LA REVUE DE RÉFÉRENCE INFIRMIÈRE

SOINS

Tiré à part
2010

Ce livret vous est offert par la
MNH
1re mutuelle des professionnels de la santé



p1 Le concept de raisonnement clinique
p3 La méthodologie du raisonnement clinique
p5 La démarche clinique et la démarche de soins
p7 La relation d'aide dans la démarche clinique
p9 L'écriture du raisonnement clinique (1/2)
p11 L'écriture du raisonnement clinique (2/2)
p13 Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers
p15 Les plans de soins types et les chemins cliniques
p17 L'apprentissage du raisonnement clinique
p19 Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

Du raisonnement clinique à la pratique infirmière

50 ans D'INNOVATION SOLIDAIRE
MNH
La mutuelle de la santé et du social

Fiches réalisées en partenariat avec la MNH

ELSEVIER MASSON

64653

1/10 Le concept de raisonnement clinique


© Axel Graux

Le raisonnement clinique infirmier est un véritable tremplin pour la compétence clinique. Il se construit à partir de données issues de l'observation du patient selon une méthode hypothético-déductive.

INTRODUCTION

Les soins infirmiers représentent une réalité complexe située au point de convergence des sciences médicales, des sciences humaines et des sciences de l'éducation. Le patient tient une place centrale comme personne unique, capable de penser, de vivre des émotions, de faire des choix et d'agir. La pertinence d'un projet de soins adapté à chaque personne pose la question de la formalisation d'un raisonnement clinique qui part du patient, conduit l'infirmière dans des champs de connaissances variés et l'oblige à utiliser une méthodologie de problématisation avant d'entrer dans la démarche de résolution de problème.

Ce raisonnement est très souvent implicite et sa formalisation écrite n'en reproduit pas toujours l'ampleur. Il s'agit d'une habileté intégrée dans la compétence clinique avec une place transversale pour l'acquisition des autres compétences.

Son analyse est structurée autour de six domaines : sa définition, la détermination des attributs, l'élaboration d'un cas modèle, l'identification des antécédents et des conséquents, la définition des référents empiriques[1].

Le raisonnement clinique infirmier se situe non seulement dans le processus d'adaptation des soins au patient, mais aussi en préalable de la décision des soins.

DÉFINITION DU CONCEPT

Le terme "raisonnement" est défini à la fois comme un processus intellectuel et comme le résultat d'un processus ; la personne qui raisonne effectue une série d'inférences mais n'exprime que le produit de son raisonnement. Pour définir le raisonnement clinique infirmier, la définition de Jean-Baptiste Paolaggi et Joël Coste appliquée au diagnostic médical[2] a été adaptée en nommant la conclusion du raisonnement "jugement clinique".

Le jugement clinique se construit en partant des données recueillies lors de l'observation structurée du patient. À partir de ces données, les opérations mentales hypothético-déductives sont activées. Ces opérations mentales permettent d'aller jusqu'à un stade de la démarche clinique où l'infirmière a la capacité de relier les signes à une conclusion clinique décrite et définie dans le respect de son autonomie professionnelle.

DÉTERMINATION DES ATTRIBUTS

Dans la littérature scientifique, les attributs d'un concept sont des caractéristiques qui doivent être présentes pour reconnaître ce dernier dans la réalité et transférables à tout autre contexte dans lequel le concept est présent.

Quatre attributs ont été définis pour le raisonnement clinique de l'infirmière dans la pratique quotidienne :

- **la pertinence des connaissances** en sciences médicales et en sciences humaines ;
- **l'utilisation d'une méthode hypothético-déductive identifiable** lors de l'explicitation sur le processus utilisé pour poser un jugement clinique ;
- **la maîtrise des niveaux de jugement clinique** dans le modèle clinique tri-focal[3] comprenant :

– les signes et symptômes de la pathologie,
– les risques liés à la pathologie et aux effets secondaires de traitement,
– les réactions humaines physiques et psychologiques (parfois exprimées en capacités) ;

- **la qualité d'une relation d'aide de type *counseling*[4].**

Le raisonnement clinique est un concept conjonctif, c'est-à-dire que toutes les caractéristiques sont présentes dans toutes les analyses de situation, quel que soit le lieu d'exercice de l'infirmière.


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. **Le concept de raisonnement clinique**
2. La méthodologie du raisonnement clinique
3. La démarche clinique et la démarche de soins
4. La relation d'aide dans la démarche clinique
5. L'écriture du raisonnement clinique (1re partie)
6. L'écriture du raisonnement clinique (2e partie)
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques
9. L'apprentissage du raisonnement clinique
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

Élaboration d'un cas modèle

Virginie, infirmière, est interpellée par l'état inhabituel de M. Richard. Elle observe rapidement les signes objectivables : encombrement avec sécrétions abondantes, toux importante inefficace, polypnée, dyspnée avec sifflement. Elle pense à une hypothèse de pneumopathie et prend la température du patient ; la fièvre est à 39°. Devant l'intensité de certains signes, elle infère les risques et agit immédiatement sur celui de suffocation et sur l'hyperthermie. Elle enregistre mentalement l'aspect des sécrétions pour le transmettre au médecin, agit sur la fièvre et demande à l'aide-soignante de vérifier la température.

Elle a inféré dès le début l'hypothèse de perte d'espoir dans le contexte de ce patient dont la sortie était envisagée ce jour-là. En agissant rapidement sur l'encombrement et sur la fièvre, elle constate le résultat positif sur le moral de M. Richard ; elle a créé un lien de confiance et obtient ainsi la collaboration du patient et son consentement pour appeler le médecin.

Elle aide M. Richard à clarifier sa problématique complète : il dit avoir des difficultés à se mouvoir, sans doute liées à son état de fatigue et à son insomnie. Il lui confie qu'il n'a même plus le goût de lire. Virginie regroupe mentalement les signes et les symptômes observés et recueillis, et anticipe :

• **le risque d'intolérance à l'activité** en demandant à l'aide-soignante d'évaluer avec M. Richard le niveau d'aide dont il a besoin pour les activités de la vie quotidienne ;

• **le risque d'escarre** devant la maigreur du patient placé en situation de diminution d'activité et d'alitement, en recherchant les facteurs favorisants complémentaires afin de donner une prescription de soins personnalisée.


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Le médecin valide la pneumopathie et prescrit le traitement en ajoutant un fluidifiant sur la base des transmissions de Virginie. Celle-ci aide M. Richard à prendre les médicaments en lui expliquant leurs liens avec les signes et les symptômes. M. Richard évoque spontanément son désir de ne pas sortir ce jour ; Virginie écoute ses explications, identifie sa stratégie d'adaptation à cette situation et la valide. Elle en informe le médecin.

La description de cette situation clinique montre que l'infirmière est dans la performance lorsqu'elle parvient à combiner avec pertinence les quatre attributs du raisonnement clinique : connaissances, méthodologie, niveaux de jugement clinique et relation d'aide.

Le haut raisonnement clinique

Identification des antécédents

Les antécédents sont le prérequis à la performance du raisonnement clinique, c'est-à-dire les éléments indispensables pour tenir un haut raisonnement clinique.

La pensée humaniste se traduit d'emblée chez l'élève infirmier par l'écoute, le respect et l'authenticité dans sa relation avec le patient. Il adopte ainsi un comportement favorable pour apprendre à raisonner sur un mode inductif qui *« part de la personne soignée »*. Le réflexe de questionnement devant des indices, des signes et des symptômes enclenche le développement des opérations mentales telles que *« [les] intuitions perceptives, [l']induction, [la] déduction, [la] créativité »*, etc. Si la posture réflexive est utilisée au cours de l'apprentissage du raisonnement clinique, l'élève infirmier développe l'habileté à "penser sa pensée", c'est-à-dire la métacognition, qui le conduit obligatoirement vers la qualité et la performance. C'est le processus qu'il doit utiliser pour expliquer à son tuteur ou formateur ses choix d'hypothèse ou ses conclusions.

Identification des conséquents

Dans les équipes qui pratiquent ouvertement le raisonnement clinique, les conséquences positives sont évidentes : le patient est acteur, les consensus d'équipe sont rapides, les raisonnements collectifs sont coordonnés, la démarche d'adaptation des soins est facilitée, les connaissances sont transférées dans la pratique des soins.

Les cliniciens expérimentés ou experts utilisent le raisonnement inductif ou déductif selon les circonstances avec rapidité et efficacité.

Définition des référents empiriques

Comment pouvons-nous repérer les hauts raisonnements cliniques ? Le raisonnement clinique est objectivable et mesurable s'il est explicité lors d'une posture réflexive. Les indicateurs du haut raisonnement clinique sont perçus lors des transmissions orales, dans l'écriture en transmissions ciblées et à l'occasion des synthèses interdisciplinaires.

Conclusion

Le raisonnement clinique est un concept utilisé par les médecins depuis très longtemps. Son adaptation à la fonction infirmière a été étudiée en suivant un processus de construction des caractéristiques selon un mode inductif. Il a pris naissance dans les représentations mentales issues de l'expérience antérieure d'infirmière et de formatrice ; le concept spontané a ensuite mûri à partir des observations réalisées sur les terrains confrontées à la littérature scientifique, ce qui en a orienté la modélisation et l'utilisation par des praticiens et des formateurs.

Cette alternance de théorisation et de réalisations concrètes continuera à développer le caractère opératoire du raisonnement clinique qui deviendra une composante permanente du soin au patient.

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

NOTES

1. Wilson J. Thinking with concepts. 22e édition, Cambridge University Press, 1994.

2. Paolaggi JB, Coste J. Le raisonnement médical de la science à la pratique. Éd. Estem, 2001.

3. Psiuk T. Raisonnement clinique et personnalisation des soins. Traité du savoir infirmier. Elsevier Masson, 2009.

4. Relation dans laquelle une personne tente d'en aider une autre à comprendre et résoudre les problèmes auxquels elle fait face.

2/10 La méthodologie du raisonnement clinique


© Axel Graux

Le raisonnement clinique analysé comme un processus de pensée et de prise de décision est porteur de sens pour les soins infirmiers. Le développement des sciences cognitives associé aux recherches médicales a contribué à clarifier les opérations mentales mobilisées dans ce processus. L'alternance entre le raisonnement clinique en action et la modélisation à partir d'une théorie favorise le transfert dans l'apprentissage des étudiants.

Introduction

L'infirmière est confrontée en permanence aux indices, aux signes et aux symptômes exprimés par le patient. Elle doit discerner le domaine clinique dont ils proviennent. S'agit-il de manifestations de la pathologie, de complications, d'effets secondaires à des traitements, de réactions physiques ou psychologiques ?

L'évaluation globale de la situation clinique est complexe en raison d'une grande quantité de données qui ne peuvent pas être mémorisées dans la mémoire à court terme. L'émergence d'hypothèses pour structurer la pensée et la mobilisation des connaissances pertinentes est une nécessité absolue pour parvenir à poser un jugement clinique de qualité.

