

DE LA DEMARCHE DE SOINS INFIRMIERS AU PROJET DE SOINS CO-CONSTRUIT

Christiane MAHIEU COOPMAN

Depuis plus de 25 ans, la démarche de soins infirmiers est au centre de nos préoccupations.

En 1999 Rubenfeld et Scheffer¹ écrivaient :

« L'union du raisonnement et de l'action en soins infirmiers se traduit par la démarche de soins infirmiers. Elle est l'essence de la pratique infirmière». L'utilisation du terme « essence » fait référence à ce qui est intime à la nature des soins infirmiers. Au cœur de notre pratique le partenariat avec les personnes soignées est central. Le nom d'infirmière² en fait foi, il a pour racine « enfermier » et est composé du mot infirme, lui-même dérivé du mot latin in-firmus, « qui n'est pas ferme au moral comme au physique »³.

La démarche de soins infirmiers est centrée sur la réaction humaine ou la vulnérabilité à cette réaction, face aux problèmes de santé et aux processus de vie, d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Des interventions décidées et menées de manière systématique par un expert ne suffisent pas. Les interventions de soins infirmiers sont choisies en fonction de la situation particulière de chaque client et si possible avec lui. De l'expérience, des savoirs, des capacités cognitives sont indispensables pour effectuer ces choix. La description des dimensions de la démarche de soins infirmiers insiste sur les acquis à posséder pour pratiquer l'évaluation infirmière et le raisonnement clinique réflexif.

Déjà, les publications de Virginia Henderson posaient un regard holistique sur l'être humain. Les conceptions de soins infirmiers induisent les processus adoptés dans la pratique. L'approche anthropo-systémique développée par Pierre Fornerod⁴ prend distance par rapport à de nombreux modèles de soins infirmiers et insiste sur la notion de partenariat soignant-soigné et l'importance de l'environnement qui cadre la situation de soins

1.1. Le modèle de Virginia Henderson

Depuis la première édition de l'ouvrage de V. Henderson publié par le Conseil international des infirmières sous le titre de *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, l'étude des besoins fondamentaux de l'être humain a pris une place

¹ Rubenfeld, M.G., Scheffer B.K., *Raisonnement critique en soins infirmiers*: Guide d'apprentissage, De Boeck, 1999.

² Le mot « infirmière » est utilisé pour désigner les infirmiers et les infirmières.

³ Julaud, J.J., *le petit livre du français correct*, First, 2002, p.122

⁴ Fornerod P. (2005) *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle*. Repères conceptuels d'une pratique réflexive. Cahier n° 106 de la section des sciences de l'éducation de l'Université de Genève.

importante dans la formation des infirmières de nationalités et de langue différentes. Une quatrième édition date de 2003.⁵ La richesse de ses écrits montre que, même si elle reste mal comprise, son œuvre fait l'objet de nombreux enseignements. Elle a probablement été choisie par les infirmières pour sa conception des soins infirmiers relativement simple. Toutefois, il semble que celles-ci n'aient pas mesuré toutes les portées de l'adoption du modèle.

Le concept de « besoins fondamentaux de l'être humain » est central dans l'approche des soins infirmiers selon V. Henderson. Au départ, il est question des *besoins universels de l'être humain*, partagés par tous les êtres humains. L'auteur précise ensuite que chaque être humain est unique car les besoins sont particuliers à chaque individu. Marie-Françoise Collière précise que « Cette notion de besoin ne saurait être prise isolément et encore moins de façon stéréotypée. Elle ne prend tout son sens que par son caractère universel dont les manifestations sont à saisir pour chaque personne en fonction d'une culture et d'un environnement donnés.»⁶ . L'être humain, selon la conception holistique, est un tout. Les quatorze besoins fondamentaux forment un système au sein duquel ils sont en interaction. Chaque être humain est situé dans un espace-temps propre et les dimensions biophysiological, psychologique et socioculturelle de chacun des besoins individualisent la manière dont ils sont satisfaits.

Malheureusement, certaines interprétations du concept de « besoins fondamentaux de l'être humain » ont subi l'influence des courants de pensée propres au contexte historico-culturel de ces cinquante dernières années. Dans la littérature infirmière des pays de langue française, la vision du réel la plus ancrée est restée causale, mécaniste et statique. La conception des soins infirmiers qui est attachée à cette vision du réel est biomédicale. Les réactions du soigné sont analysées par rapport à un fonctionnement normal défini. Le professionnel cherche les déviations. A partir de ce point de vue causal, les infirmières ont envisagé les besoins fondamentaux de l'être humain et les ont interprétés par rapport à des normes. Après avoir identifié les manifestations de dépendance, elles ont tenté d'identifier des étiologies. Chaque besoin a été envisagé séparément.

