

# L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion

Daniel Milhomme <sup>a</sup>, inf., M.Sc., Johanne Gagnon <sup>b</sup>, Ph.D. et Kathleen Lechasseur <sup>c</sup>, Ph.D.

<sup>a</sup> Professeur, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

<sup>b</sup> Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

<sup>c</sup> Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

---

Le concept de compétence est largement discuté dans la littérature, et ce par différentes disciplines. Malgré tout, aucun consensus ne se dégage quant à sa définition et quant à son intégration dans la pratique professionnelle. Par ailleurs, plusieurs auteurs traitent de l'évaluation des compétences ou des standards dénotant une pratique compétente, mais peu d'entre eux portent leurs réflexions sur les infirmières œuvrant dans un contexte de soins critiques. Étant donné la complexité des situations rencontrées sur ce type d'unités de soins, les infirmières doivent impérativement avoir recours à la technologie afin d'assurer une surveillance clinique adéquate des patients. Par contre, elles doivent aussi être en mesure de mobiliser les différents savoirs dans le cadre de leur pratique, ce qui a pour effet de tisser un lien avec la compétence. C'est à la lumière de certains écrits en sciences infirmières et en sciences de l'éducation qu'une nouvelle définition de la compétence en soins critiques est proposée. Afin de mieux comprendre comment les savoirs infirmiers contribuent à une pratique compétente en soins critiques, cet article met en parallèle les savoirs infirmiers, décrits par Chinn et Kramer (2008) à partir des travaux de Carper (1978) et de White (1995), puis actualisés par Lechasseur (2009), avec une mise en situation de soins critiques. Il en découlera finalement une meilleure compréhension du rôle que les différents savoirs infirmiers peuvent jouer dans le cadre d'une pratique compétente en soins critiques.

**Mots-clés : Compétence, pratique compétente, savoirs infirmiers, surveillance clinique, soins critiques**

---

Pour répondre à la complexité des situations rencontrées sur les unités où l'on dispense des soins intensifs et des soins d'urgence, une pratique infirmière compétente en soins critiques repose sur la mobilisation ou l'intégration de différents savoirs. Bien que les savoirs infirmiers aient fait l'objet de plusieurs parutions, il n'en demeure pas moins que leur transposition en contexte de soins critiques est somme toute rarissime. En plus de présenter une nouvelle façon de définir la compétence en sciences infirmières, cette réflexion a pour objectif d'opérationnaliser les savoirs disciplinaires à partir d'une mise en situation de soins critiques et de faire valoir leur importance. Afin d'y parvenir, il sera question de définir le concept de compétence, le savoir et le savoir infirmier et de présenter une courte mise en situation où une infirmière de soins

critiques fait appel aux différents savoirs infirmiers dans sa relation avec un patient. Finalement, l'intégration des savoirs infirmiers au concept de compétence dans la pratique professionnelle est explicitée.

## La compétence

Dans une perspective de développement des meilleures pratiques en santé, la discipline infirmière s'intéresse au concept de compétence depuis plusieurs décennies. En fait, il y a plus de trente ans, Benner (1982) a exploré le développement de l'expertise chez les infirmières à partir du Modèle d'acquisition des compétences de

---

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Daniel Milhomme, département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, 1595 boulevard Alphonse-Desjardins, Lévis (Québec), Canada, G6V 0A6. Courrier électronique : [daniel\\_milhomme@uqar.ca](mailto:daniel_milhomme@uqar.ca)

Dreyfus. À ce jour, malgré l'abondance de définitions autour du concept de compétence en sciences de l'éducation, en sciences infirmières voire même dans la littérature en général, aucun consensus ne se dégage. Par ailleurs, Tardif (2006) précise que certaines définitions de la compétence sont réductrices :

*Dans plusieurs écrits (Lasnier, 2000; Le Boterf, 2002; Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ), 2001a; Perrenoud, 1997; Tardif, 2003), une compétence est définie comme un savoir-agir ou une disposition à agir. Ces écrits et d'autres (Allal, 2002; Paquay, Alett, Charlier et Perrenoud, 2001; Rey, Carette, De France et Kahn, 2003) mettent clairement en évidence qu'une compétence correspond à un savoir-agir et qu'elle ne se réduit pas à un savoir-faire (p.21).*

D'ordre général, le dictionnaire Petit Robert 2013 (Robert, Rey-Debove & Rey, 2011) définit le concept de compétence comme étant « une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger en certaines matières » (p.486). Du côté des sciences de l'éducation, la définition du concept de compétence a souvent été formulée en termes de savoirs en actes ou en séquences d'actions, c'est-à-dire présentée comme un savoir-faire ou comme un ensemble de connaissances procédurales. La compétence est maintenant de plus en plus présentée sous différents angles, notamment en termes de potentiel des individus à mobiliser des connaissances. Quant à Black, Allen, Redfern, Muzio, Rushowick, Balaski, et al. (2008), ils différencient le terme « être compétent » qui signifie avoir les aptitudes pour faire ce qui est requis, du terme « compétences individuelles » qui réfère habituellement aux connaissances essentielles, aux habiletés et aux aptitudes requises chez un individu. Pour sa part, Tardif (2006) définit la compétence comme "un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations" (p.22). Par ressources internes, il réfère aux composantes cognitives, affectives, sociales et sensorielles susceptibles d'être mobilisées lors de la mise en œuvre d'une compétence alors que les ressources externes font partie de tout ce qui est extérieur à l'individu. Plus spécifiquement, la compétence ne découle pas d'une simple addition de savoirs, mais d'une capacité à mettre en interaction divers savoirs en fonction de l'usage varié qu'il est possible d'en faire suivant les situations (Goudreau et al., 2009). Par conséquent, une personne peut se montrer compétente si elle sait tenir compte des circonstances et du contexte (Masciotra & Medzo, 2009).

