

EL BOUAYADI Aicha

Promotion 2019-2022



Le raisonnement clinique :
L'essence de la pratique infirmière

Unité d'enseignement 5.6 S.6

Date de rendu : 23 mai 2022

Directeur de mémoire : Marie DELAHAIE



Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de ce travail personnel a pu être atteint à l'aide de nombreuses personnes que je tiens à remercier.

À Mme Delahaie Marie, cadre de santé formatrice, directrice de ce mémoire, que je tiens à remercier pour sa disponibilité et son accompagnement dans la rédaction de ce travail. Elle a su me guider tout au long de sa conception et m'a aidé à trouver le concept qui a tout son sens à mon égard.

Merci à Mme Moreno, cadre de santé à l'hôpital de Carpentras, qui a toujours cru en moi.

À mon groupe de TD, Hayat, Nacim et Julie qui ont été des amis, une ressource, et un soutien tout au long de cette aventure. À Alex, qui a toujours les mots qui faut avec un grand cœur... à nos moments de rédaction des fiches de révisions. À Marie, qui a toujours le sourire et une main tendue, merci pour ton soutien surtout en informatique.

Merci à ma maman, à celle qui a fait de moi la femme que je suis devenue. Merci à ma maman de cœur, Khémi, qui est un exemple à mes yeux. À mes sœurs, pour leur soutien infaillible.

À mes amies, Esme, Julie, Ludivine, Anaïs, Choumi, Drifa, Christine et Pauline qui ont supportées mes doutes, mes larmes, mes joies, mes peines. Vous avez toujours eu les mots adéquats et vous avez été présentes à toutes les épreuves vécues durant ces trois ans.

Merci à ma chère Sabrina, pour sa patience, ses conseils et ses corrections. Tu m'as accompagné lorsque j'étais aide-soignante et tu as toujours cru en moi.

Un merci particulier à ma petite cousine, Manal, pour ses talents artistiques.

Mais surtout à mon fils, qui a vu sa maman s'éloigner de nombreuses fois pour se concentrer et réussir. Tu as été mon soutien et tu es la raison pour laquelle j'avance au quotidien. Je suis fière de voir le grand garçon que tu es devenu tout au long de ces trois ans.

Pour finir, il est inévitable de remercier les personnes qui ont pris le temps de répondre à mes questions et ont permis d'enrichir ce travail par leurs expériences et leurs connaissances.

Merci

« Prendre soin est un art, l'art du thérapeute qui réussit à combiner les éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière. »

Walter Hesbeen

Tables des matières

1	Introduction	1
2	Situation d'appel.....	1
2.1	Description de la situation	1
2.2	Questionnement	3
3	Question de départ.....	5
4	Cadre de référence.....	6
4.1	Cadre législatif.....	6
4.2	Historique	7
4.3	Raisonnement clinique	8
4.3.1	<i>Définitions</i>	<i>8</i>
4.3.2	<i>Les outils du raisonnement clinique infirmier</i>	<i>14</i>
4.4	Relation soignant/soigné.....	17
4.5	Qualité de soin	22
5	Méthode exploratoire	25
5.1	Outil utilisé	25
5.2	Population choisie.....	25
5.3	Lieux d'investigation.....	26
5.4	Guide de l'outil.....	26
5.5	Grille d'analyse.....	27
5.6	Analyse critique des difficultés et limites rencontrées	27
6	Analyse.....	28
6.1	Résumé des entretiens	28
6.1.1	<i>Entretien de Fleur.....</i>	<i>28</i>
6.1.2	<i>Entretien de Coquelicot</i>	<i>29</i>
6.1.3	<i>Entretien de Lys</i>	<i>29</i>
6.1.4	<i>Entretien de Lilas.....</i>	<i>30</i>
6.1.5	<i>Entretien de Rose.....</i>	<i>31</i>
6.1.6	<i>Entretien de Jasmine</i>	<i>32</i>

6.2	Analyse thématique	33
6.2.1	<i>La posture réflexive</i>	33
6.2.2	<i>Le travail en collaboration et pluridisciplinaire</i>	38
6.2.3	<i>La relation soignant-soigné et la relation triangulaire</i>	39
6.2.4	<i>L'autonomie de l'infirmière</i>	41
7	Problématique	43
8	Question de recherche	46
9	Conclusion	47
10	Bibliographie	49
11	Table des Annexes	51

1 Introduction

Le raisonnement clinique... Ce concept au centre de la pratique soignante infirmière, est mobilisé en permanence toutefois, il reste complexe et souvent méconnu sous cette appellation.