Virginia Henderson a présenté une conception du rôle particulier de l'infirmière et situé les infirmières en tant que membres d'une équipe qui rassemble des professionnels de disciplines différentes. Elle a eu pour objectif de forger une nouvelle identité aux soins infirmiers. Selon elle, il importe que chaque professionnel

⁵ Henderson, V. (2003) *Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CII*, Conseil International des infirmières, Genève (Suisse), p. 17

⁶ Collière, M.F. (1994) *Retrouver la nature des soins infirmiers*, IN : Henderson V. tf, editor. La nature des soins infirmiers, Paris, Interéditions, p. 11-42, citée par Vonarx, N. *De Bronislaw Malinoswski à Virginia Henderson : révélation sur l'origine anthropologique d'un modèle de soins infirmiers*, consulté le 05.11.2010, http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/articles/2010_10/vonarx.pdf

assume un rôle essentiel « celui que, mieux que tout autre membre de l'équipe, il est apte à remplir »⁷. Même si des fonctions complémentaires s'y ajoutent, par exemple, celles qui soutiennent le travail des médecins, celles-ci ne peuvent mettre l'infirmière dans l'impossibilité de remplir son rôle particulier. Pour l'auteur, le rôle essentiel de l'infirmière repose sur l'interprétation des besoins universels et de « leur modification selon l'état particulier des personnes auxquelles elle prodigue des soins »⁸. Le modèle de V. Henderson relève d'une approche humaniste. Toutefois, l'auteur nous met en garde : l'infirmière « doit aussi admettre le fait que son habilité à évaluer les besoins d'autrui est toujours plus ou moins limitée car, même entre être intimement liés, la parfaite compréhension est rarement atteinte »⁹.

Pour jouer pleinement son rôle, l'infirmière doit prendre en compte ses relations avec le soigné. « La relation professionnelle entre les infirmières et leurs patients est nécessaire pour identifier ce que le patient est en mesure d'accomplir, ce qu'il sait et dans quelle mesure il est disposé à reprendre en charge les activités qu'il peut encore assumer »¹⁰ « *Si le malade ne comprend pas, n'accepte pas le programme préparé à son intention et avec son aide, il refuse d'y participer, et les efforts de l'équipe deviennent en grande partie inutiles* ». Ce rôle de l'infirmière est défini en quelques mots : « *Aider l'individu, malade ou en bonne santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou s'il possédait les connaissances voulues, et de remplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible* ». ¹¹

1.2. Une approche anthropo-systémique

Selon P. Fornerod, l'association de la méthode expérimentale et causale à l'approche existentielle constituent deux modes d'appréhension du monde qui sont antinomiques. ¹² Il propose une approche anthropo-systémique qui intègre le courant de pensée interactionniste. La place du soigné est celle d'un partenaire, son statut est celui d'auteur-acteur de la situation en général et de son projet de soins en particulier. L'infirmière et le soigné interagissent dans un contexte local singulier, qui influence leur fonctionnement. Ils participent à une activité de coopération qui vise la co-construction et/ou la co-production d'un projet de soins. Les infirmières ne sont

⁷ Henderson, V. (2003) *Idem*, p. 14

⁸ Henderson, V. (2003) *Idem*, p. 11

⁹ Henderson, V. (2003) *Ibidem*, p. 18

¹⁰ Henderson, V. (2003) Préface, Halloran E.J.

¹¹ Henderson, V. (2003) *Ibidem*, p. 11

¹² Fornerod P. (2005) *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle*. Repères conceptuels d'une pratique réflexive. Cahier n° 106 de la section des sciences de l'éducation de l'Université de Genève.

pas extérieures au projet de soins. Elles en sont les partenaires avec les personnes soignées.

La pensée de V. Henderson ne me semble pas inconciliable avec ce point de vue. Elle s'en trouve au contraire enrichie. Comme l'écrivait l'auteure, l'infirmière ne peut se positionner en experte face aux besoins particuliers de chaque être humain. Son rôle essentiel est un rôle d'accompagnement.

Guidées par la réflexion de P. Fornerod, je pense que le processus de co-construction d'un projet de soins est influencé par la personnalité de l'individu et de l'infirmière, mais pas uniquement. D'autres éléments sont à prendre en compte, comme les différents milieux socioculturels, le contexte local, l'espace-temps de la rencontre, qui inclut les cultures professionnelles et institutionnelles du soignant.

1.3. La démarche de soins infirmiers et le raisonnement clinique réflexif.

En 1990, à l'occasion d'une étude réalisée, au terme d'un séminaire pédagogique, auprès d'un groupe d'enseignants, j'ai décrit la démarche de soins en tant que concept plutôt qu'en termes d'étapes. Quatre dimensions en précisent les attributs ou constituants essentiels : les dimensions scientifique, intellectuelle, relationnelle, et technique.¹³

Attributs de la démarche de soins infirmiers

- * Dimension scientifique (cadre de perception qui permet soit d'interpréter une situation, soit de l'expliquer sur base de preuves)
- * Dimension intellectuelle (raisonnement, réflexivité, esprit critique, apprentissage, expérience)
- * Dimension relationnelle (relations entre les partenaires)
- * Dimension technique (organisationnelle et opératoire)

Par la suite, de nombreux travaux sont venus enrichir mes représentations à propos de la démarche de soins infirmiers. Parmi ceux-ci, celui de D. Pesut et J. Herman¹⁴ en 1999. Ils proposent le modèle Résultat/Etat présent/Test (en anglais O.P.T.). Celui-ci a été décrit en français dans le livre « Classification des interventions de

¹³ Mahieu C. Etude des représentations d'un groupe d'infirmier(e)s-enseignant(e)s à propos de la Démarche de soins infirmiers. L'impact de séminaires pédagogique. Mémoire Licence en politique de formation et psychopédagogie, 1990

¹⁴ Pesut, P., Herman, J. *Clinical reasoning*, The Art & Science of critical & creative thinking. Delmar Publishers, 1999

soins infirmiers » paru en 2010¹⁵. Sa particularité consiste en une structure de raisonnement clinique qui aboutit à un jugement clinique basé simultanément sur des diagnostics infirmiers, des résultats, des interventions. Ce modèle prône également le recadrage continu de la situation car chaque situation est contingente.