Le raisonnement clinique en action. Cas clinique 1

Une malade hospitalisée se plaint de sensation de picotement au niveau des fesses. L'infirmière, après observation de la zone, pense qu'il peut s'agir d'une escarre de stade 1. Elle évoque d'autres hypothèses comme une allergie. Elle recueille des données complémentaires : rougeur fixée, pas de démangeaisons, patiente alitée depuis deux jours, pas de cause d'allergie. Elle pose alors un jugement clinique : escarre de stade 1 avec rougeur fixée et picotements liée à l'immobilisation. Elle choisit l'intervention adaptée aux données et au facteur favorisant, puis évalue l'efficacité de son action à partir des indicateurs : disparition du picotement et de la rougeur fixée, mobilité, faculté de comprendre et satisfaction du patient.


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Le raisonnement clinique en théorie

Le raisonnement clinique est initié à partir d'un indice existant chez le patient, visuel et/ou exprimé. Le processus suivi par l'infirmière experte pour parvenir à la conclusion clinique est inconscient et automatique car il agit par similarité avec d'autres cas stockés en mémoire *(voir cas clinique 1)*. Ce processus non analytique est prépondérant lorsque les signes sont visuels. Cependant, la reconnaissance par similarité peut être source d'erreur si elle n'est pas complétée par un processus analytique basé sur la formulation d'hypothèses.

Les données cliniques complémentaires sont recherchées grâce aux connaissances cliniques catégorisées dans la mémoire à long terme (signes de l'escarre de stade 1 selon les recommandations de la Haute Autorité de santé – HAS[1]). Les opérations mentales du raisonnement hypothético-déductif sont mobilisées jusqu'au jugement clinique qui comprend le nom du problème (escarre de stade 1), le signe majeur (rougeur fixée), le signe mineur (picotements) et le facteur favorisant (immobilité). Les soins personnalisés sont proposés à partir de cet ensemble de données.

Lors de l'apprentissage, les étudiants novices infèrent des hypothèses dès le premier indice car ils ne possèdent pas de cas similaires dans leur mémoire. Les formateurs construisent des transpositions didactiques de cas concrets avec la méthode des cascades convergentes et divergentes[2].

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. **La méthodologie du raisonnement clinique**
3. La démarche clinique et la démarche de soins
4. La relation d'aide dans la démarche clinique
5. L'écriture du raisonnement clinique (1re partie)
6. L'écriture du raisonnement clinique (2e partie)
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques
9. L'apprentissage du raisonnement clinique
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

NOTES

1. Haute Autorité de santé (HAS). Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. Conférence de consensus, décembre 2001. Disponible sur www.has-sante.fr.

2. Méthode qui mobilise les opérations mentales d'induction et de déduction (*voir* fiche n° 9).

POUR EN SAVOIR PLUS

• **Marchal A. Psiuk T.** Le paradigme de la discipline infirmière en France. Séli Arslan, 2002.

• **Psiuk T.** La démarche clinique, de la singularité à l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers* 2006 ; 84 : 16-28.

Le raisonnement clinique contextualisé. Cas clinique 2

L'infirmière expérimentée exprime des hypothèses pertinentes dans une situation clinique contextualisée et montre une capacité à recueillir des données précises et fiables. L'interprétation des données est rapide et l'exactitude de l'hypothèse est confirmée.

Anthony, âgé de 4 ans, est hospitalisé depuis deux jours pour une gastro-entérite. Sylvie, puéricultrice, entre dans la chambre après avoir discuté avec la mère d'Anthony qui est repartie.



© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Devant les pleurs d'Anthony, elle infère plusieurs hypothèses : sont-ils provoqués par des douleurs abdominales, la peur de rester seul, un sentiment de solitude ou une autre cause ? Depuis deux jours, elle a créé un lien de confiance avec Anthony et obtient rapidement les réponses à ses questions qui lui permettent de tester ses hypothèses. Celle de la peur de rester seul est confirmée. Sylvie aide donc Anthony à gérer son émotion.

L'émergence d'une théorie complémentaire

Le langage spontané des patients est à l'origine du raisonnement clinique de l'infirmière. Par exemple, dans le cas d'une patiente qui annonce : *« J'ai l'renverse depuis deux jours »*, le décodage est essentiel pour conduire un processus analytique pertinent : cette malade parle le patois vendéen et dit qu'elle a des nausées depuis deux jours. Anthony, en pleurant, exprime une plainte qu'il ne verbalise pas *(voir cas clinique 2)*.

Dans ces deux situations, l'infirmière doit construire une représentation du problème. Une professionnelle clinicienne performante possède des connaissances élaborées organisées en schèmes cliniques qui orientent le choix des hypothèses. Devant le phénomène de nausée et les éléments contextuels (âge, motif d'hospitalisation, traitements, etc.), par exemple, elle en formule plusieurs : problème médical, effets secondaires de traitement, peur, constipation, etc.

Chaque soignant possède sa technique personnelle de recueil de données, mais les étapes sont conditionnées par ses connaissances ; pour valider une hypothèse de constipation, il suffit de rechercher le signe majeur (retard de selle) puis les signes cliniques associés (ballonnements, douleurs abdominales, perte d'appétit). L'étape suivante basée sur les hypothèses causales est centrée sur la recherche des facteurs favorisants et renforçants tels que l'immobilité, les effets secondaires de traitements, etc. Cet ensemble de données structurées oriente le choix des interventions personnalisées.

Le raisonnement clinique par anticipation

La performance évolue avec l'expérience et fait entrer l'infirmière dans une démarche de raisonnement par anticipation centré sur la gestion des risques personnalisés. Les actions sont proposées dans une dimension préventive. Les hypothèses de problèmes prévalents sont anticipées à partir d'une synthèse d'entrée écrite et structurée avec les informations précises : âge, motif d'entrée, contexte d'hospitalisation, histoire de la maladie, antécédents pertinents passifs et actifs, contexte familial, social et professionnel, observations référentes à l'entrée.

Le recueil de données cliniques est réalisé à partir des hypothèses de problèmes prévalents telles que la douleur, le risque hémorragique, la difficulté d'adaptation à l'hospitalisation ou l'anxiété, etc.

Les jugements cliniques posés au regard des données orientent le premier projet de soins collectif. L'écriture de cette évaluation clinique représente une synthèse clinique initiale qui devient le référentiel pour apprécier l'efficacité des interventions.

Conclusion

La pratique du raisonnement clinique ne résulte pas d'une simple stratégie de résolution de problème. Le raisonnement clinique est composé d'un processus rationnel à la fois analytique et non analytique. Ce processus complexe relève d'une véritable problématisation qui part le plus souvent du patient et de la formulation d'hypothèses. L'enjeu pour l'infirmière est de percevoir l'existence d'un indice, d'un signe ou d'un symptôme et de le transformer en problématique de santé.

L'infirmière conjugue le raisonnement rationnel avec un raisonnement irrationnel centré sur les attitudes de la relation d'aide : authenticité, respect et empathie. Le développement de ce processus de pensée et de prise de décision est conditionné par la pertinence des connaissances en sciences médicales et en sciences humaines stockées dans la mémoire à long terme de l'infirmière et les liens établis avec des situations cliniques.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

3/10 La démarche clinique et la démarche de soins


© Axel Graux

La démarche de soins est un processus d'adaptation du soin à la personne. Le protocole de soin personnalisé est une composition harmonieuse entre les invariants de qualité d'un soin, l'état clinique, les désirs du patient et la créativité du soignant. La pertinence d'une démarche clinique précédant la démarche de soins est une garantie pour la personnalisation du soin. La personne soignée est considérée comme le principal acteur de l'ensemble du processus.

La démarche de soins est la résultante d'une démarche clinique

La démarche clinique prend sa source dans le concept de problématisation avec l'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne et la reconnaissance de ses capacités. L'infirmière utilise la méthodologie du raisonnement clinique pour construire la problématique complète d'une personne soignée. Elle raisonne également à partir de l'interaction entre la maladie, ses complications et les réactions humaines physiques et psychologiques du patient grâce à la pensée complexe.

La démarche de soins est un processus d'adaptation du soin à la personne qui prend naissance dans une méthode de résolution de problèmes. Elle est l'adaptation d'un soin prescrit par le médecin, tel le pansement, ou l'infirmière, tel l'accompagnement à la réalisation de la toilette. La pensée complexe centre le soignant sur la stratégie globale des soins en prévoyant les actions à court, moyen et long terme.

Analyse d'une situation clinique et projet de soins


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Trois infirmières présentes dans une session de formation participent à un jeu de rôle. L'animatrice joue une patiente, M^me^ Juliette, entrée en cardiologie pour hypertension artérielle et décompensation cardiaque. Après avoir défini les priorités liées à la maladie et aux complications potentielles, les infirmières regroupent certaines données observées : la patiente marche lentement, a des cernes sous les yeux. Laura, l'une des infirmières, infère immédiatement la réaction humaine de fatigue et propose des actions en fonction de son inférence : aide à la toilette et regroupement des soins. Lucie, une autre infirmière, valide la fatigue avec la patiente et propose les mêmes actions, ainsi que des siestes. Louise, la 3^e^ infirmière, décide d'entendre l'explication de la patiente et conduit sa démarche clinique avec une participation active de M^me^ Juliette :

– *« Je vous ai vue passer, vous sembliez épuisée. »*

– *« En effet, je suis très fatiguée car je ne dors pas depuis trois semaines. »*

Louise perçoit que le problème à analyser est l'altération du mode de sommeil. Elle décide de l'explorer avec la patiente :

– *« Pouvez-vous m'expliquer comment se passent vos nuits ? »*

– *« Oui, bien sûr, je m'endors sans difficulté, mais je me réveille depuis trois semaines vers 3 ou 4 heures du matin, alors qu'habituellement je me réveille vers 8 heures. »*

À ce stade, Louise peut synthétiser son raisonnement : M^me^ Juliette est très fatiguée suite à une altération du mode de sommeil caractérisée par un réveil précoce depuis trois semaines. Elle décide d'explorer la cause et de l'entendre exprimer par M^me^ Juliette qui établit des liens avec sa problématique de santé :

– *« Pouvez-vous expliquer pourquoi vous vous réveillez depuis trois semaines tôt le matin ? »*

– *« En fait, je me réveille brutalement et je suis obligée de m'asseoir sur le bord du lit car je suis très essoufflée. »*

– *« Si j'ai bien compris, vous êtes actuellement fatiguée parce que vous vous réveillez tôt le matin depuis trois semaines. Ce réveil précoce est provoqué par une crise d'essoufflement. »*

– *« Oui, et je n'en peux plus. »*

L'infirmière a conduit son raisonnement à partir de l'explication donnée par M^me^ Juliette. Son jugement clinique est pertinent et personnalisé car il s'est construit sur l'observation et l'écoute de la personne soignée. Louise propose au groupe la conclusion de la démarche clinique : M^me^ Juliette est très fatiguée suite à un réveil vers 4 heures du matin depuis trois semaines, lié à une crise de dyspnée secondaire à sa pathologie cardiaque.

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. La méthodologie du raisonnement clinique (*Soins* ; 743 : 59-60)
3. **La démarche clinique et la démarche de soins**
4. La relation d'aide dans la démarche clinique
5. L'écriture du raisonnement clinique (1re partie)
6. L'écriture du raisonnement clinique (2e partie)
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques
9. L'apprentissage du raisonnement clinique
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

NOTES

1. *Voir* Psiuk T. "La méthodologie du raisonnement clinique". *Soins* 743 : 59-60.

