

LE

RAISONNEMENT CLINIQUE

Le raisonnement clinique, processus complexe, représente la nature propre du métier d'infirmier puisqu'il est la source qui guidera les décisions et les actions entreprises par le professionnel.

Cette activité mentale est un processus intellectuel invisible de raisonnement hypothético-déductif, nécessitant un processus analytique et non analytique (pensée intuitive) et la prise de conscience la prise de conscience de ce processus cognitif (l'aspect métacognitif).

Faisons un retour sur l'histoire de la profession infirmière, déjà évoqué page 26 et 27, pour comprendre l'importance du raisonnement clinique dans le métier d'infirmier.

Les prémisses de la profession d'infirmière sont étroitement liées à la profession de médecin. Cependant Florence Nightingale (1860/1910), infirmière britannique, a été l'une des pionnières dans le concept de *nursing*, qui permet la définition des soins prodigués par des professionnels infirmiers et elle donne une définition plus moderne du concept de *nursing* : « *il est souvent pensé que la médecine est le processus curatif. [...] ; la médecine et la chirurgie ne font qu'enlever les obstructions [...] Seule la nature guérit. [...] Ce que le nursing fait dans chacun des cas, c'est de placer le patient dans les meilleures conditions pour que la nature agisse* (traduction libre) » (Pepin, 2019, p. 48). « *Le rôle du nursing et de placer le patient dans les meilleures conditions pour que la nature agisse sur lui* » (Pepin, 2019, p. 53).

Cette conception des soins infirmiers va évoluer sous l'influence d'une autre infirmière d'origine américaine, Virginia Henderson (1897/1996). Elle donne une définition du rôle infirmier « *elle définit le rôle infirmier dans son ouvrage la Nature des soins infirmiers, publié en 1966. [...] La fonction essentielle de l'infirmier (ière) est d'assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il avait assez de force, de volonté, ou de savoir.* » (Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011, p. 62).

Depuis 1978 (Loi n°78-615 du 31 mai 1978 relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière, 1978), un rôle infirmier autonome est reconnu légalement. Depuis 2009, le code de la santé publique au niveau de la section des actes professionnels, à bien définir les trois dimensions du rôle infirmier, le rôle sur prescription médicale (Articles R.4311-7, R.4311-8, R.4311-9,

R.4311-10, R.4311-14), le rôle sur collaboration (Article R.4311-4, R.4311-15) et le rôle propre (Articles R.4311-3, R.4311-5-1, R.4311-6).

Le rôle propre infirmier est donc délimité ainsi : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de vie et visant à compenser particulièrement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R.4311-5, R.4311-5-1 et R.4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs des soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.*

 » (Article R4311-3 du code de la santé publique, 2009).

L'infirmière a un rôle indépendant de la profession médicale tout en travaillant en synergie avec les autres professions de santé dans un but unique, le patient.

Ce rôle propre nécessite de la part du professionnel infirmier, un raisonnement clinique qui s'appuie sur le raisonnement hypothético-déductif qui relève de son champ de compétences propres.

2.1. Le processus cognitif

Le processus cognitif représente les opérations mentales que les sujets mettent en œuvre pour accomplir une tâche cognitive auxquelles ils seraient soumis. Plusieurs processus mentaux sont décrits en psychologie cognitive comme la perception, les sensations, les actions, la mémorisation et le rappel d'informations, la résolution de problèmes, le raisonnement (intuitif et déductif), la prise de décisions et le jugement...

« *Les sciences cognitives cherchent à déterminer :*

- *Comment un système naturel (humain ou animal) ou artificiel (robot) acquiert-il des informations sur le monde dans lequel il se trouve,*
- *comment ces informations sont-elles représentées et transformées en connaissances,*

- *comment ces connaissances sont-elles utilisées pour guider son attention et son comportement. »* (Lemaire, 1999, p.15).

Quelles informations sélections-nous ? Comment utilisons nous ces informations pour enrichir nos connaissances ? Comment les utilisons-nous par la suite ?

Dans l'étude des processus cognitifs, une grande partie des psychologues cognitivistes s'accordent sur les postulats suivants :

« - le système cognitif est un système de traitement de l'information actif et non passif. C'est-à-dire qu'il n'enregistre pas passivement les informations. Il manipule des symboles, les transforme en représentations mentales. C'est un système symbolique actif.