Quant au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2005) du Québec, le concept de compétence est envisagé plus globalement : « La compétence est un pouvoir d'agir, de réussir et de progresser qui permet de réaliser adéquatement des tâches ou des activités de vie professionnelle ou personnelle, et qui se fonde sur un ensemble organisé de savoirs : connaissances et habiletés de divers domaines, stratégies, perceptions, attitudes, etc. » (p.8). Au niveau des organismes professionnels, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2008) définit la compétence comme étant « la combinaison des connaissances théoriques et pratiques, du jugement et des caractéristiques personnelles que l'infirmière doit avoir pour pratiquer de manière sécuritaire et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés » (p.21). Plus près de nous, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec [OIIQ] (2008, 2009) va dans le même sens en faisant référence aux connaissances, aux habiletés, aux attitudes et au jugement nécessaires à l'infirmière pour exercer sa profession ainsi qu'à la capacité de les appliquer dans une situation clinique donnée.

Pour leur part, les différents auteurs en sciences infirmières définissent vaguement le concept de compétence, et un manque de consensus s'en dégage. Ainsi, Benner (1982) évoque la compétence comme étant « [...] l'habileté d'effectuer des tâches pour atteindre des résultats souhaitables dans des circonstances variées d'un monde réel [traduction libre, p.304] » alors que pour Dunn, Lawson, Robertson, Underwood, Clark, Valentine, et al., (2000), il s'agit d'un chevauchement des connaissances, des habiletés psychomotrices et de la résolution de problèmes dans une situation réelle [Traduction libre, p.340]. Pour Meretoja, Leino-Kilpi, et Kaira (2004), auteures rattachées davantage aux soins intensifs, la compétence se définit comme étant la capacité fonctionnelle à intégrer les connaissances, les habiletés, les attitudes et les valeurs dans un contexte de pratique spécifique [Traduction libre, p.330]. Par ailleurs, Ääri, Tarja, et Helena (2008) soutiennent qu'il s'agit plutôt de connaissances spécifiques, d'habiletés, d'attitudes et de valeurs ainsi que d'expériences aux soins intensifs [Traduction libre, p.78].

En somme, certains points de convergence ressortent de toutes ces définitions. Les termes connaissances, habiletés et attitudes s'avèrent omniprésents, et sont parfois énoncés en termes de savoir, savoir-faire et savoir-être. Ainsi, une pratique compétente peut être vue comme une capacité à mobiliser et à combiner, de façon sécuritaire, satisfaisante ou efficace pour atteindre un but, un ensemble d'éléments, dont les savoirs, dans une situation de soins ou dans un contexte

professionnel. Dans une perspective disciplinaire, il importe maintenant d'examiner les savoirs pouvant être mobilisés par les infirmières dans leur pratique, et par la suite, de mettre en relief ces savoirs infirmiers dans un contexte de soins critiques.

### Le savoir

Le Dictionnaire Petit Robert 2013 (Robert et al., 2011) définit le savoir comme un « ensemble de connaissances plus ou moins systématisées, acquises par une activité mentale suivie » (p.2319). Du point de vue disciplinaire, Chinn et Kramer (2008) indiquent que le savoir infirmier réfère à l'expression de la compréhension qui peut

être partagée aux autres et qui reflète ce que les membres d'une collectivité ont retenu comme standards et comme critères leur étant propres. En fait, selon ces auteures, plusieurs savoirs sont nécessaires à l'infirmière pour comprendre les problèmes et les questions disciplinaires. Ainsi, plusieurs savoirs composent le savoir infirmier, et c'est pourquoi il importe que les infirmières intègrent ces divers savoirs pour exercer une pratique efficiente ou centrée sur la globalité de la personne guidée par un souci d'excellence (Chinn & Kramer, 2008). C'est d'ailleurs ce qui nous conduit à préciser les différents savoirs infirmiers qui pourront ainsi être mobilisés dans l'exercice d'une pratique compétente en soins critiques.