2. Référentiel de compétences. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II. Paru au *Journal officiel*, le 7 août 2009.

3. Psiuk T. Raisonnement clinique et personnalisation des soins. Savoirs et soins infirmiers. Elsevier Masson, 2009.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

Analyse d'une situation clinique et projet de soins (suite)

Elle présente le projet de soins à négocier avec la malade :

- **informer le médecin pour ajuster la thérapeutique** (crise de dyspnée vers 3 heures du matin) ;
- **expliquer à la patiente le lien entre sa pathologie et ses difficultés pendant le sommeil ;**
- **lui conseiller d'appeler l'infirmière de nuit** lors de la crise d'essoufflement ;
- **l'informer des effets des prescriptions médicales ;**
- **lui expliquer les contre-indications des somnifères ;**
- **lui proposer la position demi-assise ;**
- **ne pas la réveiller avec le thermomètre à 7 heures ;**
- **lui proposer une aide à la toilette en milieu de matinée** afin de la laisser se reposer ;
- **lui conseiller les siestes.**

Le modèle clinique tri-focal, le sens de la démarche clinique

L'infirmière évolue dans les étapes d'une démarche clinique en faisant alterner un raisonnement hypothético-déductif[1] et des jugements cliniques. Les domaines sont définis dans la première compétence du référentiel infirmier[2] :

- **identifier les signes et symptômes** liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
- **évaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation** et déterminer les mesures prioritaires ;
- **élaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier** à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et **identifier les interventions infirmières nécessaires ;**
- **repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe,** notamment dans la prise en charge de sa santé.

Le modèle clinique tri-focal[3] clarifie le champ de la clinique infirmière dans ces quatre domaines et précise l'autonomie professionnelle dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire.

La dynamique d'adaptation du soin au patient

Lorsqu'une problématique de santé est bien posée, les éléments à intégrer pour adapter le soin au patient sont définis à partir des risques liés à l'état clinique, des habitudes de vie pour satisfaire le besoin fondamental perturbé, de l'état émotionnel de la personne et de ses capacités de décision. La nature du soin infirmier consiste à conjuguer parfaitement le soin avec ses invariants de qualité et le "prendre soin" avec tous ses aspects humanistes.

Cas clinique

Un infirmier spécialisé en psychiatrie accompagne pour la toilette Jean-Yves, hospitalisé depuis plusieurs années pour une schizophrénie. Cet infirmier expert connaît parfaitement la pathologie, les rituels de Jean-Yves pendant le bain et ses potentialités pour participer à certaines étapes du soin. L'objectif de l'intervention est centré sur le risque d'anxiété, et l'indicateur de réussite est que Jean-Yves soit calme et détendu pendant toute la durée du bain.

Explicitation de l'action

Lorsque l'infirmier entre dans la chambre, Jean-Yves est allongé sur le lit enroulé dans le drap, sans pyjama. Il se lève à la demande de l'infirmier qui le couvre avec une serviette. Il suit l'infirmier dans la salle de bains. Ce dernier remplit la baignoire. Jean-Yves s'y allonge et se place dans une attitude de relaxation. L'infirmier lui savonne le corps et les cheveux. Jean-Yves participe en répondant aux ordres simples : lever le bras, lever la jambe, etc. Il paraît détendu ; l'infirmier respecte ce temps de relaxation. L'infirmier prend la décision de la fin du bain ; Jean-Yves suit sans difficulté.



© Tânia Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Les rites sont respectés : Jean-Yves pose la pomme de la douche toujours dans le même sens, remet le bouchon toujours au même endroit. L'infirmier essuie le patient et lui tend ses vêtements dans un ordre précis. Jean-Yves s'habille seul : maillot, slip, chaussettes, jogging, chaussures. L'infirmier l'aide pour nouer les lacets. Il accompagne Jean-Yves dans la salle à manger pour le petit déjeuner.

Conclusion

La démarche clinique et la démarche de soins sont complémentaires et évoluent constamment en alternance. Au cours du soin, l'infirmier perçoit des indices, des signes, des symptômes qui prennent sens en lien avec la pathologie, les risques qui y sont liés ou qui le sont aux effets secondaires des traitements, ou encore les réactions physiques et psychologiques du patient. La clarification du problème oriente à nouveau la décision de soins. Le processus entre dans une circularité dans laquelle l'interaction soignant-soigné tient une place essentielle.

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

4/10 La relation d'aide dans la démarche clinique


© Axel Graux

L'infirmière atteint un raisonnement clinique de qualité lorsqu'elle conjugue un raisonnement hypothético-déductif avec les attitudes de base de la relation d'aide : authenticité, respect et empathie. Le patient est alors considéré en tant qu'être humain en situation de maladie. L'infirmière mobilise les ressources, les capacités et les compétences de la personne dans les différentes étapes du raisonnement clinique.

Le lien de confiance est une véritable création

Dès le premier contact entre le soignant et la personne soignée, la relation est spontanée et s'établit dans un climat de respect mutuel. Cette relation de civilité est très vite relayée par une relation fonctionnelle dans laquelle l'infirmière est en quête d'informations lors du premier recueil de données. Celui-ci est adapté au contexte d'entrée du patient et l'infirmière discerne les priorités dans les trois domaines cliniques[1]. Ce discernement est incompatible avec un interrogatoire pur et simple, qui se déroule toujours dans le même sens.


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Christine, infirmière référente du secteur de chirurgie, accueille trois patients pour une intervention de prothèse totale de hanche : Josiane, Paul et Suzanne. Elle analyse la douleur de Josiane et lui conseille une installation antalgique ; elle aide Paul à clarifier sa peur reliée au décès de sa femme après une intervention ; elle appelle le chirurgien pour avoir une prescription adaptée devant le risque élevé infectieux identifié pour Suzanne.

Cet accueil personnalisé est la conséquence d'une conception humaniste des soins dans laquelle l'infirmière conjugue son raisonnement clinique avec les désirs de la personne soignée. L'écoute de l'autre l'aide à identifier chaque particularité : *« Le patient peut devenir acteur de sa santé et participer aux choix le concernant si le soignant lui donne la parole, l'écoute, le comprend, en laissant ainsi la place aux pensées, aux désirs, aux émotions. »*[2]

Dès l'entrée dans une relation fonctionnelle, l'infirmière conjugue empathie et hypothèses et se retrouve très vite dans une relation d'aide de type "*counseling*", c'est-à-dire une relation humaine qui se pratique là où se rencontrent les problèmes, dans leur contexte, en situation, partant du principe que c'est la situation qui est cause du symptôme et non l'inverse.

La relation d'aide est inexistante lorsque le soignant est dans une attitude d'indifférence et d'indiscrétion. Ces attitudes traduisent le non-respect et la non-reconnaissance de la personne.

Le soignant atteint la performance s'il réussit à préserver la dignité humaine et le besoin d'intimité, en même temps qu'il perçoit la priorité physique ou psychologique et qu'il parvient à l'explorer en amplifiant le lien de confiance.

Les concepts essentiels au développement de la relation d'aide

La perception intuitive du soignant l'oriente vers la reconnaissance d'indices chez le patient en rapport avec son vécu. Mais sa bonne volonté ne suffit pas pour clarifier la problématique réelle. Les concepts tels que les émotions, la stratégie d'adaptation, la résilience, etc. l'éclairent sur le sens à donner aux comportements et aux paroles du patient. Par exemple, la peur, émotion simple, ne s'exprime pas comme l'anxiété, contre-émotion ; l'intervention pour gérer la peur et l'action pour calmer l'anxiété sont également de nature différente et seront adaptées en regard du contexte dans lequel elles apparaissent.

Il est primordial d'accompagner les patients dans l'expression des émotions positives afin de rechercher un équilibre entre les facteurs de risque et les facteurs de protection.

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. La méthodologie du raisonnement clinique (*Soins* ; 743 : 57-58)
3. La démarche clinique et la démarche de soins (*Soins* ; 744 : 59-60)
4. **La relation d'aide dans la démarche clinique**
5. L'écriture du raisonnement clinique (1re partie)
6. L'écriture du raisonnement clinique (2e partie)
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques
9. L'apprentissage du raisonnement clinique
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

NOTES

1. Psiuk T. La démarche clinique et la démarche de soins. *Soins* 2010 ; 744 : 59-60.

2. Psiuk T. L'espace intime du soin. *Recherche en soins infirmiers* 2008 ; 93 : 14.

3. Fischer GN. Traité de psychologie de la santé. Dunod, 2002.

Cas clinique

Une patiente âgée de 40 ans est hospitalisée en psychiatrie suite à une tentative de suicide. Elle vient des urgences et répète qu'elle ne comprend pas la raison de son transfert en psychiatrie. L'infirmier d'accueil note sur son dossier de soins le risque de non-observance en lien avec le ressenti concernant l'hospitalisation en psychiatrie et prévoit de demander au mari une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Une infirmière interpelle son collègue sur cette écriture avec une simple question : l'infirmier a-t-il exploré, lors de l'entretien d'accueil, la représentation de la psychiatrie qu'a la patiente ?

Le vécu de la patiente est en relation avec ce qu'elle sait et pense de la psychiatrie. Ses représentations sont à l'origine de son comportement et de son attitude. L'infirmière ayant la connaissance des "théories subjectives"[3] est capable de se poser les bonnes questions pour aider la personne à clarifier son ressenti.

La patiente a précisé à l'infirmier qu'elle avait peur d'être enfermée *« avec les fous »*. L'infirmier lui a alors présenté le secteur avec toutes les explications utiles pour sa compréhension du contexte de soins. Il lui a même proposé une hospitalisation libre en lui décrivant l'autonomie de décision qu'elle aurait au cours de l'hospitalisation. Rassurée, la patiente a accepté une hospitalisation accompagnée d'une alliance thérapeutique jusqu'à la sortie, qu'elle a négociée avec le médecin et l'infirmier.



© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Outils et techniques de la relation d'aide

L'écoute thérapeutique est différente de celle que nous pratiquons dans notre vie de tous les jours. C'est un processus actif et volontaire qui évolue sur trois niveaux :

• **le premier niveau :** le soignant centre son attention pour écouter dans le silence ce que lui dit la personne. Son écoute se manifeste par sa présence à la fois forte, pour soutenir le patient, et discrète, pour ne pas entraver son processus ;

• **le deuxième niveau** correspond à la perception de l'ensemble des informations émanant de la communication non verbale. Le soignant pratique "l'attention flottante" qui lui permet de prendre en compte le récit au-delà des mots. La communication corporelle précède très souvent l'expression verbale. Il ne s'agit que de quelques secondes durant lesquelles la mimique, la position du corps ou son mouvement donnent des indices sur ce qui est ressenti ;

• **le troisième niveau** concerne l'écoute qu'a le soignant de lui-même : Que pense-t-il en écoutant le patient ? Que ressent-il ? Quelles sont ses sensations corporelles ? Ce ressenti évolue vers la compréhension empathique, à condition qu'il soit capable de gérer ses propres émotions en identifiant le contre-transfert. C'est en prenant l'habitude du questionnement sur soi (Qu'est-ce que cela me fait ? Que puis-je faire pour m'adapter à cette émotion ?) que le soignant pourra faire face à ce contre-transfert.

