identiques pour la mise à l'essai 2, 3,4 et 5

Les mises à l'essai 2, 3, 4 et 5 se sont déroulées avec la version 2 de la grille à quatre niveaux. Les principales différences entre cette grille et la version 1 sont la numérotation des niveaux qui a été revue et le critère de créativité qui a été retiré de la grille. Il nous a donc été possible de calculer le nombre d'occurrences d'évaluation

identique pour chacun des critères individuellement, mais aussi pour l'ensemble de la grille d'évaluation. En tout, on dénombre 60 occurrences sur une possibilité totale de 72 pour lesquelles les évaluations des deux évaluatrices ou évaluateurs sont identiques, ce qui représente 83 %.

Nous avons également calculé le nombre d'occurrences d'évaluations identiques pour chacun des critères. Le nombre maximal d'occurrences possibles pour chacun des critères est de huit lorsque l'on considère uniquement la version 2 de la grille à quatre niveaux. Nous avons effectué le même calcul pour la version 1 de la grille à quatre niveaux qui contenait en plus le critère de la créativité. Le tableau 35 présente le nombre d'occurrences d'évaluations identiques par critères pour ces deux grilles.

Les critères « responsabilité », « processus de pensée réflexif » ainsi que « processus de pensée autorégulateur » ont obtenu le plus faible taux d'occurrences d'évaluations identiques avec un taux combiné des versions 1 et 2 de la grille à 4 niveaux de 70 %. On retrouve ensuite les critères « curiosité intellectuelle », « Ouverture d'esprit, flexible » et « Processus de pensée raisonnable et intentionnel » avec un taux combiné d'occurrences identiques de 90 %. Pour leur part, les critères « remise en question des données, des informations et des idées des autres », « processus adapté au contexte » et « processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles » ont obtenu un taux combiné d'occurrences identiques de 100 %.

Tableau 35 :
Nombre d'occurrences d'évaluations identiques par critères

	Grille à 4 niveaux version 1 Mise à l'essai 1	Grille à 4 niveaux version 2 Mises à l'essai 2, 3, 4 et 5	
	Évaluations identiques Nb et %	Évaluations identiques Nb et %	Total % Évaluations identiques
Attitudes			
Curiosité intellectuelle.	2/2 (100 %)	7/8 (88 %)	90 %
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.	2/2 (100 %)	8/8 (100 %)	100 %
Créativité	2/2 (100 %)		100 %
Responsabilité	2/2 (100 %)	5/8 (63 %)	70 %
Ouverture d'esprit, flexible	2/2 (100 %)	7/8 (88 %)	90 %
Habilités intellectuelles			
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.	2/2 (100 %)	7/8 (88 %)	90 %
Processus de pensée réflexif.	2/2 (100 %)	5/8 (63 %)	70 %
Processus de pensée autorégulateur.	2/2 (100 %)	5/8 (63 %)	70 %
Processus adapté au contexte.	2/2 (100 %)	8/8 (100 %)	100 %
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.	2/2 (100 %)	8/8 (100 %)	100 %

3.7 Nombre d'occurrences de données insuffisantes

Lors des mises à l'essai de notre outil d'évaluation, il est arrivé en quelques occasions que les situations observées n'aient pas permis aux évaluatrices ou évaluateurs de se prononcer avec certitude sur un critère de la grille d'évaluation. Lorsque cela s'est produit, la mention « données insuffisantes » a été utilisée. Le tableau 36 présente le nombre de fois où cela s'est produit pour chacun des critères.

Tableau 36 :
Nombre d'occurrences de la mention données insuffisantes

	Grille à 3 niveaux version 1 Mise à l'essai 1	Grille à 4 niveaux version 1 Mise à l'essai 1	Grille à 4 niveaux version 2 Mises à l'essai 2, 3, 4 et 5
Attitudes	Nb occurrences	Nb occurrences	Nb occurrences
Curiosité intellectuelle.	0/4 (0 %)	0/4 (0 %)	0/16 (0 %)
Remise en question des données, des informations et des idées des autres.	0/4 (0 %)	0/4 (0 %)	0/16 (0 %)
Créativité	4/4 (100 %)	4/4 (100 %)	
Responsabilité	0/4 (0 %)	0/4 (0 %)	0/16 (0 %)
Ouverture d'esprit, flexible	0/4 (0 %)	0/4 (0 %)	1/16 (6,3 %)
Habilités intellectuelles			
Processus de pensée raisonnable et intentionnel.	0/4 (0 %)	0/4 (0 %)	0/16 (0 %)
Processus de pensée réflexif.	0/4 (0 %)	0/4 (0 %)	0/16 (0 %)
Processus de pensée autorégulateur.	0/4 (0 %)	0/4 (0 %)	3/16 (18,8 %)
Processus adapté au contexte.	0/4 (0 %)	0/4 (0 %)	2/16 (12,5 %)
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles.	2/4 (50 %)	2/4 (0 %)	2/16 (12,5 %)

En ce qui concerne la mise à l'essai 1, autant pour la grille d'évaluation à trois niveaux que la version 1 de la grille à quatre niveaux, deux critères ont obtenu la mention « données insuffisantes ». Sur une possibilité totale de huit évaluations, la créativité a reçu cette mention huit fois alors que le critère processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles a reçu cette mention deux fois. Cela représente un taux de 100 % et de 25 %.

Lors des mises à l'essai 2, 3, 4 et 5 avec la grille à quatre niveaux version 2, quatre critères ont obtenu la mention « données insuffisantes » à au moins une reprise. Sur 16 évaluations totales possibles, le critère « ouverture d'esprit, flexible » a reçu cette mention une fois, soit 6,3 %, alors que le critère « processus de pensée autorégulateur » a reçu cette mention à trois reprises, ce qui représente 18,8 %. Pour leur part, les critères « processus adapté au contexte » et « processus qui respecte les normes professionnelles » ont obtenu cette mention à deux reprises chacun, ce qui représente 12,5 %.

3.8 Synthèse et discussion des données recueillies lors des mises à l'essai

La mise à l'essai de notre outil d'évaluation de la pensée critique a été concluante. Nous avons été en mesure de tester l'outil à des niveaux d'avancement différents dans le programme ainsi que sur des unités de soins dont la vocation et le mode de prestation des soins sont grandement différents.

Nous constatons que les mêmes conduites des étudiantes et étudiants ont été évaluées sous les mêmes critères par les professeures et professeurs qui ont participé à notre projet. Nous avons observé quelques variantes dans le choix du niveau sur lequel elles et ils ont situé l'étudiante ou l'étudiant par rapport à celui du chercheur. Dans la plupart des cas, cette variation était en grande partie causée par la durée de la période d'observation. Le fait que le chercheur soit présent pendant une seule journée, alors que les professeures ou professeurs participants supervisaient ces étudiantes ou étudiants depuis plusieurs jours, a fait en sorte que les professeures et professeurs ont été en mesure d'observer les conduites de ces derniers sur une période beaucoup plus longue. Plusieurs des professeures ou professeurs ont indiqué que cela a influencé leur évaluation par rapport à certains critères de la grille lors de la mise à l'essai.

Tout au cours des mises à l'essai, les professeures et professeurs ont été en mesure d'évaluer les étudiantes et étudiants et de les situer dans la grille pour chacun des critères de celle-ci. Dans de rares occasions, les données recueillies lors de la période d'observation ont été insuffisantes pour le chercheur afin qu'il puisse se prononcer avec certitude sur le niveau dans lequel il fallait situer l'étudiante ou l'étudiant. Toutefois, les professeures et professeurs ont mentionné qu'elles et ils étaient en mesure de situer l'étudiante ou l'étudiant dans la grille avec facilité, si on leur permettait de tenir compte de l'ensemble du stage plutôt que de restreindre uniquement à la période d'observation, comme ce fut le cas lors de nos mises à l'essai.

Les commentaires recueillis auprès des professeures ou professeurs au terme des mises à l'essai sont positifs par rapport à l'outil d'évaluation. Celles et ceux-ci sont d'avis que la grille évalue bien la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants lors des stages en milieu clinique. L'outil ne constitue pas un fardeau pour les professeures et professeurs qui ont participé à sa mise à l'essai. Elles et ils ont utilisé les modes de supervisions qu'elles et ils utilisaient habituellement lors de la supervision des stages en milieu clinique pendant qu'elles et ils utilisaient notre outil. Outre le temps requis pour lire le guide d'accompagnement et bien comprendre le sens de chacun des critères de la grille, ce qui avait été fait avant la mise à l'essai, les professeures et professeurs n'ont pas vu l'utilisation de notre outil comme une charge de travail additionnelle et se sont tous montrés ouverts à l'utiliser à des fins évaluatives officielles.

Enfin, les résultats obtenus au terme de nos travaux nous laissent croire que notre outil est suffisamment précis et sensible pour mesurer la mobilisation de la pensée critique lors des stages en milieu clinique. En tenant comptes des limites de l'échantillon et du contexte de la mise à l'essai, il pourrait être utilisé à des fins d'évaluation de type formative dans le programme en attendant sa validation sur un plus grand échantillon.

3.9 Limites de la recherche et portée pour l'avenir

Notre projet de recherche visait à développer un outil d'évaluation en partenariat avec les membres du Département de soins infirmiers afin d'aplanir les difficultés rencontrées en lien avec l'évaluation de la pensée critique durant les stages dans le programme Soins infirmiers. Lors de la recension des écrits, nous avons trouvé plusieurs articles portant sur l'évaluation de la pensée critique en philosophie, en éducation et en soins infirmiers. Toutefois, ces recherches portaient essentiellement sur l'évaluation de la pensée critique en classe (Boisvert, 1996, 2000) ou à l'aide d'outils standardisés (Dexter, et al., 1997; Kennison, 2006; Soukup, 1999; Staib, 2003; Zygmunt et Schaefer, 2006). La plupart de ces études proposaient d'évaluer la pensée critique chez les étudiantes ou étudiants en soins infirmiers à partir de cas cliniques, fictifs ou réels, qui leur étaient présentés sur papier ou lors d'une simulation (Kaakinen, Krautscheid, et Warner Rains, 2008; Smith et Johnston, 2002). À notre connaissance, il s'agit du premier projet de recherche qui visait à développer un tel outil pour une évaluation en milieu clinique lors de stages, et ce, autant pour le niveau collégial qu'universitaire.

Nous avons conçu notre outil d'évaluation de la pensée critique pour les besoins spécifiques des stages en milieu clinique dans le cadre du programme d'enseignement collégial Soins infirmiers. Nous sommes partis à la fois des fondements théoriques contenus dans les écrits sur la pensée critique en éducation, en philosophie et en soins infirmiers en plus de porter une attention particulière à la conception des professeures et professeurs du Département de soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy pour définir la pensée critique et ses composantes. Cette façon de procéder nous a permis de produire un outil d'évaluation qui tient compte à la fois des écrits sur le sujet et qui est adapté pour les besoins des professeures et professeurs

qui auront à l'utiliser. En procédant ainsi, nous avons créé un outil qui se veut spécifique au domaine des soins infirmiers et du contexte particulier des stages en milieu clinique. Malgré que cette spécificité puisse constituer une limite et ne permette pas sa transférabilité à d'autres domaines, c'est cette spécificité qui rend notre outil unique, novateur et utile dans notre milieu.

Au terme de cette recherche, nous sommes parvenus à démontrer que notre outil évalue bien, en fonction des critères retenus, la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers durant les stages en milieu clinique. Toutefois, la durée de la période d'observation constitue la principale limite à notre étude. Bien que les résultats aient démontré que les évaluatrices ou évaluateurs en sont arrivés à la même conclusion dans 83 % des cas, il serait pertinent de conduire une nouvelle mise à l'essai de l'outil avec une période d'observation qui serait de la même durée que le stage afin de voir si le taux d'accord inter-juge en serait augmenté. Pour une prochaine fois, il conviendra également d'être plus clair avec les professeures et professeurs pour avoir une base comparative commune et plus stable.