### Mise en situation

*Marie travaille à l'unité de soins intensifs de chirurgie cardiaque depuis près de 20 ans. Infirmière d'expérience, elle est reconnue par ses collègues pour son esprit critique et son expertise auprès de la clientèle de cardiologie. Passionnée et toujours à la recherche de nouveaux défis, elle vient de compléter son baccalauréat en sciences infirmières et un certificat en soins critiques. Un soir, Marie rencontre l'épouse de Monsieur B, un un patient bien connu par l'ensemble du personnel soignant en raison de ses nombreux problèmes cardiaques. En discutant avec elle, l'épouse de monsieur B se dit très inquiète, car son mari vient d'être opéré d'urgence pour un triple pontage coronarien. En fait, Marie comprend très bien l'inquiétude de madame, l'ayant vécue elle-même avec son père il y a maintenant une dizaine d'années. Quelques minutes après la conversation, monsieur B revient du bloc opératoire. Dès son arrivée à la chambre, tous les membres de l'équipe participent à son installation. Étant donné l'état précaire et la vulnérabilité du patient, l'équipement technologique tel que les systèmes de monitoring, de cardiostimulation, de ventilation mécanique, de drainage ainsi que les multiples solutés et perfusions sont mis en place pour assurer la stabilité et une surveillance clinique adéquate. À travers toutes ces interventions, Marie pense aussi à l'expérience que vit actuellement la conjointe de monsieur B. Au cours de la soirée, Marie note que monsieur B présente une légère cyanose au bout des doigts de la main gauche et qu'il fronce les sourcils lors de la mobilisation de la main. Pourtant, toutes les données enregistrées par les systèmes de monitoring sont normales, et aucun élément n'explique la situation observée. Ayant déjà été confrontée à une situation clinique semblable où des complications sont survenues, Marie fait les vérifications nécessaires, et décide d'appeler le résident en chirurgie pour l'aviser de ses constatations. Elle craint notamment une diminution de la perfusion sanguine à la main gauche. En dépit du fait qu'elle explique clairement les signes qu'elle observe, le résident juge bon de laisser la situation telle quelle. Insatisfaite de la réponse du résident, Marie considère que l'absence d'intervention est inacceptable et qu'un suivi immédiat devrait être fait par l'équipe médicale. Consciente qu'une complication semble se produire, elle décide d'appeler le chirurgien de garde, un médecin qu'elle connaît depuis ses tout premiers débuts sur l'unité de soins, et qui n'hésite point à se rendre au chevet du patient. Ce dernier constate que le patient présente fort probablement une thrombose du membre supérieur gauche et décide de procéder immédiatement à une échographie qui confirme le diagnostic. Outre la cyanose légère, la subtilité du changement dans l'état de santé de monsieur B ne laissait pourtant entrevoir aucun signe ou symptôme explicite. Toutefois, dans cette situation, Marie a su mobiliser ses ressources internes (cognitives, affectives, sociales et sensorielles) ainsi que ses ressources externes (interdisciplinaires, équipement). Voyons comment l'intégration des savoirs infirmiers a permis de détecter une complication subtile, et d'intervenir avant que de graves conséquences surviennent chez la personne.*

## Les savoirs infirmiers et les soins critiques

La typologie des savoirs proposée par Carper (1978) demeure, encore aujourd'hui, abondamment citée dans la littérature infirmière. Cette auteure propose quatre modes de savoirs infirmiers, soit empirique, éthique, personnel et esthétique qui ont été par la suite approfondis par Chinn et Kramer (depuis 1983 dont la 8<sup>e</sup> édition en 2011). Entre temps, White (1995) a proposé d'ajouter le savoir sociopolitique à cette classification. Reconnaissant qu'une perspective émancipatoire était de plus en plus présente dans

la littérature en sciences infirmières, Chinn et Kramer (2008) ont intégré le savoir émancipatoire à la typologie de Carper. Par la suite, Lechasseur (2009) a revisité ces différents savoirs à la lumière des écrits en sciences infirmières, en sciences de l'éducation et en philosophie, de même qu'à partir des données empiriques issues de son étude qualitative. Cette auteure propose une vision renouvelée et enrichie faisant place aux savoirs : scientifique, moral et éthique, intrapersonnel et interpersonnel, contextuel, expérientiel, perceptuel, pratique et combinatoire constructif (voir Tableau 1).

**Tableau 1.**  
*Typologie des savoirs*

Carper (1978)	White (1995)	Chinn & Kramer (2008)	Lechasseur (2009)
Empirique		Empirique	Scientifique
Éthique		Éthique	Moral et éthique
Personnel		Personnel	Intrapersonnel Interpersonnel
Esthétique		Esthétique	Combinatoire constructif
	Sociopolitique	Émancipatoire	Perceptuel Expérientiel Pratique Contextuel

La réflexion proposée sur chacun des savoirs infirmiers s'appuie sur les écrits des auteurs primaires, soit Carper (1978), White (1995) et Chinn et Kramer (2008), en prenant soin d'intégrer les savoirs proposés par Lechasseur (2009), et ce tout en précisant ou en illustrant à travers une mise en situation clinique comment tous ces savoirs contribuent à une pratique compétente en soins critiques.

### Le savoir empirique

Le savoir empirique fait référence aux connaissances qui sont systématiquement organisées à travers des lois générales et des

théories afin de décrire, d'expliquer et de prédire des phénomènes liés à la discipline infirmière (Carper, 1978). En fait, le savoir empirique est lié à ce que nous voyons, touchons et entendons (Chinn & Kramer, 2011). C'est pourquoi il est maintenant reconnu que des approches de recherche qualitatives et quantitatives contribuent à son développement (Chinn & Kramer, 2008). Le savoir empirique ne se fonde pas uniquement sur une perspective théorique et objective, mais aussi sur l'exploration et la compréhension des phénomènes (White, 1995). Le savoir empirique prend donc naissance des questions soulevées en situations vécues sur les unités de soins,

notamment les unités de soins critiques. D'ailleurs, Lechasseur, Lazure, et Guilbert (2011) font référence au savoir empirique de Carper en le nommant savoir scientifique pour mieux rendre compte de l'ensemble des savoirs empiriques et théoriques qui le composent.