Les infirmières qui savent écouter peuvent témoigner du fait que non seulement cela ne requiert pas plus de temps de leur part, mais que cette écoute contribue, au contraire, à affiner leur démarche clinique.

Il existe des techniques de relation d'aide que le soignant doit apprendre à utiliser de façon raisonnée. Il s'agit :

• **des questions ouvertes,** qui donnent la possibilité d'une large réponse (par exemple : Que ressentez-vous à cet instant ?) ;

• **des questions fermées,** moins souvent utilisées, qui permettent néanmoins de valider une réponse ou une reformulation (par exemple : Ressentez-vous de la tristesse ?) ;

• **de la reformulation,** qui consiste à reprendre ce qui vient d'être dit par d'autres mots, en restant le plus précis et complet possible (par exemple : Si j'ai bien compris…).

Conclusion

La construction de la relation est primordiale dans le processus du raisonnement clinique. Le patient est un être humain qui rencontre une difficulté pour parler de lui et exprimer ses émotions. Le soignant doit créer un climat de confiance dans un contexte de soins où l'intimité et la pudeur sont des facteurs à considérer lors d'une interaction avec le patient. Enfin, le sentiment de sécurité est essentiel pour que la personne soignée participe à la construction du jugement clinique.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

5/10 L'écriture du raisonnement clinique (1/2)


© Axel Graux

La formalisation écrite du raisonnement clinique est une étape essentielle pour la continuité des soins. Le dossier du patient est l'outil commun et partagé pour intégrer cette écriture. En effet, la Haute Autorité de santé (HAS) le définit comme élément dynamique, support de l'ensemble des informations pertinentes et coordonnées entre les professionnels de santé. Pour l'infirmière, la démarche clinique mentale alterne avec l'écriture des conclusions cliniques.

La transmission ciblée structure l'écriture du raisonnement clinique

La transmission ciblée est l'écriture structurée résultant d'un raisonnement clinique individuel et collectif qui permet de visualiser la cohérence entre un problème de santé (la cible) et ses caractéristiques personnalisées (données).
Elle oriente le choix des interventions de soins personnalisées (actions) et l'évaluation de l'efficacité des interventions de soins (résultats)[1]. La transmission se veut le reflet de la démarche entreprise au chevet du patient.

Les outils de la méthode des transmissions ciblées comprennent la feuille de transmission ciblée et le diagramme de soins et de surveillance. La gestion alternée et non répétitive vise deux objectifs :
• **tracer les soins réalisés sur le diagramme** avec l'identification du soignant ;
• **écrire en transmission ciblée uniquement les problèmes, les risques et les capacités du patient** avec des données précises et personnalisées.

L'écriture du "haut" raisonnement clinique

Isabelle, formatrice en institut de formation en soins infirmiers (Ifsi), demande aux étudiants de première année de construire des situations cliniques simples et de les analyser à la fois avec un "bas" et un "haut" raisonnement clinique[2] *(tableau)*. L'exercice se termine par les deux écritures en transmissions ciblées.

La méthode comparative utilisée par Isabelle est efficace pour convaincre les étudiants de mobiliser les opérations mentales du raisonnement clinique dans les situations d'observation rencontrées en stage. De plus, ils visualisent le manque de pertinence des actions proposées lorsque le raisonnement clinique est de faible qualité. Isabelle explique aux étudiants qu'il ne faut pas écrire de manière précoce les indices de problèmes perçus chez le patient, mais qu'il est nécessaire d'avoir réalisé une analyse préalable. L'écriture est la résultante d'un recueil de données cliniques après un entretien avec un patient ou après plusieurs entretiens pendant le poste de travail. Elle insiste sur l'importance des raisonnements interdisciplinaires qui montrent la continuité des observations et la coordination des interventions.

"Bas" raisonnement clinique	"Haut" raisonnement clinique
L'infirmière observe et agit	L'infirmière observe, formule des hypothèses, conduit un recueil de données cliniques, infirme ou confirme les hypothèses, émet un jugement clinique, agit et évalue le résultat de son action
Cible : agressivité	Cible : peur
Données : ce matin, au cours de la toilette, est observée une agitation+++	Données : ce matin, agitation importante avant la toilette, a réussi à me parler de sa peur de tomber dans la salle de bain
Action : voir avec le médecin pour traitement	Action : accompagnement de la gestion de la peur avec mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation (utilisation de la chaise et du tapis de douche)
	Résultat : pas de chute et le patient a exprimé sa satisfaction

Isabelle illustre ses explications avec le cas de Maria hospitalisée en rééducation. José, kinésithérapeute, écrit sur le dossier :


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

• **cible :** récupération de l'amplitude de l'épaule ;
• **données :** depuis ce matin, est capable de lever le bras droit à la verticale ;
• **action :** continuer les séances kiné et évaluer dans deux jours et faire mobiliser le bras.
Nadia, aide-soignante, lit cette transmission et la complète le lendemain après avoir aidé Maria à s'habiller :
• **résultat :** a réussi ce matin à se coiffer seule et a exprimé sa fierté.

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. La méthodologie du raisonnement clinique (*Soins* ; 743 : 57-58)
3. La démarche clinique et la démarche de soins (*Soins* ; 744 : 59-60)
4. La relation d'aide dans la démarche clinique (*Soins* ; 745 : 49-50)
5. **L'écriture du raisonnement clinique (1re partie)**
6. L'écriture du raisonnement clinique (2e partie)
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques
9. L'apprentissage du raisonnement clinique
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

NOTES

1. Psiuk T. Le raisonnement clinique et la qualité des transmissions ciblées, 23 avril 2009. www.infirmiers.com

.../...

Le raisonnement clinique et la qualité des transmissions ciblées

L'infirmière qui pratique le raisonnement clinique développe la performance avec l'expérience. Il existe effectivement une différence entre l'écriture d'une débutante et celle d'une experte.

Cependant, les deux respectent les niveaux de jugement clinique qui engagent leur responsabilité et suivent les mêmes règles d'écriture : les cibles sont la résultante d'un raisonnement clinique dans les trois domaines cliniques[3].



© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Elles s'écrivent en termes de problèmes réels ou potentiels ou encore de diagnostic de bien-être. Par exemple, pour la symptomatologie de la pathologie : dyspnée, œdème des membres inférieurs, douleur, etc. Dans le domaine des risques, on peut citer l'anémie, l'infection, l'escarre, etc. Et dans le domaine des réactions humaines réelles, les conclusions cliniques sont la peur, l'anxiété, le sentiment de honte, la fatigue, l'escarre stade 1, etc. La conclusion clinique en lien avec un problème médical peut être, par exemple, une suspicion d'infection urinaire avant la validation par le médecin ; si le problème est validé par le médecin, l'infirmière le note en cible. Les cibles positives exprimées en termes de capacités sont, en général, conséquentes à un haut raisonnement clinique, par exemple la faculté à analyser sa situation ou à gérer ses émotions, la capacité partielle à se laver, etc.

La lecture des cibles donne une photographie immédiate des problèmes ponctuels et récurrents du patient. Le professionnel de santé qui recherche une information précise peut alors s'orienter rapidement pour analyser ensuite les données personnalisées. Celles-ci sont précises et évolutives.

La lecture des transmissions ciblées avant de prendre en charge une personne oriente l'observation et intègre le raisonnement clinique avec l'observation précédente ; lors de l'écriture, le soignant développe une transmission évolutive. La lecture de la dernière transmission d'un problème de santé doit donner au lecteur la synthèse du problème et son intensité, sans qu'il soit obligé de lire les transmissions précédentes sur le même problème.

En voici quelques illustrations :

- **conscient, déficit droit mieux, encore des difficultés pour écrire ;**
- **depuis 8 jours toujours pas de selles** ; a eu trois fois un laxatif inefficace, se plaint de douleurs abdominales depuis ce matin ;
- **douleur toujours à type de brûlure,** uniquement lors des mobilisations, EVA diminué à 2, toujours localisée au genou gauche ;
- **depuis deux jours, mange seul le dessert** ; a encore besoin d'aide, car très fatigué.

L'écriture des réactions humaines comportementales

Les comportements ont la même valeur que les cibles médicales, car il existe un lien important entre les manifestations physiques des problèmes de santé et la disposition psychologique des patients.

L'infirmière qui présente "une attitude d'accueil" auprès du patient crée une relation de confiance qui permet à ce dernier d'exprimer ses émotions. Dans une telle relation, les données recueillies sont précises et la conclusion clinique est pertinente : peur, anxiété, sentiment de frustration, de solitude, d'isolement social… Le patient parle, développe sa pensée et l'infirmière perçoit l'intensité de son émotion ; elle note la cible avec précision : inquiétude, crainte ou peur…, elle centre l'écriture des données sur l'expression verbale du patient et propose alors une relation d'aide adaptée.

Une écriture de qualité est un médiateur précieux pour l'infirmière qui lit et qui assure la continuité des soins. L'évaluation de l'efficacité de l'intervention l'oriente vers l'identification des émotions positives[4] considérées comme indicateurs de satisfaction du patient.

Conclusion

L'écriture du raisonnement clinique est un moyen de développer une posture réflexive sur la qualité d'une démarche clinique individuelle et, surtout, collective. La gestion du dossier du patient est régulièrement évaluée par l'intermédiaire des audits. Les critères de bonne tenue du dossier donnent des indications sur le respect des règles telles que noter la date, l'heure, l'identification du soignant… et les critères qualitatifs sur la qualité du raisonnement clinique, par exemple, la pertinence de la cible en regard des données précises et complètes. Le dossier du patient devient alors un excellent outil de management pour les cadres de santé qui évoluent dans une démarche projet avec la mise en œuvre des axes d'amélioration définis à partir des audits.

NOTES

…/…

2. L'acquisition d'un "haut" raisonnement clinique s'effectue *via* des méthodes pédagogiques. *Voir* Psiuk T. L'apprentissage du raisonnement clinique. *Soins* 2010 ; 750 (à paraître).

3. Psiuk T. La démarche clinique et la démarche de soins. *Soins* 2010 ; 744 : 57-8.

4. Joie, plaisir, enthousiasme, etc.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

RÉFÉRENCE

• **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), aujourd'hui Haute Autorité de santé (HAS).** Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier du patient. HAS, 2003. www.has-sante.fr.

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk,
anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

6/10 L'écriture du raisonnement clinique (2/2)


© Axel Graux

L'étude prospective de la situation clinique du patient et l'analyse descriptive des informations alternent dans le dossier du patient. Celui-ci est à la fois un outil d'aide à la décision et un outil de traçabilité des informations pour chaque membre d'une équipe pluridisciplinaire. La structure d'écriture proposée pour cette alternance est commune et partagée par tous les professionnels de santé afin d'éviter les redondances et surtout les ruptures de continuité dans la coordination des soins.

La synthèse d'entrée

La synthèse d'entrée est une analyse prospective rassemblant l'ensemble des problèmes et capacités du patient qui oriente le choix du premier projet de soins collectif. Elle est structurée en deux parties :

- **la macrocible d'entrée,** écrite en linéaire ;
- **la synthèse clinique initiale,** écrite en structure ciblée.

