

Modèle clinique tri-focal et diagnostics infirmiers sont-ils incompatibles ?

Marie-Pierre HOMERIN¹

« Nous n’enseignons plus les diagnostics infirmiers (DI), nous travaillons avec le modèle clinique tri-focal. » Ces propos, recueillis auprès de formateurs d’IFSI, laissent perplexes sur le contenu des savoirs disciplinaires transmis dans les Unités d’enseignement relatives aux sciences infirmières. Les DI sont-ils vraiment incompatibles avec le modèle tri-focal ? Cet article répond « non » à cette question en soulignant la richesse des différentes approches disciplinaires dans un travail interprofessionnel.

Mots-clés : Modèle clinique tri-focal, diagnostics infirmiers, raisonnement clinique, interprofessionnalité

Introduction

Cadre formateur en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) depuis 2004, je n’ai cessé de m’interroger sur la démarche pédagogique pour l’enseignement du raisonnement clinique aux étudiants infirmiers constatant que le sujet même de cette démarche mène souvent à la controverse. En effet, les différentes approches menées par les formateurs développent une polémique autour de laquelle il paraît important et nécessaire de s’arrêter. Cette polémique porte essentiellement sur l’enseignement et l’utilisation ou non des diagnostics infirmiers dans l’apprentissage de la démarche clinique.

Dans un premier temps, il semble indispensable de s’entendre sur le sens des mots employés. La première partie reviendra donc sur les définitions des termes utilisés et sur l’intérêt de ces concepts pour la pratique professionnelle infirmière. Ensuite, la compatibilité entre le modèle clinique tri-focal et les diagnostics infirmiers sera démontrée pour conclure sur l’indispensable nécessité pour les infirmiers de s’appuyer sur des outils existants, créés scientifiquement et spécifiques à la profession (à savoir les classifications infirmières) afin de consolider le cœur du métier et ainsi de contribuer au mieux à la prise en charge globale et pluriprofessionnelle des personnes soignées.

1. De quoi parlons-nous ?

a. Raisonnement clinique

Le référentiel 2009 de la formation infirmière en fait une unité d’enseignement (UE) à part entière, qui s’étale sur deux semestres : l’UE 3.1 « Raisonnement et démarche clinique infirmière », qu’il définit ainsi « démarche intellectuelle de l’étude des situations de santé et de soins vécues par les personnes ». (Arrêté du 31 juillet 2009, BO Santé, P. 311)

¹ Cadre Supérieur de Santé, Responsable pédagogique IFPS Ste Marie de Privas.

Marie.pierre.homerin@orange.fr 06 81 34 54 31

Le raisonnement clinique est défini comme « l'ensemble des processus de pensée et de prise de décisions qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé » (Higgs, Jones, 2008)

« La définition du raisonnement clinique peut se résumer à l'utilisation de la cognition et de stratégies cognitives pour analyser et interpréter des données dans une démarche systématique pour générer des hypothèses et des alternatives de solutions afin de résoudre un problème clinique.» (Côté, St-Cyr Tribble, 2012).

Quelle est la différence entre démarche de soins et démarche clinique ?

La **démarche clinique ou raisonnement clinique** est le processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne mais également de ses capacités pour y faire face. (PSIUK, 2010)

La **démarche de soins** est un processus d'adaptation du soin à la personne. Elle est la résultante d'une démarche clinique pertinente.

« *La démarche clinique est en lien avec le concept de problématisation et la démarche de soins est en lien avec le concept de résolution de problèmes.* » (Psiuk, 2012, p. 25)

Le référentiel de formation précise les éléments de la démarche clinique infirmière : signes et symptômes, risques, réactions humaines physiques et psychologiques, problèmes traités en collaboration, diagnostics infirmiers, suivi et évaluation, ... (BO Santé, p.311)

Intérêt du raisonnement clinique pour la pratique infirmière

Le raisonnement clinique va conditionner la pertinence dans la décision des interventions de soins et seule une démarche clinique performante oriente une décision de soins personnalisés. Il participe à l'élaboration du sens du soin.

b. Modèle tri-focal

Le modèle clinique tri focal est centré sur trois aspects :

- la pathologie,
- les complications potentielles liées à la pathologie et aux effets secondaires des thérapeutiques
- et les réactions humaines physiques et psychologiques.