En soins critiques, lorsque l'infirmière fait appel au savoir scientifique, elle met de l'avant des connaissances scientifiques afin de faire des liens entre ce qu'elle observe et ce qu'elle connaît. *Étant donné l'état précaire et la vulnérabilité de monsieur B (ce que Marie observe), l'équipement technologique a été mis en place à son arrivée pour assurer la stabilité et une surveillance clinique adéquate selon les normes ou les directives d'une pratique exemplaire.* Une pratique infirmière compétente en soins critiques s'enracine donc dans l'utilisation des données issues de la recherche en les contextualisant pour tenir compte de l'unicité de la personne. En revanche, les questionnements issus de la pratique alimentent à leur tour la recherche infirmière. Bien qu'il soit d'une importance capitale dans le cadre d'une pratique compétente en soins critiques, le savoir empirique ou scientifique, selon les auteurs, est aussi lié au savoir éthique, car l'infirmière de soins critiques doit notamment s'en inspirer en vue de prendre des décisions raisonnables et responsables pour le patient à qui elle prodigue des soins.

### **Le savoir éthique**

Carper (1978) soutient que le savoir éthique exige la compréhension des différentes positions philosophiques de ce qui est juste et bon, et de ce qui est souhaitable pour la personne. Bien qu'il soit généralement associé au cadre déontologique et à la notion d'obligation, le savoir éthique rejoint d'abord et avant tout un processus créatif, conscient et raisonné qui permet de clarifier les valeurs et d'explorer les alternatives lors d'une prise de décision (Chinn & Kramer, 2011). En soins critiques, les décisions s'avèrent nombreuses et empreintes d'une complexité pour répondre ou tenir compte de l'unicité de la personne. En ce sens, une infirmière qui œuvre sur les unités de soins critiques doit fréquemment prendre des décisions raisonnables et responsables qu'elle transpose dans ses soins pour assurer le bien-être des personnes, notamment en raison de leur incapacité fréquente à communiquer.

De surcroît, lorsqu'une infirmière de soins critiques fait preuve d'un savoir éthique, elle tient aussi compte, entre autres, des valeurs de la personne et de sa famille ainsi que celles de la société et de la profession. Vu la précarité de l'état de santé du patient, les décisions doivent souvent être prises rapidement, et ce, tout en tenant compte des intérêts et du bien-être de ce dernier.

Les patients hospitalisés sur les unités de soins critiques se montrent particulièrement vulnérables, d'où l'importance que l'infirmière fasse preuve d'un savoir éthique dans les multiples prises de décision les concernant. En fait, le savoir éthique va au-delà des théories ou des principes de déontologie. En l'intégrant à sa pratique, l'infirmière fait preuve de prudence, c'est-à-dire qu'elle n'a pas seulement la connaissance de ce qu'il y a lieu de faire de façon raisonnable et responsable, mais elle le concrétise par une action appropriée (Blondeau, 2002). *Ainsi, Marie est insatisfaite de la réponse du résident en médecine, car elle considère que l'absence d'intervention est inacceptable et qu'un suivi immédiat devrait être fait par l'équipe médicale. Consciente qu'une complication semble se produire, elle décide d'appeler le chirurgien de garde.*

À la lumière des écrits recensés par Lechasseur (2009), elle propose l'appellation savoir moral et éthique qui repose sur trois grands principes. D'abord, sur la moralité personnelle qui représente ce qui semble bon et juste envers autrui. Puis, sur la moralité publique ou sociale qui expose les normes et les règles qui se traduisent par le Code des professions, les normes et les principes éthiques. Enfin, la composante publique particulière à la discipline infirmière prend forme dans les devoirs et les obligations que les infirmières s'engagent à respecter (Lechasseur et al., 2008). Étant donné les différentes situations complexes et les nombreux dilemmes éthiques rencontrés en soins critiques et l'importance des décisions qui sont prises par l'infirmière, la contribution du savoir éthique apparaît donc essentielle à une pratique infirmière compétente en soins critiques. Hormis toute l'importance que le savoir éthique puisse avoir dans le cadre d'une pratique compétente, il reste aussi que le savoir personnel représente un élément qu'on ne peut négliger, particulièrement parce qu'il favorise la connaissance de l'autre, dont ses valeurs, ses croyances et ses priorités.

### **Le savoir personnel**

Selon Carper (1978), le savoir personnel est l'un des savoirs les plus difficiles à maîtriser et à enseigner. Il correspond au processus qui facilite la connaissance, la rencontre et l'actualisation du soi personnel et celui des autres (Lechasseur, 2009; Lechasseur et al., 2011). Il représente ce que l'infirmière connaît d'elle-même (Pepin et al., 2010). Lorsqu'il est bien développé, le savoir personnel permet l'ouverture de l'infirmière aux autres, et l'interaction qui émerge de la relation enrichit l'expérience (Chinn & Kramer, 2008). Ainsi, McEwen et Wills (2011) soutiennent que le savoir personnel réfère à la façon dont les infirmières se perçoivent elles-mêmes et la façon dont elles

perçoivent le patient, d'où un lien avec la signification des situations rencontrées. Nonobstant l'idée que le savoir personnel apporte une contribution importante dans la connaissance de soi, il reste qu'il permet aussi l'ouverture aux autres, l'enrichissement de l'expérience et l'imprégnation des situations vécues.