- *L'information est traitée par une suite de processus cognitifs (encodage, stockage, récupération) mis en œuvre par des systèmes plus ou moins spécifiques. Ces systèmes sont plus ou moins indépendants les uns des autres, et les processus sont mis en œuvre soit de manière séquentielle, soit de manière parallèle.*
- *Chaque processus cognitif prend du temps pour traiter l'information. L'analyse de temps nous renseigne sur l'existence et les caractéristiques de ces processus.*
- *L'objectif de la psychologie cognitive est de spécifier les représentations mentales et les processus opérant sur des représentations pour accomplir les tâches cognitives auxquelles sont soumises les sujets. »* (Lemaire, 1999, p.20)

En psychologie cognitive, deux modes parallèles de traitement de l'information sont identifiés : la pensée intuitive et la pensée analytique.

La pensée intuitive est la pensée « *qui surgit d'une émotion et d'une intuition, et qui est dépourvue d'une explication rationnelle. Les expériences vécues, les postulats culturels et les impulsions sont des précurseurs de la pensée intuitive.* » (Stassen et al., 2012, p. 314).

Quant à la pensée analytique, elle peut se définir comme une « *pensée qui découle de l'analyse, comme le classement systématique des avantages et des inconvénients, des risques et des conséquences, des disponibilités des faits. La pensée analytique repose sur la logique et la rationalité, elle fait appel à la pensée formelle.* » (Ibid.)

Le début de l'âge adulte est une étape importante dans le développement cognitif puisque ce développement va s'enrichir du raisonnement complexe et critique ainsi que de l'aptitude à relativiser. Au cours de l'âge adulte, les habiletés intellectuelles sont canalisées vers des préoccupations diverses (familiales, professionnelles, interpersonnelles).

2.2. Le processus métacognitif

La métacognition pourrait se définir comme « *la capacité d'analyser son processus de pensée : faculté qui permet d'examiner une tâche cognitive afin de déterminer le moyen de la réussir et d'évaluer aussi son propre rendement.* » (Stassen et al., 2012, p.224).

La métacognition joue un rôle important dans l'acquisition des connaissances. Elle se rapporte à la connaissance et au contrôle qu'a le sujet de lui-même et de ses stratégies cognitives.

La définition de la métacognition est difficile à établir.

La métacognition se compose de différentes dimensions : les stratégies métacognitives, les connaissances métacognitives, les expériences métacognitives (Houart, 2015).

Tout d'abord, les stratégies métacognitives qui permettent à l'individu d'anticiper, le planifier, de contrôler et de réguler la situation.

Puis, les connaissances métacognitives reposent sur la connaissance de soi et des autres face à une tâche à réaliser, de l'apprentissage et des stratégies à mettre en œuvre dans un but d'apprentissage.

Et enfin, les expériences métacognitives qui se rapportent aux sentiments et aux jugements en rapport avec la tâche et le résultat atteint.

Cette notion de métacognition reste récente, puisqu'elle date du début des années 1990 avec les travaux entre autres de John H. Flavell (psychologue américain spécialisé dans le développement cognitif des enfants) et fait suite aux travaux de Jean Piaget sur la période des opérations formelles (vers 11 à 12 ans). Au cours de cette période, les adolescents sont en capacité de faire abstraction « *Ils peuvent penser à la pensée (métacognition), spéculer et réfléchir aussi bien sur le possible que sur le concret. Ils sont en mesure de formuler des hypothèses et d'élaborer des stratégies pour vérifier de façon systématique, c'est ce qu'on appelle le raisonnement hypothético-déductif*

 » (Stassen et al., 2012).

Le fait de favoriser le développement de la métacognition dans l'enseignement permet à l'étudiant d'identifier ses processus cognitifs qui lui sont propres, mais aussi pour les enseignants de mettre en lumière les stratégies que l'étudiant utilise afin de les utiliser dans l'accompagnement du processus d'apprentissage.