Au même titre qu'il serait aussi intéressant de reprendre l'observation avec un échantillon d'étudiantes et d'étudiants plus grand afin de vérifier si le taux d'accord inter-juge en serait affecté positivement ou négativement. À la lumière des résultats obtenus dans cette recherche, nous posons l'hypothèse que si le temps d'observation avait été le même pour le chercheur que pour les professeures et professeurs participants, le taux d'accord inter-juge aurait vraisemblablement augmenté.

Par ailleurs, lors de nos essais, nous avons testé notre outil dans diverses unités de soins dans lesquelles le contexte de stage et de la pratique infirmière sont variés et différents. Les mises à l'essai se sont déroulées dans des centres hospitaliers généraux et spécialisés. Les unités de soins ciblées étaient de courte durée, des unités de soins dites actives ainsi qu'en santé mentale. En raison de diverses contraintes

organisationnelles, nous n'avons pas été en mesure de mettre à l'essai notre outil sur des unités de soins spécialisées comme l'urgence, les soins intensifs, en pédiatrie, en périnatalité ou sur les unités de soins utilisées pour les stages de première année. À la lumière de nos résultats, nous sommes d'avis que notre outil serait efficace pour évaluer la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers dans ces contextes. En effet, la stabilité de l'outil, malgré la variation des contextes, laisse entendre qu'il est suffisamment général pour pouvoir s'appliquer à une grande variété de situations, ou, à tout le moins, à une variété suffisante de situations compte tenu du cadre dans lequel son utilisation est prévue.

Dans la dernière décennie, plusieurs recherches se sont penchées sur l'efficacité des stratégies pédagogiques à employer pour stimuler le développement de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants (Marchigiano, Eduljee, et Harvey, 2011). Jusqu'à présent, ces recherches se sont principalement concentrées sur l'évaluation de l'efficacité de ces stratégies à partir de tests standardisés (Staib, 2003), en classe (Jones, 2008; Simpson et Courtney, 2007) ou en contexte simulé (Guhde, 2010). Notre outil pourrait permettre d'évaluer l'effet de ces mêmes stratégies pédagogiques et leur impact sur le développement et la mobilisation de la pensée critique en stage ou encore chez les infirmières et infirmiers diplômés qui travaillent présentement auprès des personnes malades. Cette avenue représente une piste de recherche future intéressante et qui pourrait avoir un impact majeur sur la façon d'enseigner ou de superviser les stages en milieu clinique.

CONCLUSION

La présente recherche avait pour but d'élaborer et valider un outil pour évaluer la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers du Cégep Sainte-Foy, et ce, durant les stages en milieu clinique.

Pour y parvenir, nous avons dû préalablement proposer une définition claire et à visée opérationnelle de la pensée critique et de ses indicateurs. Nous avons construit cette définition à partir de la recension des écrits dans le domaine de la philosophie, l'éducation et des soins infirmiers. Puisque les utilisateurs cibles de notre outil étaient les membres du Département des soins infirmiers du cégep Sainte-Foy, nous avons également considéré leur conception de la pensée critique et de ses indicateurs pour produire notre définition et l'outil d'évaluation.

Nous les avons d'abord sondés à l'aide d'un questionnaire qui avait pour but de recenser les difficultés qu'elles et ils vivaient en lien avec l'évaluation de la pensée critique lors de stages en milieu clinique, leur conception de la pensée critique en soins infirmiers et afin de connaître la forme qu'elles et ils souhaiteraient pour l'outil d'évaluation que nous voulions concevoir.

Par la suite, nous avons analysé les données obtenues et préparé une série d'entrevues semi-dirigées afin de valider nos perceptions et les conclusions que nous avons tirées à partir des réponses obtenues aux questionnaires.

Ce n'est qu'une fois que ces entrevues furent complétées, que nous avons conçu la première version de l'outil d'évaluation et du guide d'accompagnement. Nous avons ensuite présenté ces deux documents à différents professeurs et professeurs afin de recueillir leurs commentaires. Au fur et à mesure de ces entrevues,

nous avons apporté des modifications à l'outil et au guide d'accompagnement à la lumière des commentaires recueillis lors de cette seconde série d'entrevues.

Ce n'est qu'une fois toutes ces étapes complétées que nous avons procédé à la mise à l'essai de l'outil en milieu clinique. La mise à l'essai s'est déroulée sur cinq unités de soins différentes et a nécessité la participation de cinq professeures ou professeurs ainsi que de dix étudiantes ou étudiants qui furent évalués à l'aide de l'outil. À la suite de la mise à l'essai de l'outil et du guide d'accompagnement, nous avons recueilli les commentaires des professeures et professeurs participants sur leur expérience d'utilisation de l'outil.

Le résultat final de cette démarche a été la conception d'une grille d'évaluation de la pensée critique composée de neuf critères d'évaluation et de quatre niveaux de développement ainsi que d'un guide d'accompagnement de celle-ci. La version finale de la grille d'évaluation de la pensée critique est présentée à l'annexe F alors que celle du guide d'accompagnement de la grille d'évaluation de la pensée critique est présentée à l'annexe G.

Les professeures et professeurs participants se sont dits à l'aise avec l'outil et ont affirmé que son utilisation ne représentait pas un surplus de travail en lien avec l'évaluation des stages en milieu clinique. Elles et ils ont été en mesure de situer les étudiantes et étudiants dans les divers niveaux de la grille d'évaluation sans difficulté et il leur était facile de percevoir les nuances entre les niveaux.

Les résultats obtenus à la suite de la mise à l'essai ont démontré que notre outil d'évaluation est suffisamment sensible pour situer aisément les étudiantes et étudiants dans les différents niveaux de la grille, et ce, pour chacun des neuf critères d'évaluation. De plus, la mise à l'essai s'est déroulée sur cinq unités de soins différentes. La vocation de ces unités de soins touchait à plusieurs domaines spécifiques de la formation infirmière dont la médecine, la chirurgie, la santé mentale,

et ce, pour la clientèle hospitalisée et ambulatoire. Certaines mises à l'essai se sont déroulées pendant le quart de travail de jour et d'autres pendant le quart de travail de soir. La mise à l'essai de l'outil a donc touché à plusieurs contextes différents dans lesquels les étudiantes et étudiants en soins infirmiers sont appelés à œuvrer lors de la formation.

Malgré la grande variété de contextes lors de la mise à l'essai, au final, on rapporte un taux d'accord inter-juge de 83 % lors de la mise à l'essai de l'outil d'évaluation. Cela nous permet d'affirmer, au terme de cette recherche, que la stabilité de l'outil malgré, la variation des contextes, laisse entendre qu'il est suffisamment général tout en étant assez souple pour pouvoir s'appliquer à une grande variété de situations, ou, à tout le moins, à une variété suffisante de situations compte tenu du cadre dans lequel son utilisation est prévue.

À la lumière de nos résultats, nous croyons que notre outil, bien qu'il ait été conçu pour répondre aux difficultés rencontrées en lien avec l'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieu clinique par les professeures et professeurs du Département de soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy, pourrait s'avérer utile à d'autres fins. Nous pensons notamment que notre outil pourrait être utile pour évaluer l'impact de certaines stratégies pédagogiques en classe et en stage sur le développement et la mobilisation de la pensée critique. Il serait également possible de mesurer la progression des étudiantes et étudiants depuis leur entrée dans le programme jusqu'à la graduation. Enfin, puisque notre outil a été développé afin d'évaluer la mobilisation de la pensée critique alors que l'étudiante ou l'étudiant exerce en milieu clinique, il nous apparaît réaliste de croire que notre outil pourrait aussi permettre d'évaluer le développement et la mobilisation de la pensée critique des infirmières et infirmiers en situation clinique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- A.I.I.C. (2009). La prochaine décennie: la vision de l'AIIIC des soins infirmiers et de la santé. Document téléaccessible à l'adresse <http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Next_Decade_2009_f.pdf>
- Adams, B. L. (1999). Nursing education for critical thinking: An integrative review. *Journal of Nursing Education*, 38(3), 111.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative »: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents *Recherches qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Angel, B. F., Duffey, M. et Belyea, M. (2000). An evidence-based project for evaluating strategies to improve knowledge acquisition and critical-thinking performance in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 39(5), 219-228.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert: Excellence en soins infirmiers*, (Trad. par L. Ovion). Paris: InterÉditions.
- Bergevin, H. (2004). *Pensée critique : étude de l'incidence des connaissances et de l'expérience sur le développement du jugement clinique des élèves de première année en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Billouet, P. (2009). *Figures de la magistralité : maître, élève et culture*. Paris: Harmattan.
- Bittner, N. P. et Tobin, E. (1998). Critical thinking. Strategies for clinical practice. *Journal For Nurses In Staff Development: JNSD: Official Journal Of The National Nursing Staff Development Organization*, 14(6), 267-272.
- Boisvert, J. (1996). Développer la pensée critique au collégial. *Pédagogie collégiale*, 10(2), 33-37.
- Boisvert, J. (1997). Une stratégie d'enseignement de la pensée critique. *Pédagogie collégiale*, 11(2), 6-10.
- Boisvert, J. (2000). Le développement de la pensée critique au collégial: étude de cas sur un groupe-classe en psychologie. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(3), 601-624.

- Boisvert, J. (2002). Comment évolue la pensée critique des élèves en Sciences humaines au collégial? *Pédagogie collégiale*, 15(4), 37-43.
- Boisvert, J. (2005). La formation de la pensée critique en sciences de la nature, design d'intérieur et soins infirmiers. *Pédagogie collégiale*, 18(3), 36-42.
- Borg, W. R. et Gall, M. D. (1989). *Educationnal Research: an introduction*, (5^e éd.). New York: Longman. (1^{re} éd. 1963).
- Brunt, B. A. (2005a). Critical thinking in nursing: an integrated review. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(2), 60-67.
- Brunt, B. A. (2005b). Models, measurement, and strategies in developing critical-thinking skills. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(6), 255-262.
- Callister, L. C., Matsumura, G., Lookinland, S., Mangum, S. et Loucks, C. (2005). Inquiry in Baccalaureate Nursing Education: Fostering Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Education*, 44(2), 59-64.
- Case, B. (1994). Walking around the elephant: A critical thinking strategy for decision making. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 25(Mai-juin), 101-109.
- Cégep de Sainte-Foy. (2005). *Plan de formation institutionnel (DEC) Soins infirmiers*. Québec: Cégep de Sainte-Foy, Direction des études.
- Cégep de Sainte-Foy. (2009a). *Devis local du programme (Version 2009)*. Québec: Cégep de Sainte-Foy, Direction des études.
- Cégep de Sainte-Foy. (2009b). *Rapport d'autoévaluation du programme: Soins infirmiers 180.A0 incluant le DEC intensif tel qu'il était offert en 2007-2008*. Québec: Cégep de Sainte-Foy, Service du développement pédagogique et institutionnel.
- Chaffe, J. (1994). *Thinking critically*, (3^e éd.). Boston: Houghton Mifflin.
- Choquette, A. et Legault, A. (2008). Soutenir le développement de la pensée critique chez la nouvelle infirmière. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 29-34.
- del Bueno, D. J. (1983). Doing the Right Thing: Nurses' Ability to Make Clinical Decisions. *Nurse Educator*, 8(3), 7-11.
- Dewey, J. D. (1933). How we think. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.forgottenbooks.org/info/9781440049231>>

- Dexter, P., Applegate, M., Backer, J., Claytor, K., Keffer, J., Norton, B. *et al.* (1997). A proposed framework for teaching and evaluating critical thinking in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 13(3), 160-167.
- Direction de la santé publique. (1998). La transformation du réseau de la santé: mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=56>>
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Ennis, R. H. (1985). A Logical Basis for Measuring Critical Thinking Skills. [Article]. *Educational Leadership*, 43(2), 44.
- Facione, N. C. et Facione, P. A. (1994). *Holistic Critical Thinking Scoring Rubric*. Page téléaccessible à l'adresse <<http://www.insightassessment.com/9HCTSR.html>> Consulté le 4 mars 2011.
- Facione, N. C. et Facione, P. A. (1996a). Assessment design issues for evaluating critical thinking in nursing. *Holistic Nursing Practice*, 10(3), 41-53.
- Facione, N. C. et Facione, P. A. (1996b). Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. *Nursing Outlook*, 44(3), 129-136.
- Facione, P. A. (1990). Critical Thinking: A statement of expert consensus for purpose of educational assesment and instruction, Executive summary.
- Fornieris, S. G. (2004). Exploring the attributes of critical thinking: a conceptual basis. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 1(1), 1-17.
- Foundation For Critical Thinking. (2002). Normes intellectuelles universelles et des questions pouvant être posées pour appliquer ces normes. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.criticalthinking.org/resources/PDF/fr-normes_intellectuelles.pdf>
- Gagnon, M. (2011). Proposition d'une grille d'analyse des pratiques critiques d'élèves en situation de résolution de problèmes dits complexes. *Recherches qualitatives*, 30(2), 122-147.
- Gagnon, M. et Sasseville, M. (2007). *Penser ensemble à l'école: des outils pour l'observation d'une communauté de recherche philosophique en action*. Québec: Les presses de l'université Laval.