La macrocible d'entrée est rédigée par l'infirmière d'accueil après le premier recueil d'informations en trois parties :

- **les informations médicales** ;
- **le contexte familial, social et professionnel** ;
- **les premières observations référentes** dès l'entrée relatives à l'aspect physique et psychologique et à l'autonomie.

L'ensemble de ces informations bien structurées déclenche le réflexe d'anticipation chez le professionnel qui les lit[1].

Exemple avec le cas de Solène :

- **Solène, 2 ans et demi, est entrée dans le service à 11 h,** adressée par les urgences pour suspicion d'infection urinaire ;
- **hyperthermie > 38,5° depuis 48 h** sans point d'appel clinique observé par le médecin traitant, associée à une douleur abdominale et à des vomissements depuis ce matin, 2 h ;
- **parents présents lors de l'hospitalisation ;** 2e enfant du couple connu du service pour asthme de l'enfant, actuellement sous traitement de fond (Ventoline®). En cours d'acquisition de la propreté ;
- **à l'entrée, *p* = 13,4 kg** (courbe staturo-pondérale normale), hyperthermie à 39°, a reçu du paracétamol à l'arrivée aux urgences il y a 1 heure ; pleure, appréhende les soins, algique selon la maman lors des mictions et lors de la palpation à la fosse iliaque droite.

La synthèse clinique initiale

La synthèse clinique initiale est la résultante du recueil de données cliniques qui fait suite au réflexe d'anticipation après lecture de la macrocible d'accueil. Ce réflexe d'anticipation permet à l'infirmière d'accueil et aux autres soignants de cadrer le recueil de données (illustration pour le cas de Solène : *voir* tableau).

Cibles	Données	Actions	Résultats
Suspicion infection urinaire	BU+ réalisée aux urgences Douleurs mictionnelles Douleurs abdominales à la palpation	ECBU envoyé Pose patch Emla en vue du bilan sanguin Écho abdominale demandée Traitement ATB débuté à 15 h	BS = syndrome inflammatoire++ CRP, GB Écho abdominale normale
Hyperthermie	39,1 ° à l'arrivée dans le service, frissonne++	Enfant découverte Apports d'eau conseillés++ Administration traitement antipyrétique	38,2 ° à 13 h a bu 30 mL en 4 h
Douleur	EVA = 6 à 11 h à la palpation fosse iliaque + à la miction	Administration traitement antidouleur	EVA = 2 à 13 h Enfant plus souriante
Anxiété	Très craintive à l'arrivée, pleurs ++ A déjà été hospitalisée à 3 reprises pour son asthme	Parents présents tout au long de l'hospitalisation Réassurance Dessin animé proposé	Se détend petit à petit Regarde la télévision
Risque de vomissement	Pas de vomissement ce jour A goûté		
Devenir	Sortie à 18h après injections ATB KT obturé Retour à domicile	Reviendra demain pour suite prise en charge : 2e injection antibiotique. Prévoir cystographie de contrôle	

L'écriture de la synthèse clinique initiale est réalisée après avoir recueilli les données cliniques et mis en œuvre les premières actions prioritaires. Cette écriture est surtout utile aux soignants qui assureront la suite des soins à Solène. Chacun doit comprendre le sens des actions déjà réalisées pour anticiper le sens de ses interventions. Virginie rédige la synthèse clinique initiale dans le dossier de Solène après avoir réalisé les examens et les soins.

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. La méthodologie du raisonnement clinique (*Soins* ; 743 : 57-58)
3. La démarche clinique et la démarche de soins (*Soins* ; 744 : 59-60)
4. La relation d'aide dans la démarche clinique (*Soins* ; 745 : 49-50)
5. L'écriture du raisonnement clinique (1/2) (*Soins* ; 746 : 61-62)
6. **L'écriture du raisonnement clinique (2/2)**
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques
9. L'apprentissage du raisonnement clinique
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

NOTES

1. Psiuk T. Méthodologie du raisonnement clinique, *Soins* 2010 ; 743 : 57-8.

2. Haute Autorité de santé (HAS). Manuel de certification des établissements de santé. HAS, juin 2009. www.has-sante.fr.

LEXIQUE

ATB : antibiotique.
ATCD : antécédent.
BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive.
BS : bilan sanguin.
BU : bandelette urinaire.
CRP : C-réactive protéine.
DID : diabète insulino-dépendant.
ECBC : examen cytobactériologique des crachats.
ECBU : examen cytobactériologique des urines.
EVA : échelle visuelle analogique.
G : Glasgow (indicateur de l'état de conscience).
GB : globules blancs.
Hémoc : hémoculture.
HT° : hyperthermie.
HTA : hypertension artérielle.
KT : cathéter.
PA : 1 paquet X année.
SAO_2 : saturation en oxygène.
TA : tension artérielle.

Les transmissions ciblées quotidiennes

Les transmissions ciblées quotidiennes sont la suite logique de la synthèse d'entrée avec une analyse descriptive de la situation clinique. Par exemple, pour Solène, la transmission du lendemain est centrée sur l'infection urinaire avec les données évolutives relatives à l'hyperthermie, les douleurs mictionnelles et abdominales, la capacité à s'hydrater, le risque d'anxiété. L'intensité de la prise en charge dépend de la durée de l'hospitalisation. Dans le cas de Solène, si une hospitalisation plus longue en pédiatrie s'impose, les soignants recueilleront des informations plus précises sur le risque de crise d'asthme et sur la capacité d'autonomie pour aller aux toilettes.

Dans les services où la durée moyenne de séjour est plus longue, l'alternance entre transmissions ciblées quotidiennes et synthèses intermédiaires est recommandée.

La synthèse intermédiaire

La synthèse intermédiaire consiste en une analyse prospective qui oriente l'évolution des projets de soins collectifs. Elle peut être une synthèse de transfert et est structurée en deux parties :

• **la macrocible intermédiaire** écrite en linéaire ;

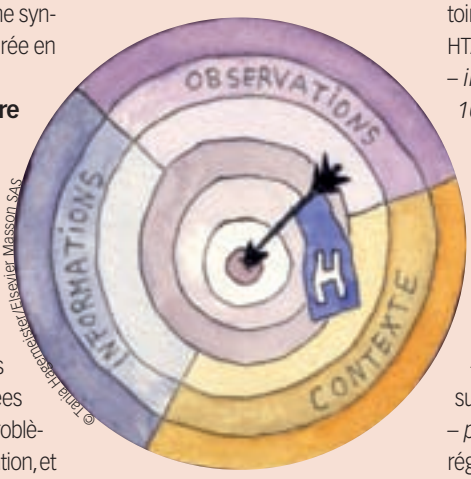
• **la synthèse clinique intermédiaire** écrite en structure ciblée.

La macrocible intermédiaire est structurée pour que les lecteurs mémorisent d'emblée les informations prioritaires relatives à l'évolution des données médicales, avec évocation des problèmes résolus pendant l'hospitalisation, et l'évolution du contexte familial, social et professionnel, en mettant en évidence la notion de soutien social.

Exemple avec le cas de M. X. Un infirmier des urgences rédige la macrocible d'entrée et transfère le patient vers le service de réanimation. Une macrocible de transfert est ensuite rédigée lors du transport de M. X vers le service de médecin. La continuité des informations est apparente lors de la lecture.

• **Urgences vers la réanimation :**

– M. X, 78 ans, entré à 17 heures pour décompensation respiratoire chez un patient BPCO, adressé par le médecin traitant en ambulance, traité à domicile par ATB depuis trois jours pour pneumopathie avec HT° à 38,5°.



© Tania Hagenmeyer/Elsevier Masson SAS

– ATCD : tabac (30 PA), HTA traitée, DID équilibré, 0_2 à domicile 12 heures/j,
– vit seul à domicile avec une aide ménagère, une infirmière 2 fois par jour, fille éloignée,
– à l'arrivée dans le service, patient polypnéique, SAO_2 82 % G = 15, cyanose, marbrures, tirage +++ en sueurs T° = 39°5 ; intubé, ventilé, sédaté, porteur d'une sonde urinaire et sonde gastrique,
– hémoc, ECBC, ECBU prélevés,
– transfert en réanimation à 18h30 ;

• **réanimation vers le service de médecine :**

– transfert ce jour, à 14 heures, de M. X, 78 ans, à J17 de réanimation, entré pour décompensation respiratoire chez un BPCO (ATCD : tabac 30 PA, HTA, DID),
– intubé, ventilé, sédaté pendant 10 jours avec sevrage rapide du respirateur,
– patient actuellement sous 0_2 2 L/j 24 h/24, hémodynamique correcte (SAO_2 93 %), TA stable 12/8, apyrétique,
– persistance d'une toux grasse, kiné 2X/J, aérosols (cf. prescription),
– alimentation correcte, régime suivi par diététicienne,
– patient volontaire, entouré (visite régulière de son aide ménagère et une fois de sa fille qui habite loin),
– autonomie retrouvée, toilette seul, se déplace dans sa chambre. Famille avertie de son transfert et courrier fait au médecin traitant.

La synthèse clinique intermédiaire répertorie l'ensemble des problèmes non résolus, des risques persistants dans la situation clinique du patient ainsi que les capacités. Les données précises, complètes, décrites pour chaque cible orientent le choix des soins personnalisés. Les résultats attendus sont également anticipés avec des indicateurs réalistes centrés sur le patient.

Conclusion

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de soins personnalisé (PSP). Pour chaque patient, ce projet est élaboré et réajusté tout au long de sa prise en charge à partir des évaluations périodiques des évaluations de santé[2]. Cette recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) invite l'ensemble des professionnels de santé à structurer la démarche clinique dans le dossier du patient. Celui-ci est un outil partagé avec des écritures coordonnées aussi bien dans le dossier papier que le dossier informatisé.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

7/10 Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers


© Axel Graux

La distinction entre problèmes traités en collaboration et diagnostics infirmiers est essentielle à comprendre pour ne pas renommer les diagnostics médicaux en diagnostics infirmiers et pour maîtriser la compétence autonome qui doit guider l'infirmière dans le raisonnement clinique et dans le choix des interventions de soins.

Problèmes traités en collaboration ou diagnostics infirmiers ?

Les diagnostics infirmiers (DI) et les problèmes traités en collaboration (PTC) sont deux types de jugements cliniques que l'infirmière est habilitée à traiter[1].

Définis par Linda-Juall Carpenito en 1983, ils constituent le modèle clinique bifocal[2] :

• **les DI** sont des *« jugements cliniques sur les réactions aux problèmes de santé, présents ou potentiels, ou aux processus de vie d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité »*[1] ;

• **les PTC** sont des *« complications physiologiques dont l'infirmière doit déceler l'apparition/l'aggravation »* [1].

Ainsi, lorsque des interventions prescrites par le médecin ou par un autre professionnel ne sont pas nécessaires et que seules les interventions prévues par l'infirmière répondent aux résultats escomptés, la conclusion clinique s'appelle DI. Dans le cas contraire, celle-ci est un PTC. Cette distinction est importante pour identifier la responsabilité professionnelle de chacun.

Les DI et les PTC sont posés en conclusion clinique à la fin d'un "haut" raisonnement clinique[3] partant des indices perçus chez le patient et entraînant le professionnel de santé dans les opérations mentales hypothético-déductives[4] avant de décider des actions personnalisées.