« *La prise de conscience et la verbalisation de ses propres processus métacognitifs encouragent l'étudiant à mieux se connaître, facilitant ainsi le développement de la confiance en lui, faisant prendre conscience qu'il est l'acteur principal de son apprentissage, qu'il possède des*

connaissances et qu'il est capable de les mobiliser [...] le formateur en institut de formation en soins infirmiers joue le rôle de médiateur en entraînant les étudiants à améliorer leur efficacité cognitive, à comprendre ce qu'ils font quand ils travaillent, à stabiliser des procédures efficaces, à prendre le recul nécessaire à l'acquisition de connaissances transférables.»

(Testevide, 2012)

2.3. Le raisonnement cognitif

L'apprentissage consiste à construire de nouvelles connaissances par des mécanismes de compréhension et de raisonnement, à stocker ces connaissances en mémoire, à organiser celles-ci et à développer des automatismes.

Le raisonnement se définit par la « *faculté d'analyser le réel, de percevoir les relations entre les êtres, les rapports entre les objets, présents ou non, de comprendre les faits.* » (CNRTL)

L'adjectif cognitif se réfère aux moyens et mécanismes d'acquisition des connaissances ; il désigne la pensée, l'esprit, l'intelligence au sens général des connaissances et les opérations mentales d'un individu (Houde & Leroux, 2015).

Le développement cognitif avec le modèle de Jean Piaget, modèle linéaire et cumulatif, dit modèle de l'escalier, n'est pas aussi simple que cela, et l'imagerie médicale a permis de démontrer que les stades ne sont pas figés et que l'individu peut régresser et dans son modèle, le théoricien, notamment dans le dernier stade de l'adolescence à l'adulte, ne relate pas l'existence d'erreur de jugements, de biais cognitifs qui entre en ligne de compte dans le raisonnement hypothético-déductif.

Selon la théorie du développement de Jean Piaget, le développement de l'intelligence repose sur le principe d'adaptation biologique avec l'assimilation (processus par lequel un objet du milieu est directement perçu par l'organisation de l'individu) et l'accommodation (processus par lequel l'organisation de l'individu se modifie par l'ajustement à l'environnement). L'équilibre cognitif entre ces deux mécanismes repose sur l'adaptation, pour être intégrée toute nouvelle information nécessite à la fois de l'assimilation et de l'accommodation qui sont complémentaire et indissociable.

La théorie de Jean Piaget comporte quatre stades psychologiques pour expliquer la construction du système logique : nous avons le premier stade de l'intelligence sensori-motrice du bébé (0 à deux ans) qui se caractérise en sous-stades, décrivant la construction progressive d'une intelligence avant le langage qui permet d'objectiver des réussites dans ce que perçoit le bébé (sensori) et de ce qu'il agit (moteur) dans la situation. Puis le deuxième stade de Jean Piaget s'étend de deux ans à environ douze ans, stade où l'enfant passe de l'acte à la pensée représentative. Ce stade se décompose en deux périodes : la période préopératoire (de deux à six-sept ans) et la période opératoire concrète.

La période préopératoire se caractérise par le développement de la représentation symbolique et de la pensée intuitive. Selon Jean Piaget, cette notion se définit comme « *la capacité à se représenter intérieurement des évènements, des personnes ou des objets absents non perçus ou invisibles, à l'aide de symboles (images, mots ou actions). Peu à peu, cette nouvelle habileté se complexifie et l'enfant arrive à manipuler mentalement ces symboles. La représentation symbolique se manifeste dans le langage, l'imitation différée, le jeu symbolique et le dessin.* » (Stassen et al., 2012, p38-39). L'imitation différée permet à l'enfant de reproduire un évènement réel déjà vécu, en l'absence du modèle. Quant à la pensée intuitive, elle peut se définir comme « *la pensée qui surgit d'une perception ou d'une intuition, et qui est dépourvue d'une explication rationnelle. Les expériences vécues, les postulats culturels et les impulsions sont des précurseurs de la pensée intuitive.* » (Stassen et al., 2012, p.40).