Lechasseur (2009) apporte une clarification au savoir personnel de Carper en le présentant sous la forme d'un savoir intrapersonnel et d'un savoir interpersonnel. Le savoir intrapersonnel fait référence à la connaissance de soi tel qu'il est décrit par Carper (1978) et le savoir interpersonnel correspond à la recherche de la connaissance des autres ainsi qu'aux habiletés de l'infirmière à entrer en relation (Lechasseur, 2009; Lechasseur et al., 2011). Pour que s'établisse une relation soignante étroite entre l'infirmière de soins critiques, le patient et sa famille, le savoir interpersonnel revêt une importance capitale. La complexité des situations en soins critiques interpelle particulièrement le savoir interpersonnel pour que les soins demeurent centrés sur la personne et non seulement sur les aspects technologiques. *C'est en discutant avec l'épouse de monsieur B que Marie a perçu la préoccupation de la famille à l'égard de la situation.* En plus du fait que le savoir personnel soit déterminant dans l'adoption d'une pratique compétente en soins critiques, il s'avère étroitement relié aux autres savoirs dont le savoir esthétique pour appréhender la situation dans toute sa globalité tout en tenant compte du contexte.

### **Le savoir esthétique**

Phenix (1964) présente le savoir esthétique comme étant la compréhension d'une situation plutôt que sa connaissance (Phenix, 1964). Carper (1978), pour sa part, présente le savoir esthétique comme étant une appréciation profonde du sens d'une situation. En fait, c'est par les différentes situations auxquelles elle est confrontée que l'infirmière s'imprègne des situations. L'interaction et la proximité entre l'infirmière de soins critiques et le patient favorisent l'émergence et le développement du savoir esthétique en situation de soins. La mobilisation du savoir esthétique sous-tend la compétence en soins critiques puisqu'il permet à l'infirmière de reconnaître l'unicité de la personne, et de saisir le sens profond d'une situation. Concrètement, Chinn et Kramer (2011) soutiennent que les habiletés liées à la pensée rationnelle, au jugement clinique et aux habiletés techniques prennent nécessairement appui sur le savoir esthétique.

En saisissant le sens des situations vécues par le patient et par ses proches, l'infirmière de soins critiques assure une surveillance clinique optimale du patient en fonction de sa globalité et de son

unicité. Le savoir esthétique amène à reconnaître les besoins du patient en percevant les indices fins liés à une situation. *Malgré qu'aucun élément n'explique la situation observée par Marie et que celle-ci a déjà été confrontée à une situation clinique semblable où des complications sont survenues, elle fait les vérifications nécessaires et décide d'appeler le résident en chirurgie pour l'aviser de ses constatations.* Puisque le savoir esthétique entretient un lien étroit avec la mobilisation et la combinaison simultanée de l'ensemble des savoirs, Lechasseur (2009) propose de le renommer savoir combinatoire constructif en faisant valoir la contribution majeure d'une pensée critique dans son déploiement. En fait, le savoir combinatoire constructif décrit par Lechasseur et al. (2011) offre une vision novatrice et éclairante du savoir esthétique de Carper (1978). Bien plus qu'un savoir-faire, le savoir combinatoire constructif rappelle la gestion de la complexité et se démontre par une compréhension de la situation par l'infirmière, donc un savoir-quoi-faire rendu possible par l'exercice d'une pensée critique (Le Boterf 2002). En ce sens, l'infirmière doit savoir gérer la complexité et l'unicité des situations ponctuelles, ce qui est tout à fait nécessaire en soins critiques. Le savoir combinatoire constructif de Lechasseur (2009) réfère donc à la mobilisation de l'ensemble des savoirs et s'apparente au savoir esthétique de Carper (1978) qui est une combinaison de savoir, d'expérience, d'intuition et de compréhension. Il fait donc référence au savoir agir de l'infirmière. Les quatre modes de savoirs infirmiers de Carper (1978) étant définis et complétés par d'autres auteurs, voyons maintenant les savoirs ajoutés à ceux-ci par différents auteurs.

### **Le savoir sociopolitique (White, 1995) et le savoir émancipatoire (Chinn & Kramer, 2008)**

Pour enrichir la classification de Carper, White (1995) a proposé le savoir sociopolitique qui amène une vision élargie de la relation infirmière-personne en la situant au-delà du contexte de soins. Consciente du lien qui existe entre la personne et la société, l'infirmière tient compte des intérêts du public et soulève toutes formes d'inégalités sociales qui porteraient atteinte à la personne (White, 1995). À partir de la proposition de White, Chinn et Kramer (2008) suggèrent le savoir émancipatoire qui correspond à l'examen critique d'une situation de soins ou de travail. Ce savoir se façonne grâce aux croyances et aux valeurs des individus. Ainsi, la critique sociopolitique et les enjeux découlant d'une situation s'avèrent importants.