Argumentation théorique à partir de l'exemple de Mme Z

Prenons l'exemple de Mme Z, âgée de 75 ans, hospitalisée en soins de suite et présentant une gastro-entérite diagnostiquée par le médecin. L'infirmière évalue l'ensemble de la situation clinique à partir du modèle clinique trifocal[5].

Symptomatologie de la pathologie	Risques	Réactions humaines réelles physiques et psychologiques
• Diarrhées • Vomissements • Douleurs abdominales • Hyperthermie	**Liés à la pathologie** • Déshydratation • Dénutrition **Liés aux effets secondaires de traitement** • Constipation **Risques de réactions humaines** • Escarre • Peur • Sentiment de honte…	• Fatigue • Anxiété
PTC	PTC ou DI	PTC ou DI

Comme le précise Linda-Juall Carpenito, *« le type d'intervention permet de différencier un DI d'un PTC… »*[6]. La symptomatologie de la pathologie nécessite toujours une prescription médicale ; le jugement clinique tombe de ce fait dans le domaine des PTC. Les complications potentielles, quant à elles, peuvent se situer dans les deux domaines (PTC ou DI).

Dans la situation de Mme Z, avec un risque de déshydratation peu élevé, les actions prescrites par l'infirmière sont adaptées. Ce risque est donc nommé en DI. En revanche, lorsque la situation clinique de Mme Z évolue en risque élevé, avec la nécessité d'une prescription médicale, ce risque devient un PTC.

De même, la fatigue peut être une asthénie importante, nécessitant une prescription médicale, ou une fatigue situationnelle, pour laquelle les actions infirmières en collaboration avec l'aide-soignante seront efficaces.

La conclusion clinique est en cohérence avec le choix des interventions et peut varier pour le même patient au cours d'une journée ou durant l'hospitalisation.


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. La méthodologie du raisonnement clinique (*Soins* ; 743 : 57-58)
3. La démarche clinique et la démarche de soins (*Soins* ; 744 : 59-60)
4. La relation d'aide dans la démarche clinique (*Soins* ; 745 : 49-50)
5. L'écriture du raisonnement clinique (1/2) (*Soins* ; 746 : 61-62)
6. L'écriture du raisonnement clinique (2/2) (*Soins* ; 747 : 49-50)
7. **Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers**
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques
9. L'apprentissage du raisonnement clinique
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

La compétence autonome de l'infirmière, un rôle propre à plusieurs dimensions

Le raisonnement clinique à partir de la compétence autonome de l'infirmière se situe dans les domaines définis dans la compétence clinique du nouveau référentiel de formation[7] :

- **identification des signes et symptômes** liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
- **évaluation des risques** dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et détermination des mesures prioritaires ;
- **élaboration d'un diagnostic de situation clinique et/ou infirmier** à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identification des interventions infirmières nécessaires ;
- **identification des ressources et potentialités d'une personne ou d'un groupe,** notamment dans la prise en charge de sa santé.

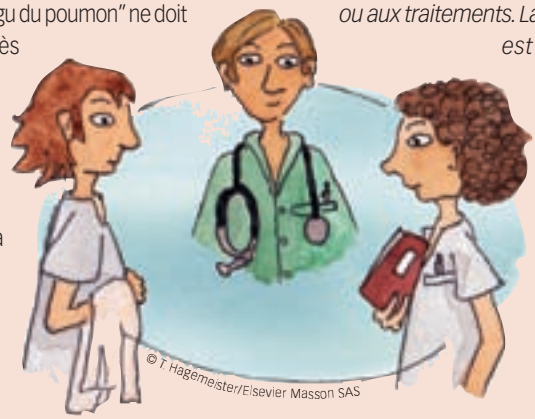
L'infirmière développera ces quatre habiletés en identifiant rapidement en début de formation les niveaux de jugement clinique qui engagent une responsabilité professionnelle[8].

La compétence autonome se définit à partir non de la tache prescrite, mais de l'activité réelle. Linda-Juall Carpenito détermine les PTC et les DI à partir de la prescription de soins, mais précise bien que l'infirmière prend des décisions indépendantes dans les deux cas.[6] En effet, une infirmière n'est jamais en situation d'exécutante car elle a de multiples décisions à prendre lors de l'analyse de la situation clinique du patient, avant la décision des soins ou pendant leur réalisation, pour ceux prescrits par le médecin et ceux qui relèvent de sa prescription. Selon Gilles Devers, *« l'infirmière développe l'approche clinicienne pour exercer un véritable diagnostic, agir seule quand elle le doit, solliciter les concours des autres professionnels quand il le faut »*[9].

Ne pas confondre problèmes traités en collaboration et diagnostics infirmiers

La compétence autonome engage l'infirmière dans des jugements cliniques précis fondés sur des connaissances scientifiques, relevant des sciences médicales, humaines ou cognitives. Par exemple, le diagnostic médical "œdème aigu du poumon" ne doit pas être renommé en DI "excès de volume liquidien" ; le symptôme "délire" ne doit pas être renommé en DI "altération des opérations de la pensée" ni la réaction "escarre" en "atteinte à l'intégrité de la peau", etc.

En effet, au-delà du langage, qui est différent de celui utilisé par les autres professionnels de santé et par les patients, la clinique est très imprécise et ne permet pas aux infirmières de poser des jugements cliniques pertinents : *« On ne peut pas appeler DI les jugements liés à l'observation des manifestations de la maladie ou aux traitements. La terminologie pathologique est parfaitement adaptée. Il serait ridicule de renommer une pathologie dans le cadre du DI, alors qu'elle ne peut être soignée que dans le cadre de protocoles médicaux. À l'évidence, toute l'activité d'une infirmière ne peut pas s'intégrer dans les DI. »*[10]


© T. Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Conclusion

Le DI n'est posé qu'après avoir décidé des interventions de soins pour traiter la réaction humaine et non lorsque le raisonnement clinique n'en est qu'au stade d'indices, de signes ou de symptômes.

Lors de l'apprentissage du raisonnement clinique par les étudiants infirmiers, les niveaux de jugement clinique autorisés dans la législation professionnelle sont enseignés dès la première année de formation, en situant précisément la compétence autonome dans les trois domaines cliniques. Les listes de diagnostics infirmiers sont proposées, mais avec une autorisation de créativité en fonction de la situation réelle du patient. En effet, des émotions comme la crainte ou l'inquiétude existent, mais ne sont pas référencées dans la liste, de même que le sentiment de culpabilité ou la capacité à gérer ses émotions, qui constituent des réactions humaines réelles que l'infirmière doit identifier.

L'écoute du patient est primordiale pour entendre la réaction humaine physique ou psychologique que ce dernier exprime. Si un lien de confiance est créé, le terme précis est exprimé et expliqué par le patient lui-même. L'infirmière agit alors avec compétence en développant surtout ses connaissances des principaux concepts : émotions, adaptation, résilience, attachement parents-enfants, estime de soi, etc.

NOTES

1. Carpenito LJ. Manuel de diagnostics infirmiers. 12e édition, Masson, 2009.

2. Carpenito LJ. Nursing diagnosis : Application to clinical practice. JB Lippincott, 1983.

3. Psiuk T. L'écriture du raisonnement clinique (1/2). *Soins* 2010 ; 746 : 61-2.

4. Psiuk T. La méthodologie du raisonnement clinique. *Soins* 2010 ; 743 : 57-8.

5. Psiuk T. La démarche clinique de la singularité à l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers* 2006 ; 84 : 16-28.

6. Carpenito LJ. Plans de soins et dossier infirmier. Deboeck Université, 1997 : 8.

7. Référentiel de compétences. Arrêté du 31 juillet 2009, relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II, paru au *Journal officiel* le 7 août 2009.

8. Psiuk T. Raisonnement clinique et personnalisation des soins. Traité du savoir infirmier. Elsevier Masson, 2009.

9. Devers G. Du rôle propre à la compétence autonome. *Objectifs soins* 2007 ; 158 : 12-4.

10. Gordon M. Diagnostic infirmier méthodes et applications. Medsi-McGraw-Hill, 1991 : 14.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

8/10 Les plans de soins types et les chemins cliniques


© Axel Graux

Les décisions d'actions pour la prise en charge complexe des patients sont issues de jugements cliniques pertinents, non seulement individuels mais surtout collectifs. Dans un contexte où les durées moyennes de séjour diminuent et où la pluridisciplinarité exige des outils de continuité des soins, les plans de soins types et les chemins cliniques sont des référentiels standardisés qui guident les consensus, la coordination des soins et l'intégration des jeunes professionnels.

Définitions

Les plans de soins types

Le plan de soins type (PST) constitue un référentiel de qualité pour orienter le raisonnement et le jugement clinique des professionnels de santé ainsi que la décision des interventions de soins. Il formalise le savoir sur les problèmes réels et les risques liés à une pathologie donnée *(tableau 1)* ou à une situation de dépendance pour un groupe homogène de patients (GHP). Il garantit une actualisation uniforme des connaissances du thème étudié pour l'ensemble des professionnels de santé.

L'enjeu est de permettre aux soignants de faire des liens entre savoir, savoir-faire et savoir-être afin de transférer toutes ces connaissances dans les soins de qualité.

Le PST doit être élaboré avant de construire les chemins cliniques.

Le chemin clinique

En 2004, la Haute Autorité de santé (HAS) a défini le chemin clinique comme une méthode qui vise la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant une même pathologie ou une même situation de dépendance[1].


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Cette méthode repose sur la description d'une prise en charge optimale à partir des règles de bonnes pratiques en faisant appel à l'analyse de processus. Elle permet de planifier les soins coordonnés sur la trajectoire du patient et d'assurer une prise en charge des patients au sein d'une équipe.

Tableau 1. **Plan de soins type d'un patient suivi pour un cancer de la thyroïde traité par thyroïdectomie totale**

Problèmes de santé	Données cliniques	Actions sur prescription médicale	Actions sur décision infirmière ou d'autres professionnels de santé	Résultats attendus	Argumentations scientifiques ou fondements théoriques
Risque de troubles de la déglutition	Immobilité des cordes vocales liée aux complications potentielles de la chirurgie	Planifier le passage du médecin ORL pour la laryngoscopie dès J1	Expliquer l'examen au patient. Obtenir l'aval du chirurgien pour la reprise alimentaire.	Le patient est rassuré. L'examen des cordes vocales est normal.	Différents facteurs peuvent en être la cause : • l'intubation elle-même ; • le ballonnet de la sonde d'intubation surgonflé ; • un œdème laryngé dû à la fois à la chirurgie et à l'intubation ; • une toux importante au réveil. La laryngoscopie est effectuée à J1 afin de dépister une paralysie récurrentielle et une abduction des cordes vocales (cordes vocales ouvertes et immobiles)

Source : Blondel M, Psiuk T. Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjour. Elsevier Masson, juin 2010 (extrait).