Tout au long de mon parcours professionnel, j'ai toujours accordé une importance à la réflexion personnelle et à l'esprit critique. J'ai compris, il y a peu, que c'est l'une des motivations qui m'a poussée à intégrer la formation infirmière. Il me semble nécessaire de mettre du sens aux soins et non pas de réaliser des actes, cela permet de rendre un soin singulier et de ce fait, adapté aux besoins du patient. Durant la formation, nous avons reçu un enseignement riche qui nous a permis d'élargir et d'enrichir nos connaissances dans le but d'être mobilisées lors de notre pratique professionnelle.

Pour mener mon travail autour de l'impact du raisonnement clinique ainsi que l'importance de sa mobilisation dans la qualité de la prise en soin globale du patient, il me semble indispensable d'évoquer, dans un premier temps, les textes qui régissent notre profession et définissent le champ de nos compétences ainsi que les événements historiques et sociaux qui ont permis son évolution. Dans un second temps, je mettrai en lien les lectures qui m'ont permises de mener ma réflexion autour des trois mots-clés issus de ma question de départ. Enfin, j'exposerai dans l'enquête exploratoire les outils que je pense mobiliser afin de mener ma réflexion sur le terrain. Cette enquête viendra compléter mes lectures dans le but d'observer les méthodes utilisées par les professionnels, mais aussi de distinguer de quelles manières font-ils recours au raisonnement clinique infirmier afin d'assurer une qualité de soins.

2 Situation d'appel

2.1 Description de la situation

Durant mon stage en psychiatrie, en unité d'accueil crise fermée, travaillant en collaboration avec un centre médico psychologique (C.M.P), j'ai été amené à faire une semaine au C.M.P. afin d'observer le suivi psychiatrique et thérapeutique des patients sortis d'hospitalisation.

Le CMP accueille sur rendez-vous des personnes nécessitant un suivi psychiatrique à la suite d'une hospitalisation ou dans le cadre d'une demande de prise en charge psychiatrique.

L'accueil se fait dans un premier temps avec un infirmier, qui à travers les besoins du patient ou de la personne, évalue la nécessité de fixer un rendez-vous médical ou pas.

J'ai commencé un mardi à midi, à ma septième semaine de stage. L'équipe composée ce jour de quatre infirmiers et une psychologue m'ont présentée l'infrastructure ainsi que le fonctionnement du C.M.P. Chaque infirmier assure les entretiens infirmiers de leurs patients respectifs, un des infirmiers répond au téléphone et un autre s'occupe à la préparation des traitements ainsi que des injections des neuroleptiques d'action prolongée (N.A.P.).

Dans l'après-midi, j'assiste à un entretien infirmier d'une patiente, qui accepte ma présence. Cette patiente que je vais nommer Mme A, m'est familière car elle a été hospitalisée dans l'unité d'accueil crise fermée au début de mon stage. Elle a été hospitalisée du 03 mai au 16 juin 2021 pour troubles délirants avec état d'agitation. Elle se présente à l'entretien avec une présentation physique soignée mais elle est asthénique et présente un ralentissement moteur. Elle vit dans un centre d'accueil pour demandeur d'asile. Lors de l'entretien la patiente nous fait part de ses angoisses qui sont liées à des hallucinations acoustico verbales (H.A.V).

Cette patiente originaire du Congo, nous parle de son histoire de vie dramatique. Sa famille a été assassinée lors d'une attaque, elle qualifie les assassins de « *traficat* ». Huit membres de sa famille, dont ses parents, ont été tués. Seule sa sœur et elle ont survécu, mais elles ont été séparées lors de leurs adoptions par leurs oncles et tantes. Elle a ensuite été vendue pour de l'esclavage et s'est retrouvée en Guinée où elle a subi des violences physiques et sexuelles. Lorsqu'elle se refusait à son « *bourreau* », il la punissait en la privant de boire et manger et la laissant dormir à même le sol. Une personne l'a aidée à s'échapper et à rejoindre la France. Elle a vécu un temps sur Paris puis a déménagé dans d'autres communes et est arrivée sur la commune du C.M.P., en octobre 2020. C'est à partir de cette période que ses troubles sont apparus.

Son récit est raconté comme des flashbacks.

Depuis sa sortie d'hospitalisation, la patiente nous rapporte des troubles du sommeil, car les voix qu'elle qualifie à plusieurs reprises de « *traficat* » lui interdiraient de dormir. Elle présente un état de maigreur qui serait lié à une privation de l'alimentation due aux hallucinations acoustico-verbales. Durant l'entretien elle présente une hypothyroïdie accompagnée de tristesse ainsi que d'un ralentissement psychomoteur. Elle explique qu'elle négocie avec « *traficat* » la prise des traitements dont la distribution est assurée par une infirmière libérale. Cette prise de

traitements est punie et elle se voit obligé de dormir au sol. Les voix lui demandent également