Lors des interactions avec le malade, le professionnel de santé perçoit des indices, des signes et des symptômes qui, à partir de ses connaissances et du raisonnement hypothéticodéductif, prennent un sens soit avec la pathologie, soit avec des complications liées à la pathologie ou aux effets secondaires de traitement, soit avec une réaction humaine physique ou psychologique.

Notez qu'on retrouve dans ce modèle des éléments de contenu de la démarche clinique infirmière cités dans le référentiel de formation.

Intérêt de ce modèle pour la pratique infirmière

Dans une prise en charge globale de la personne, le soignant se préoccupe aussi bien de sa pathologie que de ses réactions à la pathologie et à son traitement. Ce modèle permet de rendre compte de l'ensemble du projet de soins et pas seulement des interventions dont l'infirmière est seule responsable. Il donne à voir les activités prescrites, celles en collaboration et les actions du rôle autonome de chaque professionnel.

c. Diagnostics Infirmiers

Le diagnostic infirmier est « l'énoncé d'un jugement clinique concernant une réaction humaine aux problèmes de santé, aux processus de vie, ou une vulnérabilité à cette réaction d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Un diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmier(e) a la responsabilité. » (NANDA-I) L'infirmier a la compétence d'identifier les difficultés que vit la personne face à sa maladie. De par sa formation, il a toute légitimité de choisir les soins infirmiers permettant à la personne de pallier et/ ou résoudre ces difficultés. Le diagnostic infirmier constitue ainsi le socle du rôle autonome de l'infirmier.

Les 235 diagnostics infirmiers validés pour la taxonomie 2015-2017 font partie des classifications infirmières avec les interventions et les résultats infirmiers. L'intitulé d'un diagnostic fait référence à une liste de termes choisis, ayant fait l'objet d'une élaboration rigoureuse et validée, par des professionnels experts en soins infirmiers (méthode de recherche : analyse conceptuelle, méthode de validation « Delphi » ...). Il s'appuie sur un ensemble de caractéristiques et de facteurs favorisant.

Ces classifications font l'objet de révisions régulières.

Intérêt des diagnostics infirmiers pour la pratique infirmière

Ce système de codification aboutit à la formalisation du langage professionnel et permet une description cohérente de la pratique infirmière. Il fournit un cadre de référence commun aux infirmières, facilite les transmissions orales et écrites et permet l'informatisation.

« Les classifications de soins infirmiers sont des cartes langagières de l'expérience des patients et des infirmières. Ainsi, elles sont des outils efficaces pour faciliter la communication de l'état du patient, l'action de l'infirmière et son résultat. » (Lina Rahal)

Norma Lang du Conseil international infirmier (citée par Deschênes et L'Espérance, 2009), affirme qu'« il est primordial de nommer ce que nous faisons, sinon comment pourrions-nous le contrôler, le financer, l'enseigner, l'étudier ou le voir inclus dans les politiques de santé ».

2. Diagnostics infirmiers et modèle clinique trifocal sont-ils compatibles ?

Le premier objectif de l'UE « Raisonement et démarche clinique infirmière » vise l'identification des problèmes réels et potentiels d'une personne ou d'un groupe de personnes dans une situation de santé ou de soins. (BO Santé, p. 311)

Cette UE participe aux ressources de la compétence 1 « Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier. » Or le domaine infirmier est très large et comprend un champ de clinique infirmière incluant une part d'autonomie mais aussi des zones d'interdépendance avec les autres professionnels de santé. Il est très important de souligner que l'autonomie professionnelle se développe dans une interdépendance.

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques (Code Santé Publique Art.R4311-1). 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, de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes, de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique ... et de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes (CSP Art.R4311-2). Dans le cadre de son rôle propre, ... l'infirmier identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, ...(CSP Art.R4311-3).