Depuis ces 10 dernières années, les concepts de réflexivité, d'esprit critique et d'analyse de pratique nous sont devenus familiers car ils ont fait l'objet de nombreuses recherches menées dans des disciplines diverses. Ils sont au service d'un développement professionnel continu et associés à la qualité et à la sécurité des soins.

L'AFEDI a assuré la traduction du livre *Diagnostics Infirmiers. Définitions et Classification*. La version 2015 -2017 de ce livre est disponible en librairie depuis janvier 2016. Dans la partie 2 de cet ouvrage, le deuxième chapitre mérite toute notre attention. Titré : « De l'évaluation au diagnostic » il défend la thèse suivante : si le raisonnement clinique n'est pas réalisé de manière adéquate les infirmiers et infirmières perdent le contrôle de la démarche de soins infirmiers. « L'évaluation infirmière est la première et la plus importante étape de la démarche de soins infirmiers »¹⁶.

La description de cette étape est faite de cette manière.

« Durant les étapes d'évaluation et de diagnostic de la démarche de soins infirmiers, les infirmières collectent des données à propos d'un patient (ou d'une famille/d'un groupe/ d'une collectivité), transforment ces données en indices, et les organisent ensuite à l'intérieur de catégories significatives de connaissances, aussi appelées diagnostics infirmiers. L'évaluation fournit aux infirmières la meilleure occasion d'établir une véritable relation thérapeutique avec le patient. Autrement dit, l'évaluation est, en même temps, une activité intellectuelle et interpersonnelle. »

Pour vous parler de la démarche de soins infirmiers, j'utiliserai comme métaphore le voilier. A l'image du voilier, la démarche de soins infirmiers est une embarcation capable de se déplacer, de naviguer, d'être dirigée, d'être conduite vers une visée propre aux soins infirmiers. Etre une embarcation, sous-entend avoir une taille limitée, constituée des savoirs à notre disposition au moment où nous mettons en œuvre ce processus. Comme le voilier qui est un bateau à voile propulsé par le vent, la démarche de soins infirmiers pour atteindre son but dépend des relations avec des partenaires du soin et des interventions mises en place.

¹⁵ Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., *Classification des interventions de soins infirmiers*. CISI/NIC, (Traduction française de la 5^{ème} édition américaine par l'AFEDI), Masson, 2010

¹⁶ Heather Herdman T. « De l'évaluation au diagnostic », NANDA-International (Traduction française par l'AFEDI. Sous la coordination de Marie-Thérèse Célis-Geradin), Elsevier Masson, 2016, p.31-51

Le cadre de perception qui permet de naviguer dans les situations de soins infirmiers repose sur les savoirs de la discipline infirmière, les valeurs de la profession, il est associé aux concepts « Soin » « Personne » « Santé » « Environnement » qui sont communs à tous les modèles de soins infirmiers et définissent le « méta paradigme infirmier ». Ce cadre de perception représente la coque de l'embarcation. Je l'ai associé à la dimension « scientifique » qui apporte des éléments pour interpréter les situations ou pour les expliquer.

1.4. Au sujet de la « dimension scientifique de la démarche de soins infirmiers »

Partons d'une situation particulière décrite dans le chapitre 2 du livre NANDA I. 2015-2017.

Madame K présente des difficultés respiratoires, une oxymétrie de 88%, elle mobilise les muscles accessoires, présente du tirage sus-claviculaire. Nos connaissances médicales nous permettent d'identifier chez cette dame les signes d'un problème respiratoire. Ces signes ne nous permettent pas d'établir un diagnostic spécifique aux soins infirmiers.

Chaque discipline des soins de santé apporte son corpus unique de connaissances pour soigner un client, une famille, une collectivité. En ce qui concerne les soins infirmiers, les connaissances essentielles de la profession qui sont liées aux problèmes respiratoires sont classées dans le *Domaine 4* : activité/repos ou dans le *Domaine 11* : sécurité/protection. De ce fait, pour faire face à la situation de Madame K., il nous faudra des données supplémentaires pour identifier les diagnostics infirmiers qui sont associés à la production, la conservation, l'utilisation ou l'équilibre des ressources énergétiques et aux mécanismes qui soutiennent l'activité ou le repos ainsi que ceux qui sont relatifs à la prévention des pertes ou à la protection de la sûreté et de la sécurité.

Les savoirs infirmiers sont constitués par le corpus unique de connaissances de la discipline infirmière, ils témoignent de la visée propre aux soins infirmiers. Ces savoirs sont en continuelle évolution. Ils sont classés et catégorisés à l'intérieur de domaines *et classes* de la taxonomie des diagnostics infirmiers NANDA-I. , de la taxonomie des interventions de soins infirmiers CISI et de la taxonomie des interventions des résultats de soins infirmiers CRESI.

Pour énoncer un jugement clinique infirmier, la seule classification NANDA-I ne suffit pas. Le choix de résultats et interventions dépend des liens qui existent dans cette situation avec les diagnostics infirmiers, mais aussi des compétences acquises par l'infirmière à mettre en œuvre ces interventions. Dans les livres qui concernent les interventions et les résultats, un chapitre répertorie ces liens.