- Gauthier, B. (2009). (dir.) *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*, (5^e éd.). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec. (1^{re} éd. 1986).
- Gordon, M. (1995). *Nursing diagnosis: process and application*, (3^e éd.). Saint-Louis: Mosby.
- Gouvernement du Québec. (2007). *Programme d'études techniques: 180.A0 Soins infirmiers*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Guhde, J. (2010). Clinical decision-making: using online exercises and patient simulation to improve students' clinical decision-making. *Nursing Education Perspectives*, 31(6), 387-389.
- Guilbert, L. (1990). La Pensée critique en science: présentation d'un modèle iconique en vue d'une définition opérationnelle (Critical Thinking in Science: Presentation of an Iconical Model and an Operational Definition). *Journal of Educational Thought/Revue de la Pensée Educative*, 24(3), 195-218.
- Hicks, F. D. (2001). Critical thinking: Toward a nursing science perspective. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 14-21.
- Jacobs, P. M., Ott, B., Sullivan, B., Ulrich, Y. et Short, L. (1997). An approach to defining and operationalizing critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 36(1), 19-22.
- Jetté, S., St-Cyr Tribble, D., Gagnon, J. et Mathieu, L. (2011). Élaboration et validation d'un instrument d'enquête des perceptions des étudiantes infirmières du Québec de leurs ressources internes et externes en informatique en soins infirmiers. *L'infirmière clinicienne*, 8(1), 43-51.
- Jones, M. (2008). Developing Clinically Savvy Nursing Students: An Evaluation of Problem-Based Learning in an Associate Degree Program. *Nursing Education Perspectives*, 29(5), 278-283.
- Jones, S. A. et Brown, L. N. (1991). Critical thinking: impact on nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 16(5), 529-533.
- Kaakinen, J., Krautscheid, L. et Warner Rains, J. (2008). Clinical Faculty Development: Using Simulation to Demonstrate and Practice Clinical Teaching. *Journal of Nursing Education*, 47(9), 431.
- Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation: étapes et approches*, (3^e éd.). Sherbrooke: Éditions du CRP. (1^{re} éd. 2000).

- Kataoka-Yahiro, M. et Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of Nursing Education*, 33(8), 351-356.
- Kennison, M. M. (2006). THE EVALUATION of Students' Reflective Writing for Evidence of Critical Thinking. *Nursing Education Perspectives*, 27(5), 269-273.
- Ku, K. Y. L. (2009). Assessing students' critical thinking performance: Urging for measurements using multi-response format. *Thinking Skills and Creativity*, 4(1), 70-76.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Sillery, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Landis, M., Swain, K. D., Friehe, M. J. et Coufal, K. L. (2007). Evaluating Critical Thinking in Class and Online: Comparison of the Newman Method and the Facione Rubric. *Communication Disorders Quarterly*, 28(3), 135-143.
- Lecavalier, J. (2009). *La Détermination de paradigme épistémologique*. Page téléaccessible à l'adresse <http://www.usherbrooke.ca/moodle-cours/file.php/17/documents/2_3_etapes/Paradigme.pdf> Consulté le 24 mai 2010.
- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. Thèse de doctorat, Université Laval, Québec.
- Loiselle, J. (2001). La recherche développement en éducation: sa nature et ses caractéristiques. Dans M. Anadón et M. L'Hostie. *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (p. 77-97). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Loiselle, J. et Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation: fondements, apports et limites. *Recherches qualitatives*, 27(1), 40-59.
- Magnussen, L., Ishida, D. et Itano, J. (2000). The impact of the use of inquiry-based learning as a teaching methodology on the development of critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 39(8), 360-364.
- Marchigiano, G., Eduljee, N. et Harvey, K. (2011). Developing critical thinking skills from clinical assignments: a pilot study on nursing students' self-reported perceptions. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 143-152.
- Martin, C. (2002). The theory of critical thinking of nursing. *Nursing Education Perspectives*, 23(5), 243-247.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). Projection de la main-d'oeuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020. Document téléaccessible à l'adresse <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/pmo_inf.pdf>
- Norris, S. P. et Ennis, R. H. (1989). *Evaluating critical thinking*. Pacific Grove (CA): Midwest Publications Critical thinking Press.
- O.I.I.Q. (2006). *L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique clinique: Application de la loi 90*. Montréal: O.I.I.Q.
- Oermann, M. H. (1999). Critical Thinking, Critical Practice. *Nursing Management*, 30(4), 40C-40I.
- Oermann, M. H., Truesdell, S. et Ziolkowski, L. (2000). Strategy to assess, develop, and evaluate critical thinking. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 31(4), 155-160, 190-191.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1998). Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.oiiq.org/publications/publications_alpha.asp>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). Notre profession prend une nouvelle dimension: des pistes pour mieux comprendre la Loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Loi90F.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). Portrait sommaire de l'effectif infirmier au Québec 2008-2009. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2009/portrait_sommaire_2008-2009.pdf>
- Paul, R. (1990). *Critical thinking*. Rohnert Park, Californie: Sonoma State University.
- Paul, R. (1993). The art of redesigning instruction. *Dans Critical thinking: How to prepare students for a rapidly changing world* (p. 319). Santa Rosam, Californie: Foundation for Critical Thinking.
- Paul, R. et Elder, L. (2008). Mini-guide de la pensée critique: Concepts et instruments. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.criticalthinking.org/files/SAM_FR_ConceptsLOCK.pdf>
- Phaneuf, M. (2008). Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance. Document téléaccessible à l'adresse

http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_d_importance.pdf

- Potter, P. A. et Perry, A. G. (2010). *Soins infirmiers: Fondements généraux*, (3^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation. (1^{re} éd. 1985).
- Simoneau, I. L. (2010). Développer sa pensée critique et exercer son jugement clinique. Dans P. A. Potter et A. G. Perry. *Soins infirmiers: Fondements généraux* (p. 4-17). Montréal: Chenelière Éducation.
- Simpson, E. et Courtney, M. (2002). Critical thinking in nursing education: Literature review. *International Journal Of Nursing Practice*, 8(2), 89-98.
- Simpson, E. et Courtney, M. (2007). The development of a critical thinking conceptual model to enhance critical thinking skills in Middle-Eastern nurses: a Middle-Eastern experience. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 56-63.
- Smith, B. et Johnston, Y. (2002). Educational innovations. Using structured clinical preparation to stimulate reflection and foster critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 41(4), 182-185.
- Sorrell, J. M., Brown, H. N., Silva, M. C. et Kohlenberg, E. M. (1997). Use of writing portfolios for interdisciplinary assessment of critical thinking outcomes of nursing students. *Nursing Forum*, 32(4), 12.
- Soukup, F. (1999). *Assesment of critical thinking skills in associate degree nursing students*. Education specialist with a major in professional education, University of Wisconsin - Stout.
- Staib, S. (2003). Teaching and measuring critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 42(11), 498-508.
- Tanner, C. A. (2005). What Have We Learned About Critical Thinking in Nursing? *Journal of Nursing Education*, 44(2), 47-48.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- Turner, P. (2005). Critical thinking in nursing education and practice as defined in the literature. *Nursing Education Perspectives*, 26(5), 272-277.
- Valois, M. (1999). *Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen termes au Québec*. Page téléaccessible à l'adresse <http://www.oiiq.org/uploads/publications/resume/code98.htm> Consulté le 26 août 2010

- Van der Maren, J.-M. (2003). *La recherche appliquée en pédagogie. Des modèles pour l'enseignement*, (2^e éd.). Bruxelles: De Boeck. (1^{re} éd. 1999).
- Walsh, C. M.et Seldomridge, L. A. (2006). Measuring Critical Thinking in Graduate Education: What Do We Know? *Nurse Educator*, 31(3), 132-137.
- Zygmunt, D. M.et Schaefer, K. M. (2006). Assessing the CRITICAL THINKING SKILLS of Faculty: What Do the Findings Mean for Nursing Education? *Nursing Education Perspectives*, 27(5), 260-268.

ANNEXE A

TABLEAU SYNTHÈSE DES MODÈLES

DE LA PENSÉE CRITIQUE

Tableau 37 :
Synthèse des modèles de la pensée critique présentés

	Concepts de la pensée critique			
Auteurs	Dimension affective de la pensée critique	Dimension cognitive de la pensée critique	Autres	Évaluation de la pensée critique
Ennis (1985)	14 attitudes	12 habiletés	Le résultat de la pensée critique est une décision par rapport à ce qu'il faut faire ou croire.	Non spécifié
Paul et Elder (1993, 2008)	Sous entendu, on réfère plutôt à des traits intellectuels	5 habiletés	Ce sont les normes intellectuelles qui guident le processus de la pensée critique.	Non spécifié
A.P.A. (1990)	Plusieurs attitudes précisées dans la	Capacité de produire un jugement intentionnel et	La pensée critique est un cycle qui alterne entre l'analyse et	Non spécifié

	définition.	autorégulateur.	l'action.	
Facione et Facione (1996)	Des attitudes sont incluses dans les indicateurs et les traits de la pensée critique.	Des habiletés sont incluses dans les indicateurs et les traits de la pensée critique.	La pensée critique se manifeste à l'intérieur du jugement professionnel et est hautement contextualisée.	Échelle descriptive à quatre niveaux. Il est nécessaire d'extérioriser l'ensemble du processus de pensée pour évaluer la pensée critique.
Kataoka-Yahiro et Saylor (1994)	11 attitudes inspirées de Paul (1993).	Compétences de la pensée critique : - générales - spécifiques aux situations cliniques, spécifiques aux soins infirmiers.	Le résultat de la pensée critique est le jugement infirmier. La pensée critique comprend 5 composantes.	3 niveaux de développement : - élémentaire - complexité - responsabilité.
Jacobs et al. (1997)	Non spécifié	6 indicateurs de la pensée critique font référence à diverses habiletés.	La pensée critique est composée de 4 processus : - analyse - évaluation - prise de décision - synthèse de	Possibilité d'observer des conduites critiques à partir des 6 indicateurs de la pensée critique, mais

			l'information	pas de niveau ou échelle d'évaluation proposée.
Dexter et al. (1997)	Non spécifié	6 compétences	Même définition que l'APA (1990) qu'ils ont ensuite opérationnalisé.	13 critères d'évaluation de la pensée critique, les mêmes que Paul (1990) Nécessité d'utiliser plusieurs outils et de tenir compte du contexte, tests écrits et observation directe suivie de rétroaction.
Forneris (2004)	Non spécifié	Non spécifié par les auteurs, mais plusieurs habiletés nous apparaissent nécessaires par rapport aux	La pensée critique dans la pratique infirmière s'opérationnalise autour de 4 concepts : - la réflexion - le contexte	Non spécifié

		quatre composantes	- le dialogue - le temps	
Lechasseur (2009)	Sentiments et émotions : filtrent la perception de la situation. Dispositions ou attitudes : influencent la motivation interne.	Les savoirs : modulent la perception initiale et influencent les processus de pensée ultérieurs. Les habiletés intellectuelles de base et complexes : facilitent l'articulation des savoirs afin de mieux comprendre la situation et son contexte.	6 composantes : - cognitive - affective - perceptuelle - individuelle - comportementale - environnementale	Non spécifié

ANNEXE B

GRILLE D'ÉVALUATION FORMATIVE DES STAGES EN SOINS INFIRMIERS

L'évaluation formative est d'abord complétée par l'étudiante ou l'étudiant qui la remet ensuite à sa ou son professeur de stage qui la complète à son tour. Par la suite, une rencontre est prévue afin d'échanger sur l'évaluation.