Il s'avère ainsi qu'établir un diagnostic dans le domaine infirmier est beaucoup plus que poser un diagnostic infirmier. Il s'agit de

- Reconnaître les signes et symptômes de la maladie/ou problème de santé
- Identifier les effets de la prescription médicale : efficacité et effets secondaires des examens et traitements
- Etre attentifs aux risques potentiels des méthodes d'investigation et interventions et en détecter les signes d'apparition.
- Evaluer le degré de dépendance et les facteurs de vulnérabilité des personnes soignées.
- Repérer les réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité à un problème de santé présent ou potentiel ou à un processus de vie (diagnostic infirmier)

Le raisonnement clinique va permettre de faire la part des choses entre les manifestations et symptômes de la pathologie, les risques et complications liés à la fois aux effets secondaires des traitements et à l'évolution de la maladie et enfin la façon dont la personne vit ce qui lui arrive. Grâce au raisonnement clinique, l'infirmier met en liens ses connaissances et les données collectées, il identifie l'ensemble des problèmes de santé de la personne et notamment le(s) problème(s) pour lequel il est spécifiquement compétent : la réaction de la personne à ce qui lui arrive et il propose un diagnostic pertinent de la situation, avec notamment un ou des diagnostic(s) infirmier(s).

La pose de diagnostics infirmiers n'est donc pas antinomique avec l'application du modèle trifocal.

L'argument des adversaires à l'utilisation des DI selon lequel cela va à l'encontre de l'interprofessionnalité n'est pas recevable dans la mesure où, comme le souligne le rapport de Stéphane Le Bouler (2018, p.5), « plus personne ne conteste qu'il faille revoir l'approche des

métiers en approfondissant à la fois les caractéristiques propres à chaque profession, (...), et les possibilités de transversalité et de coopération.

A l'instar de Véronique Haberey (2018), on peut affirmer que « *pour atteindre l'interprofessionnalité, il faut être prêt à dépasser sa seule profession pour entrer dans le domaine plus large d'une compétence partagée. Cela demande l'humilité de reconnaître que l'on ne sait pas tout et que l'on a besoin les uns des autres.* » Mais, « **connaître l'identité des autres professionnels suppose d'être au clair avec la sienne** » et donc d'identifier sa propre spécificité de soignant. Il convient de révéler la contribution spécifique de chacun, et notamment des infirmiers, dans la prise en charge globale du patient.

« *Il s'agit moins de vouloir convaincre l'autre de son point de vue que de réfléchir à la manière de les faire converger vers un univers de sens partagé.* » (Haberey, 2018)

Cette reconnaissance réciproque devrait permettre à chacun d'utiliser les outils propres à sa discipline. Ainsi par exemple, si l'on prend les réactions humaines en lien avec la capacité à se mobiliser, les rééducateurs tels que les kinésithérapeutes ou les ergothérapeutes agiront avec comme objectif principal la conservation des capacités motrices de la personne mais en ayant quand même posé un diagnostic de « capacité partielle à se mouvoir », ce qui revient au même que le diagnostic infirmier de « mobilité physique réduite ». Cependant, la spécificité infirmière sera, en plus de la conservation des capacités, qu'elle favorisera en faisant au maximum participer la personne, de pallier à cette « mobilité physique réduite ».

« *Tout au long de la démarche clinique, le soignant va poser un jugement clinique qui lui permettra de prendre des décisions en matière de soins adaptés à son statut professionnel.* » (Psiuk, 2012, pp. 21-22) Ainsi, le kinésithérapeute établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés (CSP, Article R4321-2) dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. L'infirmier, quant à lui, a la responsabilité et la compétence de cerner les ressources et les limites de la personne pour identifier comment elle vit ce qui lui arrive. Le diagnostic infirmier est le nom donné à un problème de santé, constaté par un infirmier, à partir de l'analyse de situation de la personne soignée dans le but de choisir les soins permettant l'accompagnement de la personne pour recouvrer un état de santé optimum.

Poser un diagnostic infirmier ne constitue donc pas une activité corporatiste mais bien un jugement clinique du point de vue de l'infirmier dans une perspective de convergence et d'articulation des expertises de chacun, au bénéfice de la prise en charge globale et pluriprofessionnelle du patient.

Conclusion

Le modèle clinique tri-focal se base sur le fait que « le raisonnement clinique s'exerce dans un domaine à trois dimensions » (Psiuk, 2012, p. 21) : la symptomatologie de la pathologie ou du handicap, les risques et les réactions humaines physiques ou psychologiques, dans lesquelles

sont comprises les capacités de la personne et de son entourage ainsi que ses émotions. La définition de cette troisième dimension est exactement celle des diagnostics infirmiers !