Deux phrases de Friedrich Nietzsche viennent nous interpeller. « *La science ne descend pas aux ultimes abîmes de l'être* » et « *Les convictions sont les ennemis de la vérité, plus dangereuses que les mensonges* ». Avons-nous identifié nos préconceptions, nos certitudes ? Comment les interroger ? La dimension scientifique ne peut suffire. Les autres dimensions de la démarche de soins infirmiers s'avèrent indispensables.

Nous ne pouvons prétendre « connaître » entièrement les personnes que nous soignons. « L'autre humain » est une énigme. Une question se pose. Pouvons-nous appliquer un modèle scientifique à des phénomènes qui ne sont pas uniquement d'ordre naturel mais aussi psychologiques et culturels ?

1.5. Au sujet des dimensions relationnelle et technique de la démarche de soins infirmiers.

Les dimensions relationnelles et techniques de la démarche de soins infirmiers représentent les voiles de l'embarcation. Elles perçoivent, sont sensibles à chaque situation unique. Elles permettent de naviguer vers les visées des soins infirmiers et vers les résultats souhaités par les partenaires du soin. Ce processus est utile quand il ne s'agit pas de reproduire une procédure ou de mettre en œuvre des prescriptions médicales. Il permet à la démarche de soins infirmiers de s'adapter dans le cadre de situations non routinières. Notre autonomie professionnelle repose sur notre compétence à évaluer ces situations contextuelles, spécifiques, contingentes et à effectuer des choix en accord avec les fins des soins infirmiers.

La démarche de soins infirmiers se réalise dans le cadre de situations :

- *finalisées par une* orientation précise, un but infirmier
- *contextuelles* car insérées dans un certain nombre de circonstances, car cadrées par le temps, le lieu, les facteurs d'influence
- *spécifiques* en ce sens que des éléments permettent de distinguer chaque situation d'autres situations semblables
- *contingentes* car incertaines, occasionnelles et indéterminées, et qui ont un caractère non-établi, aléatoire, hypothétique.

Dans ces situations complexes, nous associons la démarche de soins infirmiers au concept de projet partagé de soins. L'infirmière ne met pas uniquement l'accent sur son savoir, ses compétences en omettant de consulter le client. Elle se considère comme un partenaire du client et des autres professionnels.

M. Cardoen ¹⁷ précise dans son mémoire, la notion de « projet » : « qu'il s'agit pour l'essentiel, d'initier, d'anticiper, de négocier, de planifier une action, dans une

¹⁷ Cardoen M. *La notion de « projet » : vers une articulation de la fonction infirmière, modèle conceptuel et démarche en soins infirmiers.*

Mémoire, U.C.L - FOPA

perspective d'autonomie des acteurs impliqués, et ce, pour l'atteinte d'un but ou d'objectifs précis. »

Le préalable indispensable au projet de soins est la compréhension des représentations et perceptions des soignés au sujet de la situation. Il est spécifique à la dimension relationnelle de la démarche de soins infirmiers. Les données subjectives expriment le point de vue du soigné, ses perceptions et pensées sur sa santé, son confort, ses relations. Les infirmières après les avoir comprises peuvent ajuster leurs réponses. Lorsque le soigné est incapable de fournir des données subjectives, des données récoltées auprès de l'entourage du patient peuvent confirmer les comportements observés chez les patients. Cela fait écho à la phrase suivante extraite de l'article « la relation de soin, concepts et finalités, écrit par Monique Formarier dans la revue de l'ARSI¹⁸.

« Chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est singulière ». Formarier reprend 7 types de relation :

- la relation de civilité
- la relation de soins
- la relation d'empathie
- la relation d'aide psychologique : le counseling
- la relation thérapeutique
- la relation éducative
- la relation de soutien social : du patient, des familles

Les relations de civilité, de soins et d'empathie sont des incontournables dans toutes les situations professionnelles. D'autres types de relations viennent les compléter en vue de faciliter et activer le projet de soins. Elles poursuivent des objectifs divers qui s'ajustent en réponse aux situations. « Ce qui prévaut dans cette approche, c'est la compréhension du comportement de la personne à partir de son propre point de vue afin de saisir ce qu'elle vit dans le moment présent et d'ajuster la réponse à la situation telle que perçue par le patient »

La dimension technique de la démarche de soins complète la dimension relationnelle. Elle fournit une trame sous forme de guide lors de l'entretien et de l'examen physique. Il s'agit d'une structure qui organise les données et les regroupe dans des catégories prédéterminées dans le but de faciliter les liens avec les diagnostics. Dans son livre *Assess Notes*¹⁹ (non traduit en français), M. Gordon précise que l'enchaînement des 11 modes fonctionnels n'est pas choisi au hasard. Cette évaluation cible d'abord la perception et la gestion de la santé, car il importe

¹⁸ Formarier M. « La relation de soin, concepts et finalités » *Recherche en soins infirmiers*, 2/2007 (N°89), p.33-42

¹⁹ Gordon M. *Assess Notes: Assessment and Diagnostic Reasoning (Davis's Notes)* 1st Edition, 2008.

d'identifier d'une part la raison pour laquelle le patient a sollicité des soins et d'autre part sa compréhension de la situation. Viennent ensuite les modes : nutrition et métabolisme, élimination, activités et exercices, sommeil, processus cognitifs et perceptifs. Les modes fonctionnels qui apparaissent en dernier lieu, sont ceux qui exigent qu'une relation de confiance soit établie. Il s'agit de : perception et conception de soi, rôles et relations, sexualité et reproduction, adaptation et tolérance au stress, valeurs et croyances. Des outils de ce type sont validés scientifiquement. Cependant, leur utilisation suppose du discernement afin que leur utilisation soit adaptée au contexte.