Du raisonnement clinique à la pratique infirmière

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. La méthodologie du raisonnement clinique (*Soins* ; 743 : 57-58)
3. La démarche clinique et la démarche de soins (*Soins* ; 744 : 59-60)
4. La relation d'aide dans la démarche clinique (*Soins* ; 745 : 49-50)
5. L'écriture du raisonnement clinique (1/2) (*Soins* ; 746 : 61-62)
6. L'écriture du raisonnement clinique (2/2) (*Soins* ; 747 : 41-42)
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers (*Soins* ; 748 : 49-50)
8. **Les plans de soins types et les chemins cliniques**
9. L'apprentissage du raisonnement clinique
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

Notes

1. Haute Autorité de santé (HAS). Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité. HAS, juin 2004.

2. C'est-à-dire lorsque l'évaluation clinique d'un malade met en évidence un risque élevé avec des facteurs renforçants personnels ou une complication réelle avec les signes précurseurs.

3. Psiuk T. La démarche clinique et la démarche de soins. *Soins* 2010 ; 744 : 59-60.

L'alternance de gestion entre plans de soins types, chemins cliniques et transmissions ciblées

Le chemin clinique n'est qu'une planification d'actions coordonnées sur la trajectoire d'un patient ; le lien entre interventions et problématique de santé est expliqué dans le PST. Ces deux outils sont complémentaires et peuvent être intégrés dans le dossier patient informatisé afin de formaliser :

- **la gestion prévisionnelle des soins ;**
- **la traçabilité des soins réalisés par chaque professionnel de santé ;**
- **l'écriture des problèmes réels et potentiels lorsque le patient est "hors chemin clinique"[2].**

Par exemple, lorsqu'un patient fait une fausse route lors de la reprise alimentaire à J1 *(tableau 2)*, l'infirmière, après avoir traité le problème, écrit une transmission ciblée pour expliquer la situation clinique. Elle peut se référer au PST pour orienter son évaluation clinique et choisir les interventions adaptées.

Lorsque les PST et les chemins cliniques sont opérationnels dans la pratique quotidienne, l'écriture professionnelle dans le dossier du patient est simplifiée. Les soins sont gérés sur le chemin clinique sans écriture en transmission ciblée quand le patient est "dans son chemin clinique", c'est-à-dire lorsque la gestion des risques liés à la pathologie et aux effets secondaires de traitement et celle des risques de réactions humaines physiques et psychologiques[3] sont pertinentes et efficaces. La dimension préventive des soins est alors prioritaire et bien coordonnée par l'équipe.

Lorsque le patient présente un risque élevé avec, par exemple, la présence de facteurs renforçants, l'écriture en transmission ciblée s'impose pour expliquer comment ce problème est géré avec efficacité par une équipe de professionnels.

Les PST et les chemins cliniques doivent comporter un certain nombre d'indicateurs de qualité lors de la construction :

- **les GHP choisis par les équipes intègrent des caractéristiques précises pour définir des groupes homogènes de séjours** (prise en charge d'un patient non fumeur âgé de 17 à 25 ans présentant un premier pneumothorax spontané nécessitant un drainage thoracique, par ex.) ;
- **les savoirs d'expériences sont confrontés aux savoirs scientifiques,** afin d'être consolidés et optimisés ;
- **les interactions dans l'équipe pluridisciplinaire sont planifiées** avec des argumentations, des contre-argumentations, des négociations et des choix collectifs ;


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

- **la validation des différentes parties du PST est faite par les experts** en tenant compte de la responsabilité professionnelle ;
- **la photographie des trois domaines cliniques (modèle trifocal) est anticipée** à partir du titre précis du GHP ;
- **l'analyse de la problématique de santé du GHP est précise** et témoigne d'une harmonisation des pratiques professionnelles ;
- **le chemin clinique résulte d'une analyse de processus** intégrant l'ensemble des interventions annoncées dans le PST.

Tableau 2. **Chemin clinique d'un patient suivi pour un cancer de la thyroïde et traité par thyroïdectomie totale**

Risque d'anxiété	Risque infectieux	Risque de douleur	Risque thrombo-embolique	Risque d'hypocalcémie	Risque hémorragique	Risque de fausse route	Risque de troubles de la voix
J1 à J… Date : …/…/…	J1 à J…	J1 à J…	J1 à J…	J1 à J…	J1 à J…	J1 à J…	J1 à J…
• Rassurer le patient • Reprendre le traitement personnel • Proposer le passage du psychologue si besoin • Relation d'aide	• Refaire le pansement sans produit iodé • Enlever les drains sans aspiration • Mise de la plaie à l'air par le chirurgien • Surveiller la température	• Surveiller l'EVA[1] 2 fois/jour • Surveiller la prise du traitement antalgique • Proposer des antalgiques effervescents • Proposer une position antalgique (oreillers)	• Réaliser le 1er lever • Poursuivre les injections d'HBPM[2] • Stimuler la marche • Contrôler le taux de plaquettes 2 fois/semaine	• Rassurer le patient • Réaliser BPC[3] et PTH[4] selon PM • Surveiller l'apparition de signe d'hypocalcémie • Demander au patient s'il a une sensation de fourmillement au niveau des extrémités	• Prendre les constantes/3 h • Surveiller les saignements au niveau de la plaie, des drains • Surveiller l'apparition d'un hématome compressif cervical	• Prévoir la laryngoscopie à J1 • Reprendre l'alimentation après l'accord du chirurgien • Prévoir une alimentation pâteuse	• Surveiller la modification de la voix • Rassurer le patient • Planifier le passage de l'orthophoniste

Source : Blondel M, Psiuk T. Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjour. Elsevier Masson, juin 2010 (extrait).
Notes : 1. Échelle visuelle analogique. 2. Héparine de bas poids moléculaire. 3. Biphényls polychlorés. 4. Parathyroid hormon.

Conclusion

Les PST et les chemins cliniques constituent des référentiels relatifs aux savoirs, aux savoir-faire et aux savoir-être adaptés aux GHP. Le double défi que les professionnels de santé doivent relever est d'assurer une alternance entre les soins standardisés et personnalisés, ce qui demande à la fois une écoute, une disponibilité, ainsi que des connaissances pointues en sciences médicales et en sciences humaines. Une gestion efficace de ces outils par une équipe motivée laisse un espace de communication avec chaque patient qui garantit une personnalisation des soins.

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH


© Axel Graux

9/10 L'apprentissage du raisonnement clinique

L'apprentissage du raisonnement clinique est aujourd'hui formalisé dans le nouveau référentiel de formation des infirmiers et les formateurs collaborent avec le personnel d'encadrement des stages pour accompagner les étudiants dans l'acquisition de la compétence clinique.

De l'implicite à l'explicite, l'apprentissage est incontournable

Évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe en utilisant un raisonnement clinique représente la 1re des dix compétences citées dans le référentiel de compétence infirmière[1]. Transverse, celle-ci est en relation directe avec les neuf autres.

Les deux unités d'enseignement de raisonnement et de démarche clinique infirmière sont prévues dès la 1re année de formation, afin de permettre aux étudiants d'acquérir les savoirs fondamentaux pour comprendre les situations cliniques des patients. Ces savoirs concernent à la fois les processus pathologiques, les concepts issus des sciences humaines (émotions, adaptation…) et des sciences cognitives (hypothèses interprétatives, par exemple). La mobilisation de ces savoirs est recommandée à partir des analyses de cas concrets, que ce soit dans les unités d'intégration des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi)[2] ou sur les terrains de stages à partir de l'explicitation des situations cliniques par les professionnels responsables de l'encadrement.

Les trois paliers de l'apprentissage

La performance liée au raisonnement clinique nécessite de se placer dans une dynamique d'"apprendre à apprendre". Le nouveau référentiel de formation est centré sur un apprentissage qui respecte trois paliers : comprendre, agir, transférer.

La formalisation des savoirs autour des situations professionnelles clés (*tableau 1*) devient un excellent outil d'apprentissage lorsque le formateur initie l'étudiant à mobiliser l'ensemble des savoirs à partir de situations cliniques singulières ; il favorise ainsi la transformation du savoir en connaissance et l'étudiant peut réutiliser ces derniers dans une autre situation singulière.


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Tableau 1. **Accueil d'une personne ayant subi un accident vasculaire cérébral (situation aiguë)**

Comprendre la situation et le résultat attendu	
Savoirs	**Savoir-faire permettant de mobiliser ces savoirs**
• Le cerveau : anatomie, physiologie et physiopathologie • Les signes d'un accident vasculaire cérébral (AVC), les mécanismes et les formes cliniques, les examens et les principes du traitement • Les risques liés à l'AVC et aux effets secondaires de traitement • L'urgence vitale • Les émotions, les sentiments…	• Décrire les signes et les symptômes • Repérer les indices et les signes précis • Identifier les priorités lors de l'accueil de la personne hospitalisée en urgence • Identifier les risques standards et les risques élevés • Évaluer le degré de gravité de la situation spécifique • Identifier les procédures d'urgence…
Agir et apprécier le résultat de son action	
Savoirs	**Savoir-faire permettant de mobiliser ces savoirs**
• Les composantes du lien de confiance en fonction de la situation clinique rencontrée • L'entretien clinique, méthode, technique, déontologie… • Les méthodes de communication avec une personne aphasique…	• Conduire un recueil de données cliniques adapté à la situation d'urgence • Conduire un entretien avec la famille ou les proches • Coordonner le recueil de données cliniques lors de l'accueil d'une personne atteinte d'un AVC…

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. La méthodologie du raisonnement clinique (*Soins* ; 743 : 57-58)
3. La démarche clinique et la démarche de soins (*Soins* ; 744 : 59-60)
4. La relation d'aide dans la démarche clinique (*Soins* ; 745 : 49-50)
5. L'écriture du raisonnement clinique (1/2) (*Soins* ; 746 : 61-62)
6. L'écriture du raisonnement clinique (2/2) (*Soins* ; 747 : 41-42)
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers (*Soins* ; 748 : 49-50)
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques (*Soins* ; 749 : 49-50)
9. **L'apprentissage du raisonnement clinique**
10. Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif

Les trois paliers de l'apprentissage (suite)

Tableau 1. **Accueil d'une personne ayant subi un accident vasculaire cérébral (situation aiguë) (suite)**

Conceptualiser et s'adapter à de nouvelles situations et remobiliser ses compétences	
Savoirs	**Savoir-faire permettant de mobiliser ces savoirs**
• Les synthèses d'entrée en fonction des contextes de soins • La démarche d'évaluation • La méthodologie de construction des plans de soins types et des chemins cliniques • La métacognition : questionnement, induction, déduction, créativité • La pratique réflexive • La démarche de problématisation et de résolution de problème…	• Rechercher et sélectionner les informations utiles lors de l'accueil d'un patient dans d'autres contextes d'urgence • Argumenter les choix de soins en cohérence avec la démarche clinique • Évaluer le lien entre démarche clinique et protocole de soins personnalisé • Rechercher les signes et les symptômes permettant de détecter des situations d'urgence • Faire conceptualiser le va-et-vient entre situation générale et particulière…

Source *: Groupe de production du nouveau référentiel de formation infirmière. Tableau des savoirs répertoriés dans les trois paliers d'apprentissage autour de situations professionnelles emblématiques (extrait), 2008.*

Les méthodes pédagogiques adaptées au développement du raisonnement clinique

La priorité de l'apprentissage du raisonnement clinique consiste à mobiliser les opérations mentales des étudiants à partir des situations cliniques réelles ou simulées :

- **intuitions perceptives ;**
- **réflexe de questionnement ;**
- **hypothèses avec induction et déduction ;**
- **créativité.**

L'infirmier doit apprendre à reconnaître son mode de raisonnement, ses forces et ses faiblesses de façon à apprendre à poser un jugement sur ses capacités et à proposer des axes d'amélioration. Ce processus s'appelle la métacognition[3] et le formateur ou l'encadrant la stimule en mettant en œuvre certaines méthodes pédagogiques :


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

- **les exercices de "bas" et de "haut" raisonnement clinique**[4], que l'étudiant apprend à différencier et grâce auxquels il développe sa capacité d'analyse critique constructive ;
- **l'accompagnement de la posture réflexive de l'étudiant**[5] **;**
- **la méthode des cascades convergentes et divergentes,** utilisée par les formateurs lors des présentations de cas concrets, dévoile progressivement la mobilisation des opérations mentales du raisonnement clinique *(tableau 2)*.