Évaluation formative des stages 3^e année

GUIDE D'ÉVALUATION					Auto-évaluation de l'élève	PISTES D'AMÉLIORATION ET COMMENTAIRES DU PROFESSEUR
Inacceptable Jamais 0	Non acquis Rarement 4	Acquis partiellement Occasionnellement 6	Acquis Souvent 8	Acquis avec maîtrise Très souvent 10		
I	Élément de compétence 1 : <ul style="list-style-type: none"> ♦ Qualité de l'information recueillie en vue d'assurer la continuité des soins - Consulte de façon appropriée les sources d'information : <ul style="list-style-type: none"> • Dossier, rapport, membres du personnel, PSTI, PTI, FADM. 0 4 6 8 10 - Rédige un plan de travail complet et structuré. 0 4 6 8 10 - Fait les liens de façon pertinente entre les éléments d'information. 0 4 6 8 10 					
II	Élément de compétence 2 : <ul style="list-style-type: none"> ♦ Rigueur de l'évaluation de la personne, de façon complète et méthodique - Effectue l'évaluation initiale et en cours d'évolution. 0 4 6 8 10 - Procède à l'examen clinique. 0 4 6 8 10 - Considère l'ensemble des éléments de la situation clinique. 0 4 6 8 10 					
III	Élément de compétence 3 : <ul style="list-style-type: none"> ♦ Rigueur de la surveillance clinique - Vérifie et interprète l'ensemble des paramètres physiques et psychologiques. 0 4 6 8 10 - Vérifie et interprète les résultats des épreuves diagnostiques. 0 4 6 8 10 - Évalue l'évolution de la situation clinique. 0 4 6 8 10 					
IV	Élément de compétence 4 : <ul style="list-style-type: none"> ♦ Pertinence des besoins identifiés - Analyse et interprète l'ensemble des manifestations de dépendance selon les besoins prioritaires, dégage des problèmes et facteurs d'influence. 0 4 6 8 10 					

GUIDE D'ÉVALUATION					Auto-évaluation de l'élève	PISTES D'AMÉLIORATION ET COMMENTAIRES DU PROFESSEUR
Inacceptable Jamais 0	Non acquis Rarement 4	Acquis partiellement Occasionnellement 6	Acquis Souvent 8	Acquis avec maîtrise Très souvent 10		
V	Éléments de compétence 5 – 7 – 10 :					
	♦ Rigueur dans l'élaboration et la planification du PTI					
	– Détermine les constats d'évaluation (problèmes et besoins prioritaires). 0 4 6 8 10					
– Détermine les directives infirmières appropriées. 0 4 6 8 10						
♦ Rigueur de l'évaluation des interventions et résultats de soins						
– Évalue l'efficacité des interventions et effectue la mise à jour du PTI s'il y a lieu. 0 4 6 8 10						
VI	Éléments de compétence 6 – 7 – 10 :					
	♦ Rigueur dans l'élaboration et la planification du PSTI					
	– Rédige le PSTI de façon complète et précise. 0 4 6 8 10					
– Planifie son travail en déterminant les priorités de soins de façon réaliste et juste. 0 4 6 8 10						
♦ Rigueur de l'évaluation des interventions et résultats de soins						
– Effectue la mise à jour du PSTI. 0 4 6 8 10						
VII	Élément de compétence 8 :					
	♦ Qualité de la communication					
	– Établit une communication fonctionnelle de qualité. 0 4 6 8 10					
– Utilise des techniques / stratégies de communication thérapeutiques. 0 4 6 8 10						
– Manifeste des attitudes aidantes / habiletés de relation d'aide. 0 4 6 8 10						

GUIDE D'ÉVALUATION					Auto-évaluation de l'élève	PISTES D'AMÉLIORATION ET COMMENTAIRES DU PROFESSEUR
Inacceptable Jamais 0	Non acquis Rarement 4	Acquis partiellement Occasionnellement 6	Acquis Souvent 8	Acquis avec maîtrise Très souvent 10		
VIII	Élément de compétence 8 :					
	♦ Respect des principes à la base des soins					
	– Respecte les principes suivants :					
	• Mesures de surveillance et de sécurité. 0 4 6 8 10					
• Mesures d'hygiène et d'asepsie. 0 4 6 8 10						
• Principes de déplacement sécuritaire du bénéficiaire (PDSB). 0 4 6 8 10						
– Apporte l'assistance appropriée selon l'état de la personne afin de l'accompagner vers l'autonomie.						
IX	Élément de compétence 8 :					
	♦ Qualité de l'exécution des interventions					
	– Exécute avec méthode et dextérité les soins et traitements. 0 4 6 8 10					
– Effectue les soins et traitements dans un délai raisonnable. 0 4 6 8 10						
– Organise son travail de façon efficace. 0 4 6 8 10						
X	Élément de compétence 8 :					
	♦ Qualité de l'information et/ou de l'enseignement					
	– Recueille l'information nécessaire à l'enseignement de façon exacte, complète et pertinente. 0 4 6 8 10					
– Transmet l'information et/ou l'enseignement de façon exacte, complète et adaptée à la personne. 0 4 6 8 10						
– Valide la compréhension du patient. 0 4 6 8 10						

GUIDE D'ÉVALUATION					Auto-évaluation de l'élève	PISTES D'AMÉLIORATION ET COMMENTAIRES DU PROFESSEUR
Inacceptable Jamais 0	Non acquis Rarement 4	Acquis partiellement Occasionnellement 6	Acquis Souvent 8	Acquis avec maîtrise Très souvent 10		
XI	Élément de compétence 9 :					
	♦ Rigueur dans la préparation des médicaments					
	– Vérifie et/ou relève l'ordonnance (dossier, FADM).				0 4 6 8 10	
	– Fait le lien entre la raison d'administration du médicament et les manifestations cliniques.				0 4 6 8 10	
	– Prépare les médicaments en respectant les principes de base dans un délai raisonnable.				0 4 6 8 10	
	♦ Rigueur dans l'administration des médicaments					
– Administre les médicaments en respectant les principes de base.				0 4 6 8 10		
– Procède à l'inscription des médicaments.				0 4 6 8 10		
– Apporte la surveillance et le suivi approprié.				0 4 6 8 10		
XII	Élément de compétence 11 :					
	♦ Qualité de la communication pour la continuité des soins					
	– Communique de façon précise, concise, pertinente et complète dans les situations suivantes :					
	• Notes au dossier				0 4 6 8 10	
• Rapports				0 4 6 8 10		
– Collabore avec l'équipe de soins et l'équipe interdisciplinaire et oriente la personne vers les ressources appropriées, s'il y a lieu.				0 4 6 8 10		
XIII	♦ Autonomie professionnelle					
	– Prend des initiatives pertinentes dans les soins.				0 4 6 8 10	
	– Manifeste de l'intérêt et de la curiosité dans la prise en charge de son développement professionnel.				0 4 6 8 10	
– Assume ses responsabilités et en comprend les conséquences.				0 4 6 8 10		

**Commentaires
Évaluation formative**

Stagiaire : _____

Signature : _____

Professeur : _____

Signature : _____

Date du stage: _____

ANNEXE C

GRILLE D'ÉVALUATION SOMMATIVE DES STAGES EN SOINS INFIRMIERS

L'évaluation sommative est d'abord complétée par l'étudiante ou l'étudiant qui la remet ensuite à sa ou son professeur de stage qui la complète à son tour. Par la suite, une rencontre est prévue afin d'échanger sur l'évaluation.

Grille d'évaluation sommative des stages de 3^e année

GUIDE D'ÉVALUATION					Auto-évaluation de l'élève	Valeur du critère 3 ^e année	
Inacceptable Jamais 0	Non acquis Rarement 4	Acquis partiellement Occasionnellement 6	Acquis Souvent 8	Acquis avec maîtrise Très souvent 10		Automne	Hiver
I	Élément de compétence 1 :						
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Qualité de l'information recueillie en vue d'assurer la continuité des soins – Consulte de façon appropriée les sources d'information : <ul style="list-style-type: none"> • Dossier, rapport, membres du personnel, PSTI, PTI, FADM. 0 4 6 8 10 – Rédige un plan de travail complet et structuré. 0 4 6 8 10 – Fait les liens de façon pertinente entre les éléments d'information. 0 4 6 8 10 					500 2,5	500 2,0
						520 3,3	620 2,5
						530 2,4	530 1,8
						540 3,7	640 2,4
/30					RÉSULTAT :		
II	Élément de compétence 2 :						
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Rigueur de l'évaluation de la personne, de façon complète et méthodique – Effectue l'évaluation initiale et en cours d'évolution. 0 4 6 8 10 – Procède à l'examen clinique. 0 4 6 8 10 – Considère l'ensemble des éléments de la situation clinique. 0 4 6 8 10 					500 2,5	500 2,5
						520 5,8	620 5,8
						530 3,7	530 3,7
						540 4,3	640 4,3
/30					RÉSULTAT :		
III	Élément de compétence 3 :						
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Rigueur de la surveillance clinique – Vérifie et interprète l'ensemble des paramètres physiques et psychologiques. 0 4 6 8 10 – Vérifie et interprète les résultats des épreuves diagnostiques. 0 4 6 8 10 – Évalue l'évolution de la situation clinique. 0 4 6 8 10 					500 3,0	500 3,0
						520 6,8	620 6,7
						530 1,8	530 1,8
						540 4,8	640 4,8
/30					RÉSULTAT :		
IV	Élément de compétence 4 :						
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Pertinence des besoins identifiés – Analyse et interprète l'ensemble des manifestations de dépendance selon les besoins prioritaires, dégage des problèmes et facteurs d'influence. 0 4 6 8 10 					500 3,7	500 3,5
						520 4,2	620 4,2
						530 4,3	530 4,3
						540 3,1	640 3,1
/10					RÉSULTAT :		

Le professeur encercle la valeur sur l'échelle d'évaluation.