À l'instar de White, Chinn et Kramer font mention de l'importance d'un savoir émancipatoire qui se définit comme étant la capacité d'identifier

les injustices et d'analyser les éléments complexes en lien avec le contexte sociopolitique (Chinn & Kramer, 2011). Puisque la vulnérabilité de la clientèle en soins critiques nécessite que l'infirmière soit habilitée à prendre une décision éclairée lorsqu'elle constate une injustice ou un problème chez le patient, l'utilisation du savoir émancipatoire, et par le fait même du savoir sociopolitique, permet d'analyser les situations de soins afin de défendre l'équité dans les soins aux patients et voir à défendre ses intérêts. En fait, la constatation d'une injustice doit faire l'objet non seulement d'une réflexion, mais aussi d'une action (Chinn & Kramer, 2011). *En dépit du fait que Marie explique clairement les signes qu'elle observe chez monsieur B, le résident en chirurgie juge bon de laisser la situation telle quelle. Insatisfaite de la réponse du résident, Marie considère que l'absence d'intervention est inacceptable et qu'un suivi immédiat devrait être fait par l'équipe médicale.* Le savoir émancipatoire apporte donc une contribution importante à la compétence des infirmières de soins critiques puisqu'il justifie certaines de ses actions. Il permet d'apporter un éclairage sur les situations complexes qui sont rencontrées, et de prendre en considération un ensemble d'éléments afin de prendre la meilleure décision pour le patient. Nonobstant le fait que le savoir émancipatoire soit déterminant pour une pratique compétente en soins critiques, quatre autres savoirs guident la pratique infirmière, soit le savoir perceptuel, le savoir expérientiel, le savoir pratique et le savoir contextuel (Lechasseur, 2009). Ces savoirs n'ont pas été mentionnés précédemment ni par Carper ni par Chinn et Kramer, mais ils nous apparaissent une pierre angulaire pour une pratique compétente en soins critiques.

### **Le savoir perceptuel, le savoir expérientiel, le savoir pratique et le savoir contextuel (Lechasseur, 2009)**

Le savoir perceptuel, tel que décrit par Lechasseur (2009) se caractérise par une connaissance immédiate des significations des comportements perçus issues d'un ensemble d'indices très fins mettant en relief les subtilités de la situation vécue par le patient. En fait, le savoir perceptuel se développe au fil des expériences personnelles et professionnelles que rencontrent les infirmières. *Marie a déjà vécu une situation clinique semblable et perçoit qu'une complication est en train de survenir.* Le savoir perceptuel présente des similitudes avec la conscience perceptuelle reconnue par Benner, Hooper Kyriakidis, et Stannard (2011). Les différentes situations rencontrées en soins critiques requièrent que les infirmières de soins critiques recourent constamment au savoir perceptuel dans la

surveillance et la reconnaissance des modifications de l'état de santé d'un patient afin d'être en mesure d'agir rapidement. En ce sens, la perception requiert un engagement de l'infirmière envers le patient et le problème potentiel ou actuel que vit ce dernier (Benner et al., 2011). Puisque les situations de soins évoluent souvent de façon subtile en soins critiques, le savoir perceptuel permet à l'infirmière de cerner ces modifications et de redéfinir ou de recadrer les différentes options qui s'offrent pour y répondre. C'est à partir de l'acuité perceptuelle que cette dernière reconnaîtra les indices fins devant guider sa pratique. Néanmoins, Estabrooks et al. (2005) affirment que les infirmières s'appuient non seulement sur le savoir perceptuel, mais aussi sur un savoir qui inclut les connaissances acquises lors de leur formation académique, leurs expériences de vie antérieure et leurs croyances personnelles.

Ainsi, à l'instar d'Estabrooks et al. (2005), les résultats de Lechasseur (2009) viennent corroborer le recours à un savoir expérientiel, c'est-à-dire celui issu des expériences de vie personnelle vécues en dehors du contexte clinique. *L'expérience qu'a vécue Marie avec son père a certes été déterminante dans la façon pour elle de répondre à la situation.* Le savoir expérientiel se compose de connaissances relatives à l'être humain en général, et ce dans ses multiples dimensions. À l'instar du savoir perceptuel, le savoir expérientiel est étroitement lié au savoir esthétique présenté dans la typologie de Carper (1978). Ainsi, l'infirmière de soins critiques utilise nécessairement son savoir expérientiel lorsqu'elle entre en relation avec un patient, évalue la situation et prend ses décisions. D'ailleurs, Benner et Tanner (1987) rapportent que la prise de décision en regard des patients à risque de détérioration s'appuie sur l'intuition, et aussi sur l'expérience. En dépit du fait que l'utilisation du savoir expérientiel soit d'une importance capitale dans le développement de la compétence des infirmières de soins critiques, il reste que Benner et al. (2011) apportent une nuance importante. L'expérience se forme aussi lorsque l'infirmière prend soin de patients dans des conditions identiques ou similaires qui permettent la comparaison ou le contraste de ces mêmes conditions à travers le temps (Benner et al., 2011).

Lechasseur (2009) et Lechasseur et al. (2011) vont en ce sens lorsqu'elles décrivent le savoir pratique comme étant hautement spécialisé et prescriptif. Ce savoir, constitué d'indices et de comportements types, intègre des situations similaires et particulières pour en faire un tout spécialisé (Lechasseur, 2009; Lechasseur et al., 2011), permettant ainsi de mettre en œuvre des actions hautement appropriées et contextualisées. *Les nombreuses années d'expérience en soins*