Même si les autres soignants de l'équipe pluriprofessionnelle ont toute légitimité à reconnaître les réactions humaines et à contribuer ensemble à la résolution des problèmes de santé de la personne, la spécificité infirmière est sa proximité avec le patient (grâce au partenariat avec les aides soignants notamment), cette relation soignant-soigné particulière, qui optimise la compréhension des liens entre les connaissances biomédicales, personnelles, sociales et environnementales.

Pour Fonteyn et Ritter (2008, cités par Chapados), le raisonnement clinique des infirmières peut être défini comme les processus cognitifs et les stratégies utilisées pour comprendre la signification des problèmes de santé des clients.

Selon Tanner (2006, citée par Chapados), les bons jugements cliniques dans les soins exigent non seulement la compréhension de la physiopathologie et des aspects diagnostiques de la maladie, mais aussi celle de l'expérience de la maladie tant pour le client que pour sa famille, de leurs forces physiques, sociales, émotionnelles, ainsi que de leurs ressources d'adaptation. Tanner nomme « construction narrative » (traduction libre de narrative thinking) cette composante du raisonnement clinique qui cherche à comprendre l'expérience de la maladie que vit le client, comment il l'explique et comment il fait face à la situation, en construisant un récit qui permet de se faire un portrait de cette personne.

La pensée infirmière autour du prendre soin s'est construite, souvent laborieusement. L'autonomie professionnelle a été gagnée pas à pas. Ne la détruisons pas !

Nous avons des outils spécifiques pour développer une pensée autonome et prendre notre place dans l'équipe de soins, utilisons-les, en interdépendance et en intelligence avec les autres professionnels, au service de la qualité des soins !

L'auteur n'a pas déclaré de conflit d'intérêts

Bibliographie

Blondel M. Psiuk T. Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjour, situations en cancérologie. Masson. 2010.

BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009

Chapados C. Audétat M-C. Laurin S. (2014) « Le raisonnement clinique de l'infirmière » Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/.../10-recherche.pdf>

Charrier J. (2015) « Le diagnostic infirmier, une clef d'accès à l'information ». repéré à <https://www.infirmiers.com/.../infirmieres/.../le-diagnostic-infirmier>

Côté S. St-Cyr Tribble D. Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. Recherche en soins infirmiers, 2012/4 (N° 111), p. 13-21. DOI : 10.3917/rsi.111.0013. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-4-page-13.htm>

Deschênes C. L'Espérance M. (2009) « Le langage infirmier au service du PTI » Présentation pour le colloque de l'AEESICQ de Juin 2009. Repéré à [www.infiressources.ca/.../Le langage infirmier au service du PTI Juin2009 AEES](http://www.infiressources.ca/.../Le_langage_infirmier_au_service_du_PTJ_Juin2009_AEES)

Haberey-Knuessi V. Chances et exigences de l'interdisciplinarité : enjeux communicationnels. Communication lors de la troisième journée d'échanges du Secteur Nord-France/Belgique de l'AFEDI (L'infirmière au centre des soins en réseaux, une place à prendre) Mars 2018.

Higgs J. Jones M.A. Clinical decision making and multiple problem spaces. *In* : Clinical Reasoning in the Health Professions (3e éd.) Higgs J. Jones M.A. Loftus S. et Christensen N. Butterworth-Heinemann-Elsevier. 2008

Le Boulter S. Rapport de la Mission Universitaire des formations paramédicales et de maïeutique. Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation. Février 2018.

Psiuk T. Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. Recherche en soins infirmiers. 2006, 84,(1), 16-28. doi:10.3917/rsi.084.0016.

Psiuk T. Du raisonnement clinique à la pratique infirmière. Soins. Février 2010 ; 12 : 1-20.

Psiuk, T. L'apprentissage du raisonnement clinique. De Boeck. 2012

Illustration (fichier joint)



<https://eoa.umontreal.ca/calendrier/construire-raisonnement-clinique-chez-lapprenant-3/>

Encadré (un avec les deux phrases ou deux avec chacun une phrase)

La pose de diagnostics infirmiers n'est pas antinomique avec l'application du modèle trifocal.
Poser un diagnostic infirmier ne constitue pas une activité corporatiste mais bien un jugement clinique du point de vue de l'infirmier dans une perspective de convergence et d'articulation des expertises de chacun, au bénéfice de la prise en charge globale et pluriprofessionnelle du patient.