GUIDE D'ÉVALUATION					Auto-évaluation de l'élève	Valeur du critère 3 ^e année	
Inacceptable Jamais 0	Non acquis Rarement 4	Acquis partiellement Occasionnellement 6	Acquis Souvent 8	Acquis avec maîtrise Très souvent 10		Automne	Hiver
V	Éléments de compétence 5 – 7 – 10 :						
	♦ Rigueur dans l'élaboration et la planification du PTI						
	– Détermine les constats d'évaluation (problèmes et besoins prioritaires).				0 4 6 8 10	500 <u>2,2</u>	500 <u>2,2</u>
	– Détermine les directives infirmières appropriées.				0 4 6 8 10	520 <u>5,0</u>	620 <u>4,5</u>
VI	♦ Rigueur de l'évaluation des interventions et résultats de soins						
	– Évalue l'efficacité des interventions et effectue la mise à jour du PTI s'il y a lieu.				0 4 6 8 10	530 <u>3,7</u>	530 <u>3,3</u>
						540 <u>3,6</u>	640 <u>3,6</u>
					/20 ou /30	RÉSULTAT :	
VII	Éléments de compétence 6 – 7 – 10 :						
	♦ Rigueur dans l'élaboration et la planification du PSTI						
	– Rédige le PSTI de façon complète et précise.				0 4 6 8 10	500 <u>2,3</u>	500 <u>2,3</u>
	– Planifie son travail en déterminant les priorités de soins de façon réaliste et juste.				0 4 6 8 10	520 <u>5,0</u>	620 <u>4,6</u>
VIII	♦ Rigueur de l'évaluation des interventions et résultats de soins						
	– Effectue la mise à jour du PSTI.				0 4 6 8 10	530 <u>3,7</u>	530 <u>3,3</u>
						540 <u>3,7</u>	640 <u>3,7</u>
					/30	RÉSULTAT :	
IX	Élément de compétence 8 :						
	♦ Qualité de la communication						
	– Établit une communication fonctionnelle de qualité.				0 4 6 8 10	500 <u>5,0</u>	500 <u>4,5</u>
	– Utilise des techniques / stratégies de communication thérapeutiques.				0 4 6 8 10	520 <u>4,2</u>	620 <u>3,3</u>
X	– Manifeste des attitudes aidantes / habiletés de relation d'aide.				0 4 6 8 10	530 <u>4,9</u>	530 <u>4,9</u>
						540 <u>3,1</u>	640 <u>1,8</u>
					/30	RÉSULTAT :	

○ Le professeur encercle la valeur sur l'échelle d'évaluation.

GUIDE D'ÉVALUATION					Auto-évaluation de l'élève	Valeur du critère 3 ^e année	
Inacceptable Jamais 0	Non acquis Rarement 4	Acquis partiellement Occasionnellement 6	Acquis Souvent 8	Acquis avec maîtrise Très souvent 10		Automne	Hiver
VIII	Élément de compétence 8 :						
	♦ Respect des principes à la base des soins						
	– Respecte les principes suivants :					500 <u>1,5</u>	500 <u>1,5</u>
	• Mesures de surveillance et de sécurité.				0 4 6 8 10	520 <u>4,2</u>	620 <u>4,2</u>
IX	• Mesures d'hygiène et d'asepsie.				0 4 6 8 10	530 <u>3,1</u>	530 <u>3,1</u>
	• Principes de déplacement sécuritaire du bénéficiaire (PDSB).				0 4 6 8 10	540 <u>4,3</u>	640 <u>4,3</u>
	– Apporte l'assistance appropriée selon l'état de la personne afin de l'accompagner vers l'autonomie.				0 4 6 8 10		
					/40	RÉSULTAT :	
IX	Élément de compétence 8 :						
	♦ Qualité de l'exécution des interventions						
	– Exécute avec méthode et dextérité les soins et traitements.				0 4 6 8 10	500 <u>3,0</u>	500 <u>3,0</u>
	– Effectue les soins et traitements dans un délai raisonnable.				0 4 6 8 10	520 <u>5,0</u>	620 <u>5,0</u>
X	– Organise son travail de façon efficace.				0 4 6 8 10	530 <u>3,1</u>	530 <u>3,1</u>
						540 <u>3,7</u>	640 <u>3,7</u>
					/30	RÉSULTAT :	
	X	Élément de compétence 8 :					
♦ Qualité de l'information et/ou de l'enseignement							
– Recueille l'information nécessaire à l'enseignement de façon exacte, complète et pertinente.				0 4 6 8 10	500 <u>3,5</u>	500 <u>3,0</u>	
– Transmet l'information et/ou l'enseignement de façon exacte, complète et adaptée à la personne.				0 4 6 8 10	520 <u>6,7</u>	620 <u>6,7</u>	
X	– Valide la compréhension du patient.				0 4 6 8 10	530 <u>4,3</u>	530 <u>4,3</u>
						540 <u>3,7</u>	640 <u>3,7</u>
					/30	RÉSULTAT :	

○ Le professeur encercle la valeur sur l'échelle d'évaluation.

GUIDE D'ÉVALUATION					Auto-évaluation de l'élève	Valeur du critère 3 ^e année	
Inacceptable Jamais 0	Non acquis Rarement 4	Acquis partiellement Occasionnellement 6	Acquis Souvent 8	Acquis avec maîtrise Très souvent 10			
XI	Élément de compétence 9 :						
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Rigueur dans la préparation des médicaments - Vérifie et/ou relève l'ordonnance (dossier, FADM). 0 4 6 8 10 - Fait le lien entre la raison d'administration du médicament et les manifestations cliniques. 0 4 6 8 10 - Prépare les médicaments en respectant les principes de base dans un délai raisonnable. 0 4 6 8 10 ♦ Rigueur dans l'administration des médicaments - Administre les médicaments en respectant les principes de base. 0 4 6 8 10 - Procède à l'inscription des médicaments. 0 4 6 8 10 - Apporte la surveillance et le suivi approprié. 0 4 6 8 10 					Automne 500 <input type="text" value="4,5"/> 520 <input type="text" value="9,1"/> 530 <input type="text" value="7,4"/> 540 <input type="text" value="7,4"/>	Hiver 500 <input type="text" value="6,5"/> 620 <input type="text" value="9,1"/> 530 <input type="text" value="6,7"/> 640 <input type="text" value="7,9"/>
	/60				RÉSULTAT :		
XII	Élément de compétence 11 :						
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Qualité de la communication pour la continuité des soins - Communique de façon précise, concise, pertinente et complète dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Notes au dossier 0 4 6 8 10 • Rapports 0 4 6 8 10 - Collabore avec l'équipe de soins et l'équipe interdisciplinaire et oriente la personne vers les ressources appropriées, s'il y a lieu. 0 4 6 8 10 					Automne 500 <input type="text" value="3,8"/> 520 <input type="text" value="5,8"/> 530 <input type="text" value="5,4"/> 540 <input type="text" value="2,4"/>	Hiver 500 <input type="text" value="3,5"/> 620 <input type="text" value="5,8"/> 530 <input type="text" value="5,4"/> 640 <input type="text" value="2,4"/>
	/30				RÉSULTAT :		
XIII	♦ Autonomie professionnelle						
	<ul style="list-style-type: none"> - Prend des initiatives pertinentes dans les soins. 0 4 6 8 10 - Manifeste de l'intérêt et de la curiosité dans la prise en charge de son développement professionnel. 0 4 6 8 10 - Assume ses responsabilités et en comprend les conséquences. 0 4 6 8 10 					Automne 500 <input type="text" value="7,5"/> 520 <input type="text" value="9,9"/> 530 <input type="text" value="7,2"/> 540 <input type="text" value="7,2"/>	Hiver 500 <input type="text" value="7,5"/> 620 <input type="text" value="12,6"/> 530 <input type="text" value="9,3"/> 640 <input type="text" value="9,3"/>
	/30				RÉSULTAT :		

○ Le professeur encercle la valeur sur l'échelle d'évaluation.

Points accordés à l'évaluation sommative

530 (Perte d'autonomie) 540-640 (Chirurgie)	520-620 (Médecine)	500 (Santé mentale)
* Note globale (stage + ECOS) = 60 pts	* Note globale (stage + ECOS) = 80 pts	* Note globale (stage + ECOS) = 50 pts
Note de stage : _____/55	Note de stage : _____/75	Note de stage : _____/45
POINTS À RETRANCHER :	POINTS À RETRANCHER :	POINTS À RETRANCHER :
Attitudes de base (-1,8 pt/attitude) jusqu'à 3 % de la note globale par attitude (max. 18 pts) _____	Attitudes de base (-2,4 pts/attitude) jusqu'à 3 % de la note globale par attitude (max. 24 pts) _____	Attitudes de base (-1,5 pt/attitude) jusqu'à 3 % de la note globale par attitude (max. 15 pts) _____
Absence (1 point/jour d'absence) _____	Absence (1 point/jour d'absence) _____	Absence (1 point/jour d'absence) _____
Retard de travaux (1 pt/jour ouvrable) jusqu'à 10 % de la note globale (max. 6 pts) _____	Retard de travaux (1 pt/jour ouvrable) jusqu'à 10 % de la note globale (max. 8 pts) _____	Retard de travaux (1 pt/jour ouvrable) jusqu'à 10 % de la note globale (max. 5 pts) _____
Fautes de français (0,09 pt/faute) jusqu'à 3 % de la note globale (max. 1,8 pt) _____	Fautes de français (0,12 pt/faute) jusqu'à 3 % de la note globale (max. 2,4 pts) _____	Fautes de français (0,075 pt/faute) jusqu'à 3 % de la note globale (max. 1,5 pt) _____
Total de la note de stage : _____/55	Total de la note de stage : _____/75	Total de la note de stage : _____/45
ECOS : _____/5	ECOS : _____/5	ECOS : _____/5
TOTAL : _____/60	TOTAL : _____/80	TOTAL : _____/50

* Note à saisir dans Omnivox (information aux enseignants).

Commentaires
Évaluation sommative

Stagiaire : _____

Signature : _____

Professeur : _____

Signature : _____

Date du stage: _____

ANNEXE D

QUESTIONNAIRES DISTRIBUÉS AUX MEMBRES DU DÉPARTEMENT DE SOINS INFIRMIERS

Questionnaire d'évaluation des besoins et des difficultés des professeurs de soins infirmiers en lien avec l'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieux clinique.

Le présent questionnaire a pour but de recueillir vos commentaires sur quelques concepts entourant la pensée critique en soins infirmiers ainsi que de nous aider à compléter les étapes préparatoires à la création de l'outil d'évaluation de la pensée critique que nous souhaitons développer dans le cadre de cette recherche.

Nous souhaitons simplement déterminer les besoins et les difficultés des professeurs du Département de soins infirmiers en lien avec l'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieux cliniques.

Répondre aux quelques questions de ce questionnaire devrait nécessiter environ 15 minutes. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, répondez librement aux différentes questions.

Veillez inscrire votre nom à l'endroit prévu à cet effet sur le questionnaire. Cette information sera importante pour la recherche puisque, si vous êtes retenu comme participant lors des phases ultérieures de la recherche, le chercheur devra communiquer avec vous pour planifier une entrevue.

Lorsque vous aurez terminé le questionnaire, veuillez le remettre à Hélène Bussière au bureau E-530 qui le placera sous scellé afin d'assurer la confidentialité des répondants. Si vous souhaitez compléter la version électronique, vous pouvez retourner le questionnaire complété par courriel à cette adresse : elavertu@cegep-ste-foy.qc.ca .

De plus, prenez note qu'en aucun moment pendant ou après la recherche, des données permettant d'identifier les participants seront dévoilées et que le chercheur ne divulguera d'aucune façon le nom des participants. Chaque participant sera identifié par un code unique durant la recherche et lors de la publication du rapport final.

Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration à ce projet de recherche et n'hésitez pas à communiquer avec le chercheur si vous avez des questions ou des commentaires.

Éric Lavertu, B. Sc. Inf.

Professeur en soins infirmiers et candidat à la Maîtrise en enseignement au collégial.

elavertu@cegep-ste-foy.qc.ca

Nom : _____

Questionnaire d'évaluation des besoins et des difficultés des professeurs de soins infirmiers en lien avec l'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieux clinique

1— Expliquez, selon vous, ce qu'est la pensée critique en soins infirmiers.

2— Selon vous, quels sont les comportements que vous pourriez observer lors des stages en milieu clinique chez une étudiante ou un étudiant qui présente une pensée critique?