*critiques de Marie ont permis de relever les indices fins liés à la situation.* Ainsi, le savoir pratique comprend des distinctions qualitatives et quantitatives fines qui permettent de qualifier la condition de santé du patient. Puisque le savoir pratique implique un processus cognitif qui entraîne le raisonnement d'un niveau de jugement à un autre (Kikuchi & Simmons, 1999), il contribue à reconnaître les indices fins lorsque l'infirmière de soins critiques exerce la surveillance clinique. Dans la même veine, Benner et Wrubel (1989) soutiennent que le savoir pratique ne réfère pas uniquement aux habiletés techniques comme son nom peut le laisser croire, mais aussi à l'interprétation du langage non verbal tel que le regard, la posture et les gestes. *Marie note que monsieur B présente une légère cyanose au bout des doigts de la main gauche et qu'il fronce les sourcils lors de la mobilisation de la main. Pourtant, toutes les données enregistrées par les systèmes de monitoring sont normales, et aucun élément n'explique la situation observée.* Étant donné l'état de santé du patient hospitalisé en soins critiques, la communication entre le patient et l'infirmière peut s'avérer difficile. Par conséquent, le savoir pratique accroît l'aptitude de l'infirmière non seulement à communiquer avec le patient, mais aussi à collecter les données objectives et les données subjectives pertinentes personnalisées et fondées, d'où son lien étroit avec le savoir perceptuel.

Le Boterf (2002) identifie un savoir qui réfère au contexte. D'ordre général, un savoir contextuel permet aux professionnels de saisir une situation particulière et d'adopter les conduites pertinentes selon le contexte (Lechasseur, 2009). Tant Le Boterf (2002) que Lechasseur (2009) mentionnent que le savoir contextuel comprend des dimensions procédurale, matérielle, organisationnelle et sociale. En sciences infirmières, Lechasseur (2009) rend explicite l'utilisation du savoir contextuel chez les infirmières. Du point de vue de la dimension procédurale, ce savoir renvoie à une connaissance des procédures et des protocoles spécifiques du milieu. En soins critiques, les procédures sont nombreuses et diversifiées, ce qui amène les infirmières à utiliser à bon escient plusieurs protocoles ou ordonnances collectives. Quant à la dimension matérielle, la technologie en soins critiques est omniprésente et nécessite que les infirmières qui y travaillent connaissent parfaitement l'équipement disponible et les modalités d'utilisation pour être en mesure d'intervenir adéquatement. Lechasseur (2009), tout comme Le Boterf (2002), précise que la dimension organisationnelle regroupe principalement l'organisation du travail, la reconnaissance des fonctions et la contribution respective des membres du personnel du milieu clinique. En soins

critiques, l'organisation du travail implique une approche interdisciplinaire, soit un travail d'équipe étroit et coordonné. *Dès l'arrivée de monsieur B à la chambre, tous les membres de l'équipe participent à son installation. Étant donné l'état précaire et la vulnérabilité du patient, l'équipement technologique tel que les systèmes de monitoring, de cardiostimulation, de ventilation mécanique, de drainage ainsi que les multiples solutés et perfusions sont mis en place pour assurer la stabilité et une surveillance clinique adéquate.* Enfin, la dimension sociale concerne le type de clientèle, leurs caractéristiques et leurs besoins. Nul besoin de préciser que la clientèle en soins critiques présente des caractéristiques particulières, notamment sa grande vulnérabilité et l'évolution anticipée de sa condition. C'est d'ailleurs dans une perspective de sécurité de cette clientèle et de son bien-être qu'émerge la nécessité d'une pratique compétente en soins critiques.

### **Une pratique compétente en soins critiques**

À la lumière des éléments mentionnés précédemment et illustrés dans la mise en situation de Monsieur B, une pratique compétente peut être vue comme une capacité à mobiliser et à combiner, de façon sécuritaire, satisfaisante ou efficace pour atteindre un but, un ensemble d'éléments, dont les savoirs, dans une situation de soins ou dans un contexte professionnel. Concrètement, la compétence en soins critiques se définit comme une capacité de l'infirmière à combiner et à mobiliser l'ensemble des savoirs infirmiers dans un contexte particulier de soins critiques. Elle réfère au savoir combinatoire constructif tel que décrit par Lechasseur (2009), et rejoint le savoir-agir de l'infirmière qui s'acquiert par la mobilisation des savoirs infirmiers (Gagnon, 2010) (voir figure 1 à la page suivante).

Ainsi, c'est par l'exercice d'une pensée critique que l'infirmière met en œuvre son savoir combinatoire constructif en contexte de soins critiques. Face à la complexité et l'imprévisibilité des situations de soins rencontrées, l'infirmière compétente qui fait preuve d'une pensée critique, combine et mobilise les différentes ressources internes et externes à sa disposition en fonction des personnes et des contextes. De ces ressources, les savoirs énumérés précédemment constituent les assises d'une pratique compétente en soins infirmiers, notamment en soins critiques. En plus de savoir transposer ses connaissances dans différentes situations, l'infirmière sait transformer son action en expérience, somme



toute, elle sait agir avec pertinence pour tirer des leçons des actions entreprises.

Ainsi, la prise de position sur la définition de la compétence a suscité une réflexion sur l'intégration des savoirs infirmiers à celle-ci, tout en les reliant au contexte de soins critiques tel qu'illustré dans la mise en situation clinique de départ. À l'instar de tous les environnements où l'on prodigue des soins complexes, les unités de soins critiques présentent des caractéristiques qui amènent une diversité importante, non seulement dans les situations rencontrées, mais aussi en regard du type de

clientèles pris en charge et de sa grande vulnérabilité. Étant donné les exigences rencontrées dans les différents milieux cliniques, il va sans dire que le développement du savoir infirmier demeure une pierre angulaire pour enrichir la discipline et la profession infirmière. La mobilisation du savoir combinatoire constructif dans les différentes situations complexes rencontrées sur les unités de soins critiques s'avère donc cruciale et de pair avec une pratique compétente d'un soin centré sur la personne et sa famille.