La période opératoire concrète est la période de pensée logique c'est-à-dire la capacité à raisonner logiquement à propos des faits et des évènements, la capacité de penser de façon plus systématique, objective et scientifique. Durant cette période, les capacités de conversation et de classification entrent en jeu. « *La classification est le concept selon lequel les objets peuvent être réparties dans des catégories ou classes, selon des critères rigoureusement appliqués.* » Ibid . Au cours de cette période, « *les enfants développent l'aptitude à utiliser les catégories et sous catégories mentales de façon flexible, inductible et simultanée. Par contre, ces mêmes enfants sont habituellement incapables de parvenir à un raisonnement adéquat lorsqu'ils cessent de manipuler des objets et qu'ils doivent raisonner à partir de simples propositions verbales (Piaget).* » Ibid.

De l'adolescence au début de l'âge adulte (de onze-douze ans à vingt ans), c'est la période des opérations formelles. « *Selon Piaget, c'est la quatrième période du développement des structures cognitives, qu'il décrit comme la période des relations entre le réel et le possible. Elle se caractérise par la capacité à tirer des conclusions particulières à partir des hypothèses*

abstraites (raisonnement hypothético-déductif). » (Stassen et al., 2012, p.40). C'est au cours de cette période qu'ils sont en mesure de penser à la pensée (la métacognition), de spéculer et réfléchir sur le concret et les possibilités. Il est possible au cours de cette période de formuler des hypothèses et de vérifier celles-ci de façon systématique grâce au raisonnement hypothético-déductif.

La théorie des stades de Jean Piaget était linéaire et cumulative selon le « modèle de l'escalier » dans l'intelligence dite « logico-mathématique ».

Cette théorie de Jean Piaget est partiellement remise en cause, et cela pour deux raisons. La première, c'est que le modèle de Jean Piaget n'est pas le seul possible. « *Il existe déjà chez les bébés des capacités cognitives assez complexes, c'est-à-dire des connaissances physiques, mathématiques, logiques et psychologiques ignorées par Piaget et non réductibles à un fonctionnement strictement sensori-moteur (la première « marche de l'escalier »). D'autre part, la suite du développement de l'intelligence jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte compris (la dernière « marche ») est jalonnée d'erreurs, de biais perceptifs, de décalages inattendus, incluant des retours en arrière ou régressions non prédictes par la théorie piagetienne. Ainsi, plutôt que de suivre une ligne ou un plan qui mène sans accroc du sensori-moteur à l'abstrait (les stades de Piaget), l'intelligence avance de façon beaucoup plus biscornue et non linéaire.* » (Houde & Leroux, 2015, p.221).

Deuxièmement, le développement cognitif va au-delà de 20 ans avec une nouvelle période, la pensée postformelle (entre 20 et 40 ans). Bien que le cortex préfrontal (siège des fonctions cognitives) acquière une maturation vers l'âge de 20 ans, « *de nombreux chercheurs constatent une différence qualitative et quantitative dans le fonctionnement durant le parcours de vie adulte (Shaie et Willis, 2000). Un nouveau palier est atteint si les circonstances de la vie adulte s'y prêtent (Labouvie-Vief, 2006).* » (Stassen et al., 2012, p.319). Cette pensée postformelle combine un nouvel agencement des opérations formelles et de la subjectivité. La pensée postformelle se caractérise par « *une forme de pensée de l'âge adulte adaptée à la résolution de problème dans des contextes réels, qui intègre les aspects de la pensée analytique et d'une pensée intuitive. Comparativement à la pensée formelle, la pensée postformelle est moins abstraite, moins absolue, mieux adaptée aux nécessités de la réalité, plus contextualisée et plus dialectique (c'est-à-dire capable d'intégrer des éléments contradictoires en tout).* » Ibid

Il existe deux types de raisonnement : le raisonnement inductif et le raisonnement déductif.

Le raisonnement inductif est un « *raisonnement qui consiste à tirer une conclusion générale à partir d'une ou de plusieurs expériences précises ou de fait. Moins avancé, sur le plan cognitif, que le raisonnement déductif. Il est présent particulièrement entre 7 et 12 ans.* » (Stassen et al., 2012, p. 310).

Tandis que le raisonnement déductif est un « *raisonnement spécifique qui consiste à tirer une conclusion spécifique à partir d'idées générales.* » (Stassen et coll., 2012, p.311).