ANNEXE E

SCHÉMA D'ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES POUR LES ENTREVUES DE PRÉRÉDACTION DE L'OUTIL D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE

Première partie : Ouverture

- 1- Remerciements
 - Remercier d'accepter de participer et de sa disponibilité
 - Rappeler la confidentialité de l'entrevue et des mesures prises pour la garantir.

- 2- Présenter les objectifs de l'entrevue
 - Valider l'analyse des questionnaires
 - Approfondir certaines réponses obtenues avec le questionnaire
 - Obtenir des données supplémentaires pour préparer l'outil d'évaluation et s'assurer qu'il soit conforme aux besoins des professeurs

- 3- Obtenir l'accord de la personne pour poursuivre l'entrevue.

Deuxième partie : L'entrevue

Bloc 1 : Conception de la pensée critique

1. Selon vous, qu'est-ce que penser de manière critique en contexte de stage en soins infirmiers?
 - a. Pouvez-vous identifier des habiletés intellectuelles propres à la pensée critique en soins infirmiers? Lesquelles? Pourquoi?
 - b. Pouvez-vous identifier des attitudes propres à la pensée critique en soins infirmiers? Lesquelles? Pourquoi?

2. Selon vous, pour faire preuve de pensée critique, est-ce qu'une étudiante ou un étudiant doit utiliser toutes les habiletés et attitudes dans chaque situation? Pourquoi?
3. Selon vous, quels éléments de la pensée critique croyez-vous possible d'observer chez une étudiante ou un étudiant en situation de soins?
 - a. Comment se manifeste la pensée critique alors que l'étudiante ou l'étudiant intervient auprès d'une personne en stage?
4. (Si l'enseignant ne l'a pas mentionné lors des questions précédentes) — Nos questionnaires ont montré que selon les professeurs, une étudiante ou un étudiant qui fait preuve de pensée critique sait faire des liens entre les connaissances théoriques et le contexte de la situation clinique. Qu'en pensez-vous?
 - a. À quoi reconnaissez-vous qu'une étudiante ou un étudiant fait des liens entre les connaissances théoriques et le contexte de la situation clinique?

Sous question de 4a si la ou le professeur identifie le questionnement.

4a1 Pouvez-vous donner quelques exemples de questionnement qui démontrent que l'étudiante ou l'étudiant adopte une conduite critique?

5. Toujours selon les informations recueillies dans les questionnaires, il semble que penser de manière critique consiste, entre autres, à adapter ses connaissances au contexte lors des stages. Que pensez-vous de cet aspect? Pourquoi?
 - a. À quoi reconnaissez-vous qu'une étudiante ou un étudiant adapte ses connaissances au contexte lors des stages?
6. Certains professeurs ont mentionné la capacité de l'étudiante ou l'étudiant à s'autoévaluer comme une conduite critique. Qu'en pensez-vous? Pourquoi?
 - a. Selon vous, est-ce que toute autoévaluation est un indice de pensée critique? Pourquoi?
 - b. Quels moyens utilisez-vous pour observer l'autoévaluation chez les étudiantes et étudiants? Et à quoi reconnaissez-vous que cette autoévaluation est de l'ordre de la pensée critique?
 - c. Voyez-vous des différences et/ou des ressemblances entre l'autoévaluation et autocorrection? Si oui, lesquelles et pourquoi? Si non, pourquoi?
 - d. Pensez-vous que toute autoévaluation conduit ou devrait conduire à de l'autocorrection? Pourquoi?
7. Voici la définition de la pensée critique que nous avons développée en contexte de soins infirmiers : *La pensée critique en soins infirmiers est un processus de pensée raisonnable, intentionnel, réflexif et autorégulateur que l'infirmière ou l'infirmier utilise dans le but de produire un jugement infirmier ou de poser un acte infirmier adapté au contexte de la situation en conformité avec les normes professionnelles et éthiques.*
 - a. Que pensez-vous de cette définition? Expliquez.

- b. Est-ce que des éléments de la définition vous semblent trop complexes ou imprécis? Lesquels? Pourquoi?
- c. Quels éléments vous apparaissent les plus importants? Pourquoi?
- d. Quels éléments vous permettraient d'identifier des conduites critiques chez les étudiantes et les étudiants? Pourquoi?
- e. Cette définition vous semble-t-elle omettre des éléments importants de la pensée critique en soins infirmiers? Lesquels? Pourquoi?

Bloc 2 : Moyens d'évaluation utilisés pour la pensée critique

- 8. Selon vous, quels outils (ou instruments?) seraient les plus appropriés pour évaluer la pensée critique lors des stages en soins infirmiers? Pourquoi?
- 9. Selon vous, quelles caractéristiques essentielles devrait-on retrouver dans l'outil d'évaluation de la pensée critique en stage?

Selon les réponses données :

- a. Selon vous, que pourrait vous permettre d'évaluer le questionnement en lien avec la pensée critique? Pouvez-vous donner des exemples?
 - b. Selon vous, que pourraient vous permettre d'évaluer les travaux de stage en lien avec la pensée critique? Expliquez.
 - c. Selon vous, que pourraient vous permettre d'évaluer les mises en situation et les histoires de cas en lien avec la pensée critique? Expliquez.
 - d. Selon vous, que pourrait vous permettre d'évaluer la grille d'évaluation des stages en lien avec la pensée critique? Expliquez.
 - e. Quels éléments de la grille utilisez-vous pour évaluer la pensée critique?
 - f. De quelle façon, prévoyez-vous utiliser l'autoévaluation de l'étudiante ou l'étudiant pour évaluer la pensée critique en stage?
- 10. Comment réagissez-vous à l'idée d'utiliser un outil supplémentaire aux outils actuels pour évaluer la pensée critique en contexte de stage?
 - 11. Comment percevez-vous l'idée d'évaluer la pensée critique de façon formative?
 - 12. Comment percevez-vous l'idée d'évaluer la pensée critique de façon sommative?
 - 13. Comment percevez-vous l'idée de faire de l'atteinte d'un seuil minimal de la pensée critique un critère absolu pour la réussite d'un stage?
 - 14. Demeure-t-il des thèmes dont vous aimeriez discuter qui n'ont pas été abordés?

Troisième partie : Fermeture

Signaler la fin de l'entrevue

Rappeler ce que l'on fera avec les résultats d'entrevues.

Vérifier l'intérêt de la personne à poursuivre à la prochaine étape, celle de tester l'outil en stage.

Voir avec elle ses disponibilités pour :

- a) la rencontre d'information une fois la première version de l'outil complétée;
- b) la mise à l'essai de l'outil en stage;
- c) la rencontre finale pour recueillir des données sur l'expérience d'utilisation de l'outil.

Remercier la ou le participant de sa collaboration.

Questions à poser s'il reste du temps ou si la personne a abordé ces thèmes

Boni 1 Selon vous quelle est la principale difficulté en lien avec l'évaluation de la pensée critique lors des stages en milieu clinique?

Boni 1a Quels moyens seraient efficaces pour contrer cette difficulté?

Boni 2 Outre la difficulté mentionnée à la question précédente, existe-t-il d'autres éléments qui rendent difficile l'évaluation de la pensée critique?

Boni 2a Selon vous, quels moyens seraient efficaces pour contrer ces difficultés?

Boni 3 Selon vous, quels moyens permettraient de rendre l'évaluation de la pensée critique lors des stages plus objective?

Boni 4 Selon vous, quels moyens permettraient de rendre l'évaluation de la pensée critique lors des stages plus équitable?

ANNEXE F

GRILLE D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE DURANT LES STAGES EN SOINS INFIRMIERS

La version finale de la grille d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers est présentée dans son intégralité à la page suivante.

Le Département de soins infirmiers a adopté depuis plusieurs années une résolution qui stipule que, puisque la très grande majorité de la clientèle étudiante du programme est de sexe féminin, les documents officiels du département sont rédigés au genre féminin. Puisque nous présentons ici la forme exacte dans laquelle elle a été soumise et utilisée par les professeures et professeurs du Département de soins infirmiers qui ont participé aux mises à l'essai, le genre féminin a donc été employé pour ce document afin de faciliter l'adhésion au projet de recherche et sa cohésion avec le reste des documents officiels utilisés par les professeures et professeurs.



ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE DURANT LES STAGES EN SOINS INFIRMIERS

Étudiante : _____

Session : _____

Milieux de stage : _____

Unités de soins : _____

Professeurs et professeures : _____

Grille d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers

Cette grille sert à évaluer la mobilisation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers. Elle se veut un outil d'accompagnement de la grille d'évaluation des stages en soins infirmiers.

La grille d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers est utilisée dans le but de permettre aux étudiantes et étudiants de faire la lumière sur leur niveau de développement de la pensée critique tout au long de leur avancement dans le programme. Elle permet également aux professeures et professeurs d'observer et évaluer la mobilisation de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants au cours de chacun des stages. Elle s'avère donc un outil précieux pour permettre de suivre la progression et le développement de la pensée critique au cours de la formation.

La grille est divisée en deux parties. La première partie évalue les attitudes de la pensée critique alors que la seconde partie évalue les habiletés intellectuelles de la pensée critique. Pour chaque partie, l'étudiante effectue d'abord l'autoévaluation de la mobilisation de sa pensée critique qu'elle remet ensuite à sa professeure de stage au moment convenu. La ou le professeur complète l'évaluation à son tour et une rencontre est prévue avec l'étudiante ou l'étudiant afin de lui expliquer l'évaluation et de cibler des pistes d'améliorations.

Enfin, il est nécessaire de référer au *Guide d'accompagnement de la grille d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers* lors de l'utilisation de cette grille afin d'assurer une évaluation plus juste et objective de la pensée critique.

Afin de guider les étudiantes et les professeures, voici la définition de la pensée critique en soins infirmiers à partir de laquelle la grille a été conçue.

Définition de la pensée critique en soins infirmiers :

La pensée critique en soins infirmiers est un processus de pensée raisonnable, intentionnel, réflexif et autorégulateur que l'infirmière ou l'infirmier utilise dans le but de produire un jugement infirmier ou de poser un acte infirmier adapté au contexte²⁰ de la situation en conformité avec les normes professionnelles et éthiques.

²⁰ Par contexte, nous entendons tous les facteurs et éléments qui sont propres à chacune des situations de soins. Par exemple, les valeurs et croyances de la personne soignée, de ses proches et de l'infirmière, les ressources disponibles, le temps disponibles ou tout autre facteur qui influence directement la situation de soins.

Évaluation des attitudes de la pensée critique en stage

Les attitudes énoncées ci-après sont reliées à la pensée critique en soins infirmiers. L'étudiante effectue son autoévaluation et inscrit ses commentaires aux endroits identifiés avant de la remettre à sa professeure qui complétera l'évaluation avant de rencontrer l'étudiante pour lui donner de la rétroaction.