1.6. Au sujet de la dimension intellectuelle de la démarche de soins infirmiers.

Tel le mat du voilier qui permet de régler, établir, maintenir la voilure, la dimension intellectuelle rassemble les données récoltées et assure la direction de la démarche de soins infirmiers.

Comme le mat est fixé dans la coque, elle s'appuie sur la dimension scientifique et sur les nombreux éléments qui la constituent : les savoirs, les connaissances travaillées, les standards de soins, les modèles de références et les données probantes. Mais aussi sur la connaissance de la culture et du contexte de l'unité de soins où est exercée la démarche de soins infirmiers. Ainsi que sur les expériences antérieures et apparentées qui permettent des comparaisons avec la situation actuelle.

Le chapitre « De l'évaluation au diagnostic » du dernier livre NANDA-I.²⁰ montre l'importance de l'évaluation approfondie. Sans elle, les diagnostics infirmiers formulés ne seront pas pertinents. Elle s'appuie sur la recherche de données ciblées et sur une analyse des données qui permet de confirmer ou d'infirmer les premières hypothèses diagnostiques. Elle permet de décider des priorités en ce qui concerne les diagnostics infirmiers. (Figure 2.1 Etapes pour aller de l'évaluation au diagnostic p.32)

En lien avec la méthodologie de recueil de l'information, Jean-Marie De Ketele et Xavier Roegiers ont écrit ²¹ : « L'évaluation est le processus qui consiste à recueillir un ensemble d'informations pertinentes, valides et fiables, puis à examiner le degré d'adéquation entre cet ensemble d'informations et un ensemble de critères choisis adéquatement en vue de fonder la prise de décision. »

²⁰ Heather Herdman T. « *De l'évaluation au diagnostic* », NANDA-International (Traduction française par l'AFEDI. Sous la coordination de Marie-Thérèse Célis-Geradin), Elsevier Masson , 2016, p.31-51

²¹ De Ketele J-M. Roegiers,X., *Méthodologie du recueil d'informations: Fondements des méthodes d'observation, de questionnaire, d'interview et d'études de documents*, De Boeck, 4^{ème} édition, 2009.

Les exemples suivants témoignent des risques d'erreur et de manque de pertinence fréquemment rencontrés au cours de cette étape importante de la démarche de soins infirmiers.²²

Si l'infirmière voit un patient qui tient son bas ventre et fait une grimace, il (elle) peut soupçonner que le patient ressent une douleur aiguë. Cette hypothèse peut être formulée rapidement. Effectivement le patient peut ressentir une douleur aiguë. Mais sans une évaluation approfondie l'infirmière n'en sait pas assez pour en être sûre.

Ou, dès l'admission d'un patient en chirurgie, les infirmières complètent habituellement au programme de soins, un enseignement préopératoire. Il s'agit d'une intervention routinière efficace pour prévenir l'anxiété. Ce diagnostic infirmier est hypothétique. Il pourra être confirmé ou démenti lors de l'entretien et l'examen clinique qui précède cet enseignement. Comme l'anxiété est une expérience individuelle, seul le patient peut vraiment nous dire s'il se sent anxieux. Ce qui semble être de l'anxiété peut être de la peur ou des stratégies d'adaptation inefficaces. Seules des données supplémentaires peuvent décider des priorités et de la justification de mener des interventions.

Le raisonnement clinique réflexif.

En 1999, Pesut et Herman²³ ont écrit un livre dans lequel ils ont analysé les évolutions de la démarche de soins infirmiers depuis sa création. Ils proposent un modèle de raisonnement clinique et sur cette base décrivent une démarche de soins infirmiers de 3^{ème} génération, réflexive et simultanée.

L'histoire racontée par le client et des données cliniques disponibles servent d'assises au raisonnement clinique. L'évaluation se déroule également par approximations successives : du dépistage à l'approfondissement. La démarche d'évaluation approfondie permet l'élaboration d'ensembles qui structurent les données significatives.

Pesut et Herman développent un processus de raisonnement réflexif basé sur les écrits de Facione et Facione de 1996²⁴, lesquels s'appuient sur les publications de l'Association américaine des philosophes. En 1990, cette dernière a décrit l'esprit critique et a précisé les qualités de la personne qui possède cette capacité.