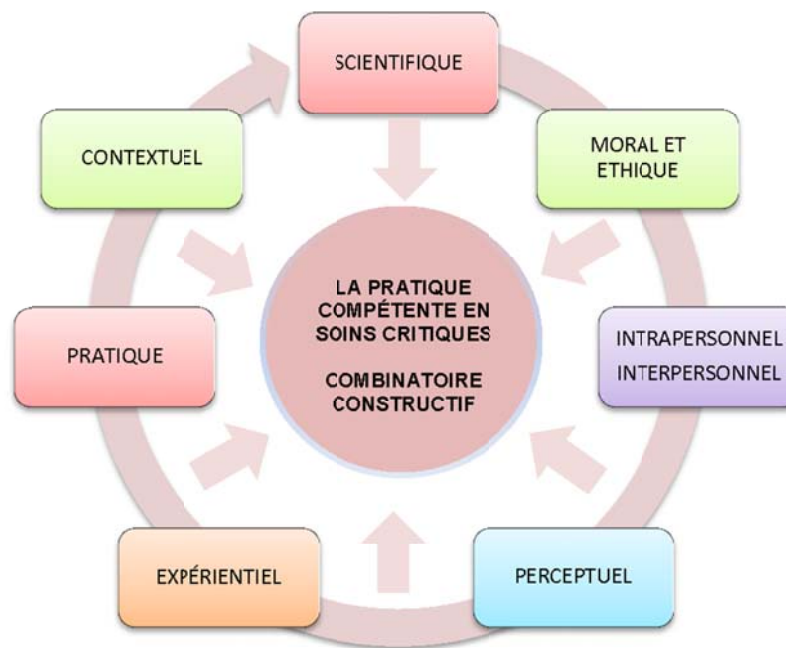


Figure 1. Une pratique compétente en soins critiques : combinaison et mobilisation des savoirs infirmiers (savoir combinatoire constructif).

## Références

- DOI: 10.2202/1548-923X.1685, April 2009
- Kikuchi, J. F., & Simmons, H. (1999). Practical nursing judgment: a moderate realist conception. *Research and Theory for Nursing Practice*, 13(1), 43-55.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels* (4<sup>e</sup> éd). Paris : Éditions d'Organisation.
- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Lechasseur, K., Lazure, G. & Guilbert, L. (2011). Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1930-1940.
- Lechasseur, K., Lazure, G., & Guilbert, L. (2008). Quels sont les savoirs à développer chez les infirmières novices en contexte d'apprentissage clinique? *Pertinence*, 1(1), 129-145.
- Masciotra, D. & Medzo, F. (2009). *Développer un agir compétent – Vers un curriculum pour la vie*. Paris : Éditions de Boeck Université.
- McEwen, M., & Wills, E. (2011). *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia: Walters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., & Kaira, A. M. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 329-336.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) (2005). *Cadre de référence sur la planification des activités d'apprentissage et d'évaluation*. Formation professionnelle, Québec : MELS.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] (2008). La compétence professionnelle, une obligation déontologique. [version électronique]. *Le journal*, 2(4).
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> édition). Montréal : Chenelière Éducation.
- Phenix, P. H. (1964). *Realms of Meaning*. USA: McGraw-Hill Book Company.
- Robert, P., Rey-Debove, J., & Rey, A. (2011). *Le nouveau petit Robert 2013 : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière-éducation.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.
- Ääri, R., S. Tarja, & Helena, L. (2008). Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24(2), 78-89.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIIC] (2008). *La pratique infirmière avancée : Un cadre national*. Ottawa : AIIIC.
- Benner, P. (1982). Issues in competency-based testing. *Nursing Outlook* 30, 303-309.
- Benner, P., Hooper Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking-in-action approach* (2 ed). New-York : Springer publishing company.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *The American journal of nursing*, 87(1), 23.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring, stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison Wesley.
- Black, J., Allen, D., Redfern, L., Muzio, L., Rushowick, B., Balaski, B., et al. (2008). Competencies in the context of entry-level registered nurse practice: a collaborative project in Canada. *International Nursing Review*, 55(2), 171-178.
- Blondeau, D. (2002). L'art du soin infirmier, un art pratique. La nécessaire relation entre l'art et l'éthique, Dans Goulet, O., Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville, Gaëtan Morin. p.300-313.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances In Nursing Science* 1(1), 13-23.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7<sup>th</sup>). St-Louis: Mosby.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8 ed.). St-Louis: Mosby.
- Dunn, S. V., Lawson, D., Robertson, S., Underwood, M, Clark, R., Valentine, T., et al. (2000). The development of competency standards for specialist critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 339-346.
- Estabrooks, C. A., Rutakumwa, W., O'Leary, K. A., Profetto-McGrath, J., Milner, M., Levers, L., & Scott-Findlay. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4), 460-476.
- Gagnon, J. (2010). *Le continuum de compétences : du préposé à l'infirmière de pratique avancée*. Québec : Document inédit.
- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., Legault, A.A Second Generation of the Competency-Based Approach to Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. Volume 6, Issue 1, Pages –, ISSN (Online) 1548-923X,