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Curiosité intellectuelle	Ne démontre pas la volonté d'apprendre ou d'en savoir davantage. Ne pose pas de questions et ne recherche pas d'information supplémentaire, même lorsque la situation le demande.	Démontre parfois de la volonté d'apprendre et d'en savoir davantage en posant des questions.	Démontre souvent la volonté d'apprendre et d'en savoir davantage en posant des questions ou en recherchant de l'information supplémentaire.	Démontre la volonté d'apprendre et d'en savoir davantage en posant des questions et en recherchant de l'information supplémentaire, chaque fois que la situation le demande.
Remise en question des données, des informations et des idées autres	Incapacité à remettre en question les données, l'information ou les idées des autres, même avec de l'aide.	Parvient parfois ou avec de l'aide à remettre en question les données, l'information ou les idées des autres.	Parvient souvent ou sur demande (mais par lui(elle)-même) à remettre en question les données, l'information ou les idées des autres.	Parvient par et pour lui(elle)-même à remettre en question les données, l'information et les idées des autres, chaque fois que la situation le demande.
Autoévaluation de l'étudiante				
Évaluation du professeur				

Attitudes	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Responsabilité	Incapacité à prendre une décision sans référer à une autorité supérieure ou à se porter garant de ses propres décisions, même avec de l'aide.	Parvient parfois ou avec de l'aide à prendre des décisions responsables sans référer à une autorité supérieure et à s'en porter garant lorsque la situation le demande.	Parvient souvent ou sur demande (mais par lui(elle)-même) à prendre des décisions responsables sans référer à une autorité supérieure et à s'en porter garant lorsque la situation le demande.	Parvient par et pour lui(elle)-même à prendre des décisions responsables sans référer à une autorité supérieure et à s'en porter garant, chaque fois que la situation l'exige.
Ouverture d'esprit, flexible	Incapacité à accepter les critiques raisonnables ou à considérer les points de vue divergents, même avec l'aide d'autrui.	Parvient parfois ou avec de l'aide à accepter les critiques raisonnables ou à considérer les points de vue divergents.	Parvient souvent à accepter les critiques raisonnables ou à considérer les points de vue divergents.	Parvient par et pour lui(elle) même à accepter les points de vue divergents des siens et à accepter les critiques raisonnables, chaque fois que la situation le demande.
Autoévaluation de l'étudiante				
Évaluation du professeur				

Évaluation des habiletés intellectuelles de la pensée critique

Les habiletés intellectuelles énoncées ci-après sont reliées à la pensée critique en soins infirmiers. L'étudiante effectue son autoévaluation et inscrit ses commentaires aux endroits identifiés avant de la remettre à sa professeure qui complétera l'évaluation avant de rencontrer l'étudiante pour lui donner une rétroaction.

Critère d'évaluation du processus de pensée critique	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Processus de pensée raisonnable et intentionnel	Incapacité à tirer des conclusions ou à produire un jugement infirmier en s'appuyant sur des raisons, même avec de l'aide.	Parvient parfois ou avec de l'aide à produire des jugements infirmiers et à les justifier par des raisons.	Parvient souvent ou sur demande (mais par lui(elle)-même) à produire des jugements infirmiers et à les justifier par de bonnes raisons.	Parvient par et pour lui(elle)-même à produire des jugements infirmiers raisonnables et à les justifier par de bonnes raisons, chaque fois que la situation le demande.
Processus de pensée réflexif	<p>Incapacité à remettre en question ses opinions, à décrire et évaluer ses processus de pensée, son jugement ou ses actes infirmiers, même avec de l'aide.</p> <p>Incapacité à reconnaître ses propres compétences et limites intellectuelles, même avec de l'aide.</p>	<p>Parvient parfois ou avec de l'aide à remettre en question ses opinions, à décrire et évaluer ses processus de pensée, son jugement ou ses actes infirmiers.</p> <p>Parvient parfois ou avec de l'aide à reconnaître ses propres compétences et limites intellectuelles.</p>	<p>Parvient souvent ou sur demande (mais par lui(elle)-même) à remettre en question ses opinions, à décrire et évaluer ses processus de pensée, son jugement ou ses actes infirmiers.</p> <p>Parvient souvent ou sur demande (mais par lui(elle)-même) à reconnaître ses propres compétences et limites intellectuelles.</p>	<p>Manifeste par et pour lui(elle)-même une propension à remettre en question ses opinions, à décrire et évaluer ses processus de pensée, son jugement et ses actes infirmiers, chaque fois que la situation le demande.</p> <p>Reconnaît de manière autonome ses propres compétences et limites, chaque fois que la situation le demande.</p>
Autoévaluation et commentaires de l'étudiante				
Évaluation et commentaires du professeur				

Critère d'évaluation du processus de pensée critique	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Processus de pensée autorégulateur	Incapacité à modifier ses processus de pensée, son jugement infirmier et ses actes infirmiers, et ce, même lorsque la situation le demande et avec l'aide d'autrui.	Parvient difficilement, même avec aide, à modifier ses processus de pensée, son jugement ou ses actes infirmiers suite à une réflexion menée avec autrui.	Parvient avec de l'aide à modifier ses processus de pensée, son jugement ou ses actes infirmiers suite à une réflexion.	Parvient à modifier par et pour lui(elle)-même à modifier ses processus de pensée, son jugement et ses actes infirmiers suite à une réflexion autonome, chaque fois que la situation le demande.
Processus adapté au contexte	Incapacité à manifester un souci pour le contexte de la situation de soins dans ses jugements ou actes infirmiers, même avec de l'aide.	Parvient parfois ou avec de l'aide à manifester un souci pour le contexte de la situation de soins dans ses jugements ou actes infirmiers.	Parvient souvent ou sur demande (mais par lui(elle)-même) à manifester un souci pour le contexte de la situation de soins dans ses jugements ou actes infirmiers.	Manifeste par et pour lui(elle)-même un souci pour le contexte de la situation de soins dans ses jugements et actes infirmiers, chaque fois que la situation le demande.
Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles	Incapacité à expliquer en quoi le jugement ou les actes infirmiers posés répondent aux normes professionnelles et éthiques, même avec de l'aide.	Parvient parfois ou avec de l'aide à expliquer en quoi le jugement ou les actes infirmiers posés répondent aux normes professionnelles et éthiques.	Parvient souvent ou sur demande (mais par lui(elle)-même) à expliquer en quoi le jugement ou les actes infirmiers posés répondent aux normes professionnelles et éthiques.	Parvient par et pour lui(elle)-même à expliquer en quoi le jugement et les actes infirmiers posés répondent aux normes professionnelles et éthiques, chaque fois que la situation le demande.
Autoévaluation et commentaires de l'étudiante				
Évaluation et commentaires du professeur				

ANNEXE G

**GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA GRILLE
D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE DURANT
LES STAGES EN SOINS INFIRMIERS**

La version finale du guide d'accompagnement de la grille d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers est présentée dans son intégralité à la page suivante.

Le Département de soins infirmiers a adopté depuis plusieurs années une résolution qui stipule que, puisque la très grande majorité de la clientèle étudiante du programme est de sexe féminin, les documents officiels du département sont rédigés au genre féminin. Puisque nous présentons ici la forme exacte dans laquelle elle a été soumise et utilisée par les professeures et professeurs du Département de soins infirmiers qui ont participé aux mises à l'essai, le genre féminin a donc été employé pour ce document afin de faciliter l'adhésion au projet de recherche et sa cohésion avec le reste des documents officiels utilisés par les professeures et professeurs.



GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT

de la

**GRILLE D'ÉVALUATION DE LA PENSÉE CRITIQUE
DURANT LES STAGES EN SOINS INFIRMIERS**

Guide d'accompagnement de la grille d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers

Ce guide a été conçu pour guider les étudiantes et les professeures dans l'utilisation de la grille d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers.

Pour les étudiantes et les professeures, ce guide vise une meilleure compréhension de ce qu'est la pensée critique et de son développement durant les différents stages que comporte le programme Soins infirmiers. Il propose à l'étudiante des pistes de réflexion afin de compléter sa propre autoévaluation concernant le développement et la mobilisation de sa pensée critique. Pour la professeure, il sert de référence lors de l'évaluation de la pensée critique des étudiantes.

Le guide définit les habiletés et les attitudes de la pensée critique présentées dans la grille d'évaluation. Il propose aussi des exemples de questions pertinentes pour évaluer ou autoévaluer la pensée critique.

Ce guide se veut donc un outil précieux autant pour la professeure que l'étudiante, puisqu'il vise une conception commune autant pour les étudiantes que pour les professeures de ce qu'est la pensée critique en soins infirmiers dans un contexte de stage. Il permet donc une évaluation plus objective et équitable de la pensée critique pour les étudiantes en apportant des balises communes aux étudiantes et professeures du Département de soins infirmiers pour l'évaluer. Il est donc nécessaire de suivre les instructions contenues dans ce guide lors de l'utilisation de la grille d'évaluation de la pensée critique durant les stages en soins infirmiers.

Quelles sont les différences entre chacun des niveaux?

La grille d'évaluation possède quatre niveaux. Chaque niveau de la grille possède des caractéristiques qui lui sont propres. Afin de faciliter l'utilisation de la grille, nous présentons ici un aperçu des caractéristiques générales de chacun des niveaux.

Niveau 0 : Ce niveau démontre l'incapacité de l'étudiante de satisfaire les attentes du critère de la grille d'évaluation, et ce, même avec de l'aide. Il s'agit du niveau le plus faible de la grille. Une étudiante évaluée à ce niveau ne mobilise pas la pensée critique pour produire un jugement infirmier ou des actes infirmiers.

Niveau 1 : À ce niveau, l'étudiante est parfois capable de mobiliser la pensée critique de façon autonome pour produire un jugement infirmier ou poser des actes infirmiers. Cependant, dans la plupart des situations elle a besoin d'aide d'une personne externe qui injecte des interventions pour la faire progresser durant tout le processus afin de produire un jugement infirmier ou poser un acte infirmier découlant de la pensée critique.

Niveau 2 : À ce niveau, l'étudiante est souvent capable de mobiliser la pensée critique de façon autonome ou par elle-même. Dans les situations où elle ne le fait pas, il suffit qu'une personne externe lui demande de le faire pour qu'elle mobilise une pensée critique et produise un jugement infirmier ou pose un acte infirmier fondé sur de bonnes raisons. Elle maîtrise le processus, mais ne l'applique pas ou ne le démontre pas systématiquement.

Niveau 3 : À ce niveau, l'étudiante est capable de mobiliser la pensée critique de façon autonome afin de produire un jugement infirmier ou poser un acte infirmier, sans qu'une personne externe ait à lui rappeler de le faire. De plus, l'étudiante est capable de discerner les situations qui exigent qu'elle mette en application les conduites décrites dans chacun des critères, des situations qui ne le nécessitent pas. Elle fait donc preuve de discernement.

Comment évaluer la pensée critique à l'aide de la grille d'évaluation?

La pensée critique se définit comme suit : la pensée critique est un processus de pensée raisonnable, intentionnel, réflexif et autorégulateur dont le but est de produire un jugement infirmier ou de poser un acte infirmier adapté au contexte tout en respectant les normes éthiques et professionnelles. Les résultats de la pensée critique sont parfois observables directement, mais les processus qui ont mené au jugement ou à l'acte infirmier sont souvent internes et ne peuvent être observés directement. Afin de les évaluer objectivement et avec justesse, il est nécessaire de les extérioriser.

Il en est de même pour les attitudes et les habiletés de pensée critique en soins infirmiers qui sont souvent internes et ne sont pas toujours observables par une personne externe. Il est donc nécessaire de les extérioriser également.

Pour y parvenir, l'étudiante peut consigner par écrit les réponses à certaines questions qu'elle se pose elle-même lors de l'autoévaluation ou dans un journal de bord, l'étudiante peut aussi répondre verbalement ou par écrit aux questions que lui pose la professeure.

Procédure d'autoévaluation pour l'étudiante

L'étudiante consulte la grille d'évaluation de la pensée critique et identifie pour chacun des éléments de la grille à quel niveau elle se situe en regard de sa performance en stage. Par la suite, dans l'espace prévu à cet effet, l'étudiante explique et justifie son autoévaluation. Elle remet ensuite la grille d'évaluation à la professeure de stage.

Procédure d'évaluation pour la professeure

La professeure observe et questionne l'étudiante tout au long du stage et rédige ses constatations dans la grille. Lorsque l'étudiante lui remet la grille d'évaluation de la pensée critique et son autoévaluation complétée, la professeure complète son évaluation et inscrit ses commentaires et observations à l'endroit prévu à cet effet. Par la suite, une rencontre de rétroaction est prévue avec l'étudiante pour lui expliquer l'évaluation et ses résultats.