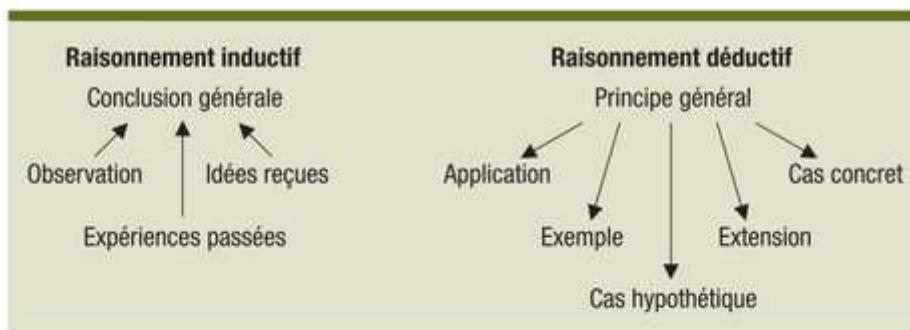


FIGURE 10.1 Ascendant ou descendant? Les enfants utilisent la pensée opératoire concrète et ont donc tendance à tirer des conclusions sur la base de leurs propres expériences et de ce qu'on leur a dit. C'est ce qu'on appelle le *raisonnement inductif*, ou *raisonnement ascendant*. Les adolescents capables de pensée opératoire formelle peuvent recourir à la déduction, selon une analyse descendante.

Image 1 : Raisonnement inductif et déductif (Stassen et al., 2012, p.311)

2.4. Le raisonnement clinique infirmier

L'exercice autonome de l'infirmière a pour axe central, l'élaboration de diagnostic infirmier qui est l'aboutissement d'une interprétation des données recueillies auprès du patient, c'est ce que l'on nomme le jugement clinique infirmier. Ces diagnostics infirmiers permettent un langage commun qui favorise le suivi du projet de soins du patient tout au long de sa prise en charge, en permettant de mettre du sens aux actions infirmières entreprises, de permettre une traçabilité et faciliter les transmissions, mais également de faciliter l'enseignement de la profession infirmière.

« *L'apprentissage du raisonnement clinique est devenu officiel dans le référentiel de formation des infirmiers. Il était certes déjà présent dans l'activité quotidienne d'une infirmière, mais*

également dans l'activité d'une aide-soignante et des autres professionnels de santé. En effet, comment imaginer le soin personnalisé sans réflexion préalable ? » (Psiuk, 2017).

Plusieurs auteurs ont défini le raisonnement clinique comme étant l'ensemble des « *stratégies et processus cognitifs que les infirmiers utilisent pour comprendre la signification des données de santé du patient, pour identifier et diagnostiquer les problèmes actuels ou potentiels du patient, pour prendre les décisions cliniques qui contribuent à la résolution des problèmes, et pour atteindre des résultats positifs pour le patient*

Il est difficile d'obtenir une définition consensuelle du raisonnement clinique au sein de la profession infirmière.

2.4.1. La définition du raisonnement clinique

Le raisonnement clinique est un processus utilisé par des professionnels de santé afin de résoudre des problèmes de santé et de mettre en œuvre des actions appropriées.

Lorsqu'il s'agit de trouver une définition de ce qu'est le raisonnement clinique, plusieurs termes apparaissent raisonnement diagnostic, prise de décision, résolution de problème, jugement clinique... Un article de recherche en soins infirmiers de 2012 a permis de faire un point sur ces différents termes (Coté & St-Cyr Tribble, 2012, p. 13-20). On retrouve tout d'abord le terme de raisonnement diagnostique qui correspond à un raisonnement dont le but est de révéler les troubles. On peut également retrouver le terme de prise de décision qui sera l'aboutissement du raisonnement clinique concret. Nous trouverons également le terme de résolution de problème qui se rapportera à l'action de trouver une solution. Nous aurons également le terme d'heuristiques en rapport avec les règles mentales qui assistent le raisonnement et qui s'acquièrent avec l'expérience. Un autre terme peut être associé, c'est le jugement clinique et il est défini comme « *la conclusion clinique provenant de la collecte des données issues de l'observation du patient grâce à l'utilisation des opérations mentales hypothético-déductives, dans le respect de l'autonomie professionnelle* » Thérèse Psiuk (2017). On retrouve également le terme de pensée critique qui est un processus de pensée cognitif et affectif incluant les habiletés et les attitudes indispensables pour le développement du raisonnement clinique.