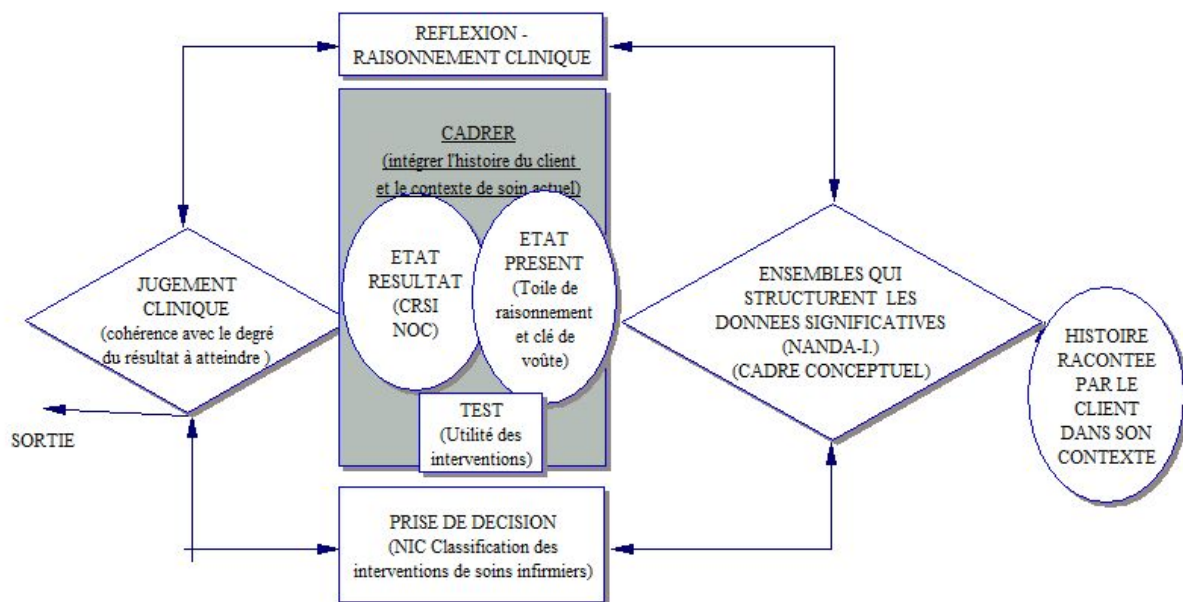
²²Heather Herdman T. « De l'évaluation au diagnostic », NANDA-International (Traduction française par l'AFEDI. Sous la coordination de Marie-Thérèse Célis-Geradin), Elsevier Masson, 2016, p.31-51

²³ Pesut, P., Herman, J. *Clinical reasoning*, The Art & Science of critical & creative thinking. Delmar Publishers, 1999

²⁴ Facione, N.C, Facione PA. *Externalizing the Critical Thinking in Knowledge development and Clinical Judgment*, Nursing Outlook, 1996, Volume 44, pages 129-136

« Nous entendons par esprit critique, le jugement réfléchi, autorégulé qui conduit à des interprétations, des analyses, des évaluations et des inférences, ainsi qu'à l'explication de considérations fondées sur des preuves, conceptuelles, méthodologiques, critériologiques ou replacées dans leur contexte, sur lesquelles ces jugements sont basés ». « Celui qui a l'esprit critique est habituellement curieux, bien informé, honnête au sujet de ses partis pris personnels, prudent dans les jugements, prêt à reconsidérer ses positions, clairvoyant à propos des problèmes, méthodique face aux questions complexes, raisonnable lors de la sélection des critères, centré sur l'enquête, obstiné dans la recherche de résultats aussi précis que le sujet et les circonstances de l'enquête le permet »²⁵

Grâce à cet esprit critique les ensembles qui structurent les données significatives devraient être exacts, pertinents, crédibles, impartiaux et sans parti pris.



Le modèle de raisonnement clinique « Résultat/Etat présent/Test » décrit les interactions entre le raisonnement clinique, l'élaboration d'ensembles (diagnostics infirmiers) qui structurent les données significatives, la prise de décision de mettre en place certaines interventions et le jugement clinique qui s'appuie sur la cohérence avec les résultats à atteindre. Ces processus intellectuels sont exercés à l'intérieur du cadre limité et actuel de la situation. Au sein de l'état présent, une toile de raisonnement clinique est produite. Elle établit des liens entre le diagnostic prioritaire à cet instant précis et d'autres diagnostics qu'il influence. Suite à la comparaison entre l'état présent et les résultats désirés, une intervention est testée.

²⁵ Traduction de C. Mahieu : *esprit critique, qualité de la personne qui possède cette qualité*

Prenons à nouveau un exemple du chapitre NANDA I. « De l'évaluation au diagnostic » pour illustrer le raisonnement clinique du modèle Résultat/Etat Présent/Test. ²⁶

Dans cet exemple, l'évaluation a lieu auprès d'une adolescente qui a un poids inférieur à l'indice de masse corporelle normal pour son groupe d'âge, ce qui a permis de nommer au terme de l'évaluation de dépistage l'hypothèse de départ : « alimentation déficiente ». D'autres hypothèses sont suggérées comme l'anxiété, l'image corporelle perturbée, la diminution situationnelle de l'estime de soi, l'excès de stress et les stratégies d'adaptation inefficaces.

Suite à l'évaluation approfondie certaines hypothèses sont éliminées. Comme l'anxiété, car la définition du diagnostic ne correspond pas du tout aux données subjectives fournies par l'adolescente, et cela même s'il y a présence de certains facteurs favorisants. D'autres hypothèses sont également éliminées, comme la diminution situationnelle de l'estime de soi, car la patiente exprime sa confiance dans sa capacité de discernement, sa capacité de réaliser ce qu'il a en tête et sa fierté à propos de sa force de caractère.

Les hypothèses conservées appartiennent à 3 domaines différents de la taxonomie.

La nutrition : alimentation déficiente

La perception de soi : image corporelle perturbée

L'adaptation, tolérance au stress : excès de stress et stratégies d'adaptation inefficaces.