Tableau 2. **La méthode des cascades convergentes et divergentes**

Progression des données sur la situation clinique et réponses des étudiants	Posture du formateur
• M^me^ Dupont ressent des nausées depuis hier soir ; elle vous en parle lors de l'accompagnement à la toilette que vous réalisez au domicile.	Présenter les premières données de la situation et poser une question : quelles sont les hypothèses de problèmes relatives à ce symptôme ?
• Les étudiants proposent des hypothèses et les affinent en posant les questions contextuelles au formateur : – problèmes digestifs ? – effets secondaires de traitements ? – constipation ? – anxiété ? – … ?	Répondre aux questions sans donner les informations validant les hypothèses et demander aux étudiants de proposer le recueil de données cliniques pour valider les hypothèses.
• Les étudiants proposent les données à recueillir auprès de la personne soignée pour valider chaque hypothèse.	Vérifier les connaissances cliniques et donner les moyens de les rechercher si besoin. Le dernier bloc de données transmis par le formateur permet à l'étudiant d'infirmer et de confirmer les hypothèses.

Conclusion

L'apprentissage du raisonnement clinique se développe dans une alternance intégrative entre l'Ifsi et les terrains de stage avec une collaboration et une coordination entre formateurs et encadrants. Les situations cliniques rencontrées par les étudiants sont analysées et les savoirs, mobilisés et modélisés (théorie orientée vers l'action), pour être transférables dans d'autres situations cliniques.

NOTES

1. Référentiel de compétences. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, annexe II, paru au *JO*, 7 août 2009.

2. Coudray MA, Gay C. Le défi des compétences. Elsevier Masson, 2009 : 147.

3. Analyse de son propre fonctionnement intellectuel. Il faut être conscient de ses savoirs et savoir-faire, de sa compétence pour les réemployer dans un autre domaine.

4. Psiuk T. L'écriture du raisonnement clinique (1/2). *Soins* 2010 ; 746 : 61-2.

5. Belpaume C. Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers* 2009 ; 99 : 43-74.

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)

10/10 Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif


© Axel Graux

La prise en charge globale de la problématique de santé d'une personne requiert la participation de tous les professionnels de santé. Au-delà du respect des soins réalisés par chacun dans le cadre de sa réglementation professionnelle, c'est une véritable coordination entre les actions qui permet d'atteindre la qualité des soins. Cette coordination est la résultante d'un projet de soins collectif issu d'un partage des raisonnements cliniques individuels.

Une collaboration riche et féconde

Toutes les collaborations (infirmière/aide-soignante, médecin/infirmière, kinésithérapeute/infirmière, etc.) sont formalisées sous différentes formes dans l'exercice professionnel :

• **l'organisation par secteurs avec le binôme infirmière/aide-soignante,** contexte très favorable à la prise en charge globale et continue des problèmes de santé des patients. De plus, la présence du binôme pendant plusieurs jours dans le même secteur de travail favorise la continuité des raisonnements cliniques. Lorsque l'équipe change de secteur, la lecture des transmissions écrites avant de prendre en charge les soins d'un patient oriente l'observation du soignant et favorise ensuite l'écriture des données évolutives ;

• **les réunions cliniques regroupant l'ensemble des professionnels de santé concernés par les décisions consensuelles à prendre autour des problématiques de santé des différents patients.** La diminution de la durée des transmissions orales oblige souvent les soignants à sérier les informations transmises pour garder des temps d'échange en équipe autour de problèmes importants nécessitant l'avis et l'expression du ressenti de chacun. L'objectif est de parvenir à un consensus d'équipe sur les données personnalisées et l'adaptation des soins. Cette analyse de situation et ce consensus d'équipe doivent ensuite être écrits en transmissions ciblées avec un "haut" raisonnement clinique[1] ;

• **le dossier patient partagé,** qui regroupe l'ensemble des informations pertinentes résultant à la fois des raisonnements cliniques individuels, des synthèses interdisciplinaires ou de transfert, et des résumés de sortie. Suite à la lecture de la synthèse de transfert, par exemple, une équipe de soins qui accueille un patient assure une continuité des raisonnements cliniques et des soins avec rapidité et efficacité. L'enjeu aujourd'hui est de développer l'informatisation adéquate au dossier patient unique.


© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Ces différents temps de rencontre favorisent les échanges. Ces derniers ne peuvent être riches et pertinents qu'à condition de créer de véritables interactions, comme le précise Monique Formarier, directrice des soins : *« L'interdisciplinarité est avant tout basée sur l'interaction positive entre les disciplines pour les relier par des échanges de telle sorte qu'elles s'en trouvent enrichies et que des savoirs théoriques soient réorganisés, moins disjoints et compartimentés. Cette pratique intégratrice permet d'approcher certains problèmes complexes dans leur particularité »*[2].

DU RAISONNEMENT CLINIQUE À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

1. Le concept de raisonnement clinique (*Soins* ; 742 : 61-62)
2. La méthodologie du raisonnement clinique (*Soins* ; 743 : 57-58)
3. La démarche clinique et la démarche de soins (*Soins* ; 744 : 59-60)
4. La relation d'aide dans la démarche clinique (*Soins* ; 745 : 49-50)
5. L'écriture du raisonnement clinique (1/2) (*Soins* ; 746 : 61-62)
6. L'écriture du raisonnement clinique (2/2) (*Soins* ; 747 : 41-42)
7. Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers (*Soins* ; 748 : 49-50)
8. Les plans de soins types et les chemins cliniques (*Soins* ; 749 : 49-50)
9. L'apprentissage du raisonnement clinique (*Soins* ; 750 : 49-50)
10. **Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif**

NOTES

1. Psiuk T. L'écriture du raisonnement clinique 1/2. *Soins* 2010 ; 746 : 61-2.

2. Formarier M. La place de l'interdisciplinarité dans les soins. *Recherche en soins infirmiers* 2004 ; 79 : 13.

3. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du Code de la santé publique, article R 4311-2. Consultable sur www.legifrance.com.

EXEMPLES DE RAISONNEMENTS CLINIQUES COLLECTIFS

LA COLLABORATION INFIRMIÈRE/AIDE-SOIGNANTE

Patricia, infirmière en long séjour ayant suivi une formation sur le raisonnement clinique et la qualité des transmissions ciblées, a commencé les transmissions orales pour l'infirmière et l'aide-soignante de nuit. Elle a choisi de présenter la situation de Manuel, âgé de 70 ans, à qui vient d'être annoncée une amputation éventuelle : « *Il était très perturbé cet après-midi, a beaucoup pleuré et a exprimé sa colère ; je suis restée près de lui pour lui tenir la main et l'écouter. J'ai tenté de lui expliquer les raisons liées à l'amputation ; il était plus calme après l'entretien.* »

Avec l'aide-soignante de nuit, ayant suivi le même type de formation, elle témoigne de sa représentation théorique de cette situation : « *Lorsqu'une personne vit un événement avec un stress (ici l'annonce de l'amputation), elle réagit en fonction de ce qu'elle est (personnalité, passé, culture, etc.) et de sa perception au moment de l'annonce, et entre ensuite dans une stratégie d'ajustement, le* coping, *par l'expression d'émotions (ici les pleurs, la colère), une demande d'informations, une attitude de fuite, etc. Il faut quelques jours pour voir si la stratégie d'adaptation est efficace ou inefficace. Nous pouvons accompagner ce monsieur à chaque étape dans une relation d'aide adaptée.* »

Suite à cette interaction, les trois personnes décident de noter l'action collective dans les transmissions ciblées : accompagner la stratégie d'adaptation.



© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

LA COLLABORATION MÉDECIN/INFIRMIÈRE

Élisabeth, formatrice, explique aux étudiants infirmiers la continuité du raisonnement clinique entre le médecin et l'infirmière. Elle insiste sur la compétence autonome qui permet à chacun de se situer dans les niveaux de jugement clinique en accord avec la législation professionnelle et illustre ses propos avec le cas de Geneviève, suivie en centre médico-psychologique (CMP).

Une infirmière émet une hypothèse de syndrome dépressif devant les signes observés chez Geneviève : amaigrissement et tristesse. Son hypothèse l'a conduite à faire un recueil complémentaire de données cliniques sur l'appétit et le sommeil. Son écriture en transmission ciblée est très précise avec des données personnalisées sur la symptomatologie (perte d'appétit, troubles du sommeil, tristesse). Son niveau de jugement clinique est en cohérence avec le Code de la santé publique précisant que « *les soins infirmiers ont pour objet de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions*[3] ».

Le médecin du CMP, après lecture des transmissions écrites de l'infirmière, a rencontré la patiente puis complété la transmission de l'infirmière en précisant "symptomatologie évoquant une dépression" et en inscrivant sa prescription médicale.

Élisabeth demande alors aux étudiants d'anticiper la continuité du raisonnement clinique de l'infirmière et note la synthèse des réponses :

- **évaluer l'efficacité du traitement et inscrire les données évolutives relatives à la symptomatologie** de la dépression ;
- **anticiper les réactions humaines prévalentes** dans la dépression telles que le sentiment de solitude et d'isolement, l'incapacité à soigner son apparence, la perturbation de l'estime de soi, etc.

Elle complète les transmissions avec l'anticipation des capacités que le soignant peut également accompagner : capacité à gérer ses émotions, à prendre des décisions, etc.

CONCLUSION

Certains contextes sont davantage favorables au développement des raisonnements cliniques collectifs :

- **une organisation des soins par secteur avec le binôme infirmière/aide-soignante** ;
- **des mises au point régulières entre infirmière et aide-soignante** au cours du poste de travail permettant la clarification des raisonnements et les décisions de coordination des soins ;
- **des échanges permanents avec les médecins** sur l'analyse des problèmes ;
- **la lecture des transmissions ciblées** par les médecins et les autres professionnels de santé ;
- **un dossier du patient partagé,** accessible à tout moment, dans la salle de soins, à tous les professionnels prenant en charge le patient ;
- **des discussions interdisciplinaires** sur l'analyse de la situation des patients ;
- **une conception humaniste des soins** (selon le concept développé par Abraham Maslow, par exemple, avec un patient acteur).

Fiche réalisée en partenariat avec la MNH

L'AUTEUR

Thérèse Psiuk, anciennement directrice d'Ifsi, directrice pédagogique, Centre de formation, Lille (59)