Définitions et descriptions des éléments de la grille d'évaluation de la pensée critique

Cette section du guide présente la définition de la pensée critique, du jugement infirmier ainsi qu'une description des différents éléments à évaluer dans la grille. On y présente aussi quelques exemples de conduites critiques que l'on pourrait retrouver chez les étudiantes en regard des éléments de la grille à évaluer.

Définition de la pensée critique en soins infirmiers :

La pensée critique en soins infirmiers est un processus de pensée raisonnable, intentionnel, réflexif et autorégulateur que l'infirmière ou l'infirmier utilise dans le but de produire un jugement infirmier ou de poser un acte infirmier adapté au contexte de la situation en conformité avec les normes professionnelles et éthiques.

Définition du jugement infirmier :

Le jugement infirmier comprend les décisions que l'infirmière ou l'infirmier doit prendre lorsqu'elle ou il agit de façon directe, semi-directe ou indirectement auprès des patients. Le jugement infirmier englobe donc le jugement clinique qui s'exerce lorsque l'infirmière ou l'infirmier assume son rôle en situation clinique, mais il comprend aussi toutes les autres décisions infirmières que celle-ci doit prendre dans sa pratique professionnelle et qui ont un impact direct ou indirect sur les soins.

Que signifie chacun des éléments de la grille et comment l'évaluer?

Cette section du guide présente une brève description de chacun des éléments de la grille d'évaluation ainsi que quelques exemples de conduites critiques que pourrait manifester une étudiante pour chacun des éléments. De plus, quelques exemples de questions que la professeure peut poser à l'étudiante pour mieux extérioriser les processus de pensée sont fournis.

Description et exemples des attitudes de la pensée critique :

Curiosité intellectuelle :

Une étudiante qui manifeste de la curiosité intellectuelle démontre la volonté d'apprendre, d'en savoir davantage en se questionnant sur un sujet, en questionnant les autres personnes autour d'elle et en cherchant à mieux comprendre la situation. Elle recherche de l'information de façon active afin de voir l'ensemble de la situation et ne pas omettre d'éléments importants.

Exemples de conduites associées à la curiosité intellectuelle :

L'étudiante consulte des volumes de références scientifiques, des manuels de procédures sur l'unité de soins ou consulte un autre professionnel pour ne nommer que ces ressources.

L'étudiante pose des questions au professeur dans le but d'avoir une meilleure compréhension d'un phénomène.

Questions que l'on peut poser à l'étudiante :

Que vas-tu faire pour en savoir plus à ce sujet?

Qu'est-ce que tu as fait pour être en mesure de répondre à cette question?

Comment as-tu obtenu cette information? Qui ou quels documents as-tu consultés?

Remise en question des données, des informations et des idées autres :

Une étudiante qui remet en questions les données, les informations et les idées des autres va chercher à valider les données, l'information et les idées des autres afin de s'assurer que celles-ci sont non seulement exactes, mais aussi les dernières disponibles. Une étudiante qui remet en question les données, informations ou idées des autres le fait aussi dans le but comprendre comment l'autre personne en est venue à cette conclusion. Elle cherche à comprendre le raisonnement de l'autre afin de s'assurer qu'il est mesuré, réfléchi et sensible au contexte.

Exemples de conduites associées à la remise en question des données, information et idées des autres :

L'étudiante s'interroge sur les conclusions d'une autre étudiante ou infirmière par rapport à la situation de soins.

Elle tente de comprendre le raisonnement qui a mené l'autre à cette conclusion.

Elle vérifie la validité des données d'examen clinique effectué par un autre professionnel ou résultats de laboratoire transmis par une autre personne.

Elle recontrôle la tension artérielle manuellement lorsque l'appareil électronique lui indique un résultat qui lui apparaît peu probable.

Questions que l'on peut poser à l'étudiante :

Comment as-tu déterminé que ce que t'a dit l'infirmière est valide et fiable?

Comment as-tu conclu que tu pouvais te fier ou non à cette information?

Responsabilité :

Une étudiante responsable est capable de produire un jugement infirmier ou poser un acte infirmier adéquat de façon autonome et de s'en porter garant. Il s'agit ici de la capacité à prendre une décision ou d'agir de façon autonome à l'intérieur de ses limites et dans le respect des normes éthiques et professionnelles. Note : L'étudiante doit tout de même informer la professeure avant de procéder à un acte infirmier.

Exemples de conduites associées à la responsabilité :

L'étudiante choisit seule de devancer, retarder ou omettre l'administration d'un médicament après avoir analysé la situation et est capable de justifier les bases de son jugement et n'est pas craintive lorsqu'on la questionne.

Elle décide de ne pas retirer une sonde urinaire après avoir analysé les données disponibles au dossier du patient et après avoir fait sa propre évaluation de celui-ci.

Rappel : L'étudiante doit tout de même informer la professeure avant de poser un acte infirmier.

Exemples de questions que l'on peut poser à l'étudiante :

Quelle est ta conclusion en regard des données que tu as recueillies? Explique-moi les raisons derrière ton raisonnement.

Qu'est-ce que tu vas faire (ou non) maintenant? Pourquoi?

Connais-tu les conséquences que peut avoir cette décision? Est-ce que tu en acceptes la responsabilité?

Ouverture d'esprit, flexible :

Une étudiante est ouverte d'esprit et flexible lorsqu'elle accepte les critiques raisonnables et considère les points de vue divergents du sien.

Exemples de conduites associées à l'ouverture d'esprit et la flexibilité :

À la suite d'une évaluation formative, l'étudiante cherche à s'améliorer et tente de trouver des moyens pour pallier les lacunes identifiées dans l'évaluation plutôt que de chercher des excuses pour justifier ses faiblesses.

Une étudiante qui accepte le point de vue divergent d'un autre professionnel et tente de comprendre les motivations de l'autre.

Exemples de question que l'on peut poser à l'étudiante :

Comment perçois-tu les commentaires que j'ai indiqués dans ton évaluation? Que vas-tu faire par rapport à cela?
Selon toi, le point de vue (différent) de cette personne peut-il se défendre? Comment est-il justifiable?
En quoi cette perception de la situation du patient (différente de la sienne) est-elle appropriée? Explique-moi tes arguments.

Description et exemples des habiletés intellectuelles :

Processus de pensée raisonnable et intentionnel :

La pensée critique en soins infirmiers se caractérise par son caractère raisonnable qui en fait un processus de pensée basé sur la raison pour tirer des conclusions de sorte qu'il est rationnel, réfléchi, mesuré et sensible au contexte. Le caractère intentionnel signifie que le processus de pensée et le jugement infirmier ou les actes infirmiers qui en découlent ne sont pas le fruit du hasard ou accidentels.

Exemples de conduites critiques associées à un processus de pensée raisonnable et intentionnel :

Une étudiante qui recueille l'ensemble des données pertinentes disponibles en lien avec la situation de soins, évalue et analyse les données recueillies de façon systématique, formule des hypothèses et tire des conclusions réalistes à partir de l'analyse des données recueillies. Elle est capable de justifier chacun des éléments mentionnés plus haut avec des arguments solides. L'étudiante fait des liens entre les connaissances théoriques et la pratique en milieu clinique.

Exemples de questions que l'on peut poser à l'étudiante :

De quelle façon en es-tu venue à cette conclusion?
Quelles données as-tu considérées pour cela? Pourquoi?
Comment as-tu vérifié que ton interprétation et ton intervention étaient appropriées dans ce cas-ci?
Pour quelles raisons as-tu agi différemment cette fois-ci avec ce patient?

Processus de pensée réflexif :

L'aspect réflexif permet à l'étudiante de prendre conscience de sa façon de raisonner, de penser et d'agir dans le but de l'évaluer et d'en détecter les failles.

Exemples de conduites critiques associées à un processus de pensée réflexif :

Une étudiante qui effectue une autoévaluation sur l'analyse des données qu'elle a effectuée en stage et qui identifie ses erreurs et ses bons coups.

L'étudiante se questionne ou questionne une autre personne pour découvrir à quel moment elle a commis une erreur dans une situation.
L'étudiante identifie dans son journal de bord ou autres travaux de stage ses faiblesses et des moyens pour y remédier.

Exemples de questions que l'on peut poser à l'étudiante :

Explique-moi comment tu as procédé et comment tu évalues ta démarche.
Comment évalues-tu tes interventions infirmières dans cette situation? Selon toi, à quel moment as-tu commis une erreur?
Lorsque tu évalues ta performance, quelles sont tes forces et tes faiblesses par rapport à ...
Comment as-tu déterminé que ton jugement infirmier ou tes interventions infirmières étaient adéquats ou non?
Que vas-tu faire pour t'améliorer par rapport à cet élément?

Processus de pensée autorégulateur :

L'aspect autorégulateur permet à l'étudiante de mettre en place, de manière autonome, les moyens nécessaires pour corriger les failles identifiées dans sa façon de raisonner, de penser ou d'agir à la suite du processus de pensée réflexif.

Exemples de conduites critiques associées à un processus de pensée autorégulateur :

À la suite d'une évaluation ou d'une autoévaluation, l'étudiante modifie sa conduite dans une situation similaire qui survient ultérieurement.
L'étudiante adopte une conduite différente lorsqu'elle est confrontée de nouveau à une situation semblable pour laquelle elle a éprouvé des difficultés antérieurement.

Exemples de questions que l'on peut poser à l'étudiante :

Pourquoi as-tu agi différemment dans cette situation?
Comment as-tu déterminé que tu devais modifier ton approche cette fois?
Qu'est-ce que tu as fait différemment cette fois et pourquoi?

Processus adapté au contexte :

L'étudiante modifie ou ajuste sa façon de raisonner, penser ou agir en fonction des composantes de la situation de soins. Elle considère l'ensemble des éléments qui constituent la situation de soins pour produire un jugement ou un acte infirmier. C'est à l'intérieur de cet élément que peut se manifester la pensée créatrice ou la créativité de l'étudiante.

Exemples de conduites critiques associées à un processus de pensée adapté au contexte :

L'étudiante formule des hypothèses, tire des conclusions et propose des solutions qui tiennent compte du contexte unique de la situation de soins.

Elle modifie son approche selon l'état du patient (patient orienté vs un patient confus) et ses interventions en fonction de l'ensemble de la situation (premier lever postchirurgie à la suite d'une appendicectomie vs premier lever postchirurgie à la suite d'une prothèse totale de la hanche).

Elle adapte l'enseignement au patient. Utilise un dessin pour expliquer à un enfant ou une personne qui ne sait pas lire.

Exemples de questions que l'on peut poser à l'étudiante :

Qu'est-ce qui a fait que tu as modifié ton approche face à ce patient ce matin?

Pour quelles raisons as-tu déterminé qu'il valait mieux agir ainsi cette fois?

Comment as-tu déterminé qu'il fallait appliquer ce protocole maintenant? Pourquoi avoir attendu (ou non) avec ce patient?

Processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles :

L'étudiante est capable d'expliquer en quoi son jugement et ses actes infirmiers respectent les normes éthiques et professionnelles.

Exemples de conduites critiques associées à un processus qui respecte les normes éthiques et professionnelles :

L'étudiante est capable d'expliquer comment la procédure de soins qu'elle a utilisée était conforme aux normes d'hygiène et d'asepsie en vigueur dans l'établissement.

L'étudiante est capable d'expliquer comment le suivi infirmier qu'elle exerce auprès d'un patient ou la documentation qu'elle en fait au dossier est conforme aux normes professionnelles en vigueur.

Exemples de questions que l'on peut poser à l'étudiante :

Comment sais-tu que ce que tu as fait dans cette situation est conforme aux normes éthiques et professionnelles?

Quelles normes respectes-tu lorsque tu procèdes ainsi?

Quelle aurait été l'approche conforme aux normes éthiques ou professionnelles dans une telle situation?