Comme au cours de l'entretien approfondi, l'adolescente a signalé son désir d'améliorer ses connaissances à propos des techniques de gestion du stress, ainsi que d'apprendre à entrer en contact avec les autres pour augmenter son soutien social, l'infirmière a préféré choisir le diagnostic : Motivation à améliorer ses stratégies d'adaptation, vu qu'il est celui pour lequel l'adolescente manifeste des souhaits, un projet.

Ce diagnostic cadre la situation à ce moment précis. Il est la clé de voûte de la toile de raisonnement clinique de l'état présent, car les deux autres diagnostics « Alimentation déficiente » et « Image corporelle perturbée », qui sont influencés par les stratégies d'adaptation, évolueront positivement en parallèle des progrès réalisés.

Trois questions ont été posées lors du choix du diagnostic « clé de voûte » : *Motivation à améliorer ses stratégies d'adaptation*²⁷ dont la définition est : « un

²⁶ Heather Herdman T. « De l'évaluation au diagnostic », NANDA-International (Traduction française par l'AFEDI. Sous la coordination de Marie-Thérèse Célis-Geradin), Elsevier Masson , 2016, p.31-51

ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux visant à satisfaire les exigences permettant d'atteindre le bien-être, qui peut être renforcé. »

Quelles sont les réactions de ces bénéficiaires qui peuvent être améliorées par des soins infirmiers ?

Pour cette adolescente, le bien-être à atteindre concerne les domaines de l'alimentation et de la perception de soi. Mais ce sera grâce aux efforts cognitifs et comportementaux qu'elle pourra améliorer ses stratégies d'adaptation et améliorer son bien-être.

Comment exprimer des buts, des objectifs, des améliorations précises et mesurables ?

Le titre du résultat qui permet de mesurer ces améliorations se nomme *Stratégies d'adaptation*²⁸. Il est défini de la manière suivante : « Actions personnelles mises en œuvre pour gérer les facteurs de stress qui mettent à l'épreuve les ressources d'un individu ».

Des indicateurs de ce résultat devront retenir mon attention comme : « *modifie son style de vie pour diminuer le stress* », « *utilise son réseau de soutien social* », « *adopte des comportements afin de réduire le stress* », etc..

D'autres résultats ne sont pas pour l'instant sélectionnés comme : « Niveau de stress » et « Connaissances : gestion du stress » car dans cette situation ce ne sera ni le stress ni les connaissances que le premier test des interventions visera.

Quelles interventions et activités spécifiques peuvent provoquer ces améliorations ?

L'intervention qui me semble la plus utile dans l'immédiat est *Aide au changement souhaité par le patient*²⁹ dont voici la définition. « Soutenir un changement amorcé par le patient pour atteindre lui-même des buts importants ».

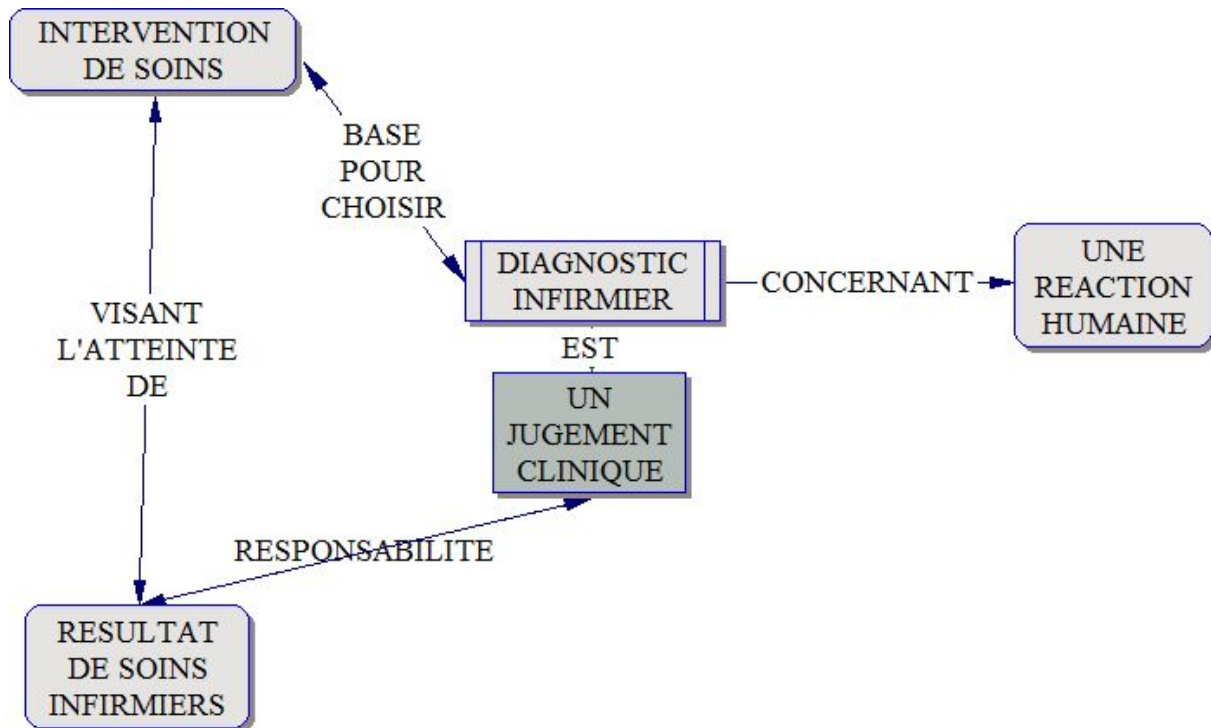
Le raisonnement clinique réflexif, selon Pesut et Herman produit un jugement clinique qui articule diagnostic infirmier, résultat et intervention et qui exprime la cohérence de la prise de décision de l'infirmière. « Le jugement clinique est l'utilisation efficace des connaissances grâce aux processus de pensée réflexifs, créatifs, simultanés et critiques mis en œuvre dans le but d'obtenir les résultats