Ce terme de raisonnement clinique a évolué en fonction des différentes publications des auteurs s'étalant sur une période de 1991 à 2017.

Margot Phaneuf, professeure de sciences infirmières au Canada et consultante internationale, livre une définition plus développée du jugement clinique « *Le jugement clinique est un cheminement indispensable vers la connaissance réfléchie de l'état et des besoins du malade. Autre élément à préciser, le jugement clinique n'est pas nécessairement lié à un langage ou à un autre, quel qu'il soit. C'est une conclusion que l'on tire à la suite d'un examen d'un ensemble de données, placées dans un contexte particulier que l'on peut très bien exprimer dans ses propres termes. Il est cependant fort commode de relier cette interprétation à un langage connu et largement compris dans les différents milieux. Il existe, il est vrai plusieurs taxonomies en soins infirmiers, mais ce sont des classifications, et le jugement clinique dans son essence n'est le synonyme d'aucunes d'entre-elles. Le diagnostic infirmier développé par l'ANADI est peut-être le plus connu de ces taxonomies et le plus utilisé dans le monde. C'est un langage logique qui permet de bien articuler les interventions infirmières sur les difficultés du malade. Il couvre de plus les divers plans physique, psychologique, social et spirituel rencontrés en soins infirmiers. Mais que ce soit le langage de l'ANADI ou qu'on utilise un autre pour en exprimer le résultat, le jugement clinique exprimé en termes codifiés, mais compréhensible par tous demeure un moyen de visibilité et de crédibilité professionnelle importante.* » (Phaneuf, 2008).

En France, Thérèse Psiuk, une référente sur la thématique du raisonnement clinique partagé, donne quant à elle la définition suivante : « *Le raisonnement clinique est défini comme « une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et les symptômes recueillis permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réaction humaine physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable* » Psiuk, 2002, p.91 » (Psiuk, 2017, p. 47).

Des caractéristiques ont été assignées au raisonnement clinique « *On peut constater à la lueur de la révision de ces définitions que les points communs de celles-ci sont : processus cognitif, stratégies cognitives, collecte des données, analyse des données, compréhension d'un problème, jugement, générer des alternatives, qualités de soins. À partir de ces écrits, on peut identifier les attributs du raisonnement clinique, son essence : l'utilisation de la cognition, l'utilisation de stratégies cognitives (heuristiques, métacognition, inférences), une démarche systématique d'analyse et d'interprétation des données, la génération d'hypothèses, la génération d'alternatives.* » (Coté & St-Cyr Tribble, 2012, p.16)

2.4.2. Le raisonnement clinique infirmier dans la formation

Selon le référentiel de la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession infirmier, les deux premières compétences professionnelles sont au cœur du métier infirmier et elles sont enseignées au cours des trois premiers semestres de la formation.

La première compétence « Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier » est déclinée dans des critères plus détaillés :

1. Évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique. Comme indicateur de ce critère nous pouvons évaluer si les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins des personnes.
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...). Comme indicateur de ce critère nous pouvons évaluer si des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée et si la sélection est pertinente.
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution. Comme indicateur de ce critère nous pouvons évaluer par exemple si les informations sélectionnées sont priorisées et si les informations utilisées sont mises à jour et fiables.
4. Conduire un entretien de recueil de données. Comme indicateur de ce critère nous pouvons évaluer si tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe.
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe notamment dans la prise en charge de sa santé. Comme indicateur de ce critère nous pouvons évaluer par exemple dans l'analyse de la situation de santé si elle a été menée de manière multidimensionnelle.
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives. Comme un des indicateurs de ce critère, nous pouvons évaluer si le diagnostic de

situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis.

7. Élaborer un diagnostic de situation clinique et/ou 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. Comme un des indicateurs de ce critère, nous pouvons évaluer le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations qui sont explicités.
8. Évaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires. Comme indicateur de ce critère d'évaluation nous pouvons évaluer si les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés.