²⁷ NANDA-International (Traduction française par l'AFEDI. Sous la coordination de Marie-Thérèse Célis-Geradin), Elsevier Masson, 2016, p. 331

²⁸ Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E., *Classification des resultants de soins infirmiers, CRSI/NOC*, Mesures des résultats de santé, 5^{ème} édition américaine, Traduit de l'anglais par l'AFEDI, sous la coordination de Celis-Geradin, M-T, Elsevier Masson, 2014, p.76.

²⁹ Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., *Classification des interventions de soins infirmiers. CISI/NIC*, (Traduction française de la 5^{ème} édition américaine par l'AFEDI), Masson, 2010, p.596.

désirés par le client » ³⁰. La pensée simultanée s'exerce pendant l'action, le processus réflexif permet un retour sur soi-même. Les pensées créative et critique créent du changement et permettent l'adaptation à chaque événement situé et unique.



Le jugement clinique se doit d'être continuellement ré évalué. Le TEST suite à la mise en œuvre de l'intervention choisie évalue son utilité. Il permet de poursuivre ou de réactualiser le jugement clinique en fonction de l'évolution dans le temps de l'état présent et de l'état désiré.

1.7. Conclusion

Actuellement nous disposons de différents référentiels de compétences de la profession infirmière. La démarche de soins infirmiers, le jugement clinique infirmier peuvent être associés à une ou plusieurs compétences reconnues des infirmières.

Au niveau européen, un référentiel concerne la libre circulation des infirmiers en soins généraux. Parmi les compétences, la première fait référence à l'action de diagnostiquer. Elle est formulée de la manière suivante :

³⁰ PESUT D.J., HERMAN J. *Clinical Reasoning. The Art & Science of Critical & Creative Thinking* Delmar Publishers 1999.

a) la compétence de diagnostiquer de façon indépendante les soins infirmiers requis, sur la base des connaissances théoriques et cliniques en usage, et de planifier, d'organiser et d'administrer les soins infirmiers aux patients, sur la base des connaissances et des aptitudes acquises conformément au paragraphe 6, points a), b) et c), afin d'améliorer la pratique professionnelle;

L'infirmier responsable de soins généraux doit fournir la garantie qu'il a acquis les *connaissances, aptitudes et compétences* suivantes:

(a) connaissance adéquate des sciences qui sont à la base des soins généraux, y compris une connaissance suffisante de l'organisme, des fonctions physiologiques et du comportement des personnes en bonne santé et des personnes malades, ainsi que des relations existant entre l'état de santé et l'environnement physique et social de l'être humain;

(b) connaissance adéquate de la nature et de l'éthique de la profession et des principes généraux concernant la santé et les soins;

(c) expérience clinique adéquate; celle-ci, qu'il convient de choisir pour sa valeur formatrice, doit être acquise sous le contrôle d'un personnel infirmier qualifié, et dans des lieux où l'importance du personnel qualifié et l'équipement sont appropriés aux soins infirmiers à dispenser au malade;

La Commission européenne dans le document, *Cadre européen des certifications pour l'Education tout au long de la vie*, précise l'importance des savoirs, aptitudes et compétences qui soutiennent l'autonomie de chacun des professionnels.

1. les connaissances et leur compréhension dans un domaine d'études (Savoirs)
2. l'application des connaissances pour résoudre des problèmes avec une approche professionnelle, la capacité à récolter et traiter des données significatives pour poser des jugements critiques, la capacité à communiquer leurs connaissances pour (non) spécialistes (Aptitudes)
3. la capacité à poursuivre sa formation avec haut degré d'autonomie (Compétences)

1.8. Conclusion

Au travers de cet communication, j'ai rappelé que la démarche de soins infirmiers unit réflexion et action et montré que le diagnostic infirmier nous amène à *formuler un jugement clinique infirmier qui unit diagnostic, résultat et intervention*.

Toute compétence s'exerce en situation et consiste en l'attribution sociale de cette qualité à un individu ou un collectif par son environnement.

Rappelons-nous que les infirmiers et les infirmières ne sont pas extérieurs à la démarche de soins infirmiers, car ils sont partenaires, avec les personnes soignées et d'autres acteurs, pour co-inventer et co-construire le projet de soins.

Gardons aussi en mémoire que toute connaissance est historique, relative et approximative. Le développement du processus de raisonnement réflexif infirmier s'effectue essentiellement en gérant des situations de plus en plus diversifiées et de plus en plus complexes, à l'aide de ressources de plus en plus spécialisées. L'acquisition d'expérience dans un secteur déterminé de soins et l'analyse de situation améliorent le jugement clinique. Ils renforcent les processus réflexifs, la recherche active de savoirs nouveaux.

L'exercice d'une pensée créative facilite la recherche de diverses possibilités, d'idées, d'hypothèses nouvelles.