Trois critères permettent de dire si la compétence est maîtrisée. Tout d'abord la pertinence des informations qui sont recherchées au regard d'une situation donnée. Puis, la cohérence des informations qui sont recueillies et qui sont sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe. Et enfin, la pertinence du diagnostic de situation clinique qui sera posé.

La deuxième compétence « Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers » est détaillée aussi selon les critères suivants :

1. Élaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité. Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer par exemple la répartition des tâches qui sera explicitée de manière cohérente.
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations. Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer par exemple si les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans différentes situations sont explicites.
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité, de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité. Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer par exemple si les contrôles de conformités (réalisation, identification de la personne,...) sont effectivement mis en œuvre.
4. Adapter les soins et les protocoles de soins aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec

efficacité en prenant des mesures adaptées. Comme indicateur de ce critère qui peut être évaluer, par exemple, si la réalisation des soins et l'application des protocoles sont adaptées à la situation et au contexte.

5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte de soins. Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer, par exemple, si les actions proposées sont en adéquation avec le contexte et les ressources.
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins. Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer, par exemple, la recherche du consentement du patient et l'intégration des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte.
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées. Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer par exemple si les réajustements nécessaires sont argumentés.
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants. Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer par exemple, les mesures d'urgence mise en œuvre dans différentes situations d'urgence sont explicitées.
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmissions, staff professionnel...). Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer par exemple, par le choix et les priorités qui seront explicités et justifiés.
10. Évaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires. Comme indicateur de ce critère, nous pouvons évaluer par exemple, si les objectifs des soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou son entourage.

Cinq critères ont été identifiés pour permettre de dire que la compétence est maîtrisée. Le premier critère est la pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers. Le deuxième critère repose sur la justesse dans la recherche de la participation et du consentement du patient dans le projet de soins. Le troisième critère est la pertinence et la cohérence dans les modalités pour la réalisation du soin. Le quatrième critère s'appuie sur la pertinence des réactions en situation d'urgence. Et enfin, le cinquième critère se base sur la rigueur et la cohérence dans l'organisation et la répartition des soins.

À la lecture de ces critères de compétence, l'apprentissage de la démarche clinique par raisonnement hypothético-déductif s'intègre donc à ces deux premières compétences dont les unités d'enseignement associées se déroulent au cours des trois premiers semestres de la formation.

2.5. En synthèse

Le processus de raisonnement clinique est un processus complexe où plusieurs actions de raisonnement sont menés simultanément.

Dans la pratique infirmière, le jugement clinique doit permettre au professionnel de santé d'intervenir dans son champ de compétence ou faire intervenir d'autres professionnels si cela ne relève pas de sa compétence. Ce jugement clinique est la finalité du raisonnement clinique infirmier. Ce processus de raisonnement clinique, selon les différents travaux de théorisation sur la thématique, s'enclenche dès le recueil de données subjectives (entretien avec le patient ou son entourage) ainsi que le recueil de données objectives (actes et activités infirmières). Le processus se poursuit par l'analyse des données en utilisant ses connaissances, son expérience dans le but d'élaborer des hypothèses. Ces hypothèses seront ensuite validées ou invalidées à la suite d'un raisonnement hypothético-déductif. Cette démarche diagnostique est ensuite poursuivie d'une méthode de résolution de problème correspondant à l'adaptation des soins de la personne soignée.

L'alternance intégrative du référentiel de formation permet d'initier le processus de développement de la compétence dans le raisonnement clinique infirmier à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et de le mettre en pratique au cours des différents stages cliniques. Le tutorat des étudiants infirmiers, par des infirmiers experts, permet à ceux-ci de comprendre et de pratiquer ce raisonnement clinique. Or ces professionnels experts n'explicitent pas à haute voix leur raisonnement, invisible, ce qui ne facilite pas cette compréhension et l'assimilation de ce raisonnement clinique. Il manquerait peut-être un liant entre la formation théorique et la formation clinique. Ce liant manquant pourrait être compensé par le renforcement de la simulation comme méthode pédagogique dans les centres de formation selon la réglementation de l'article 5 de l'arrêté du 26 septembre 2014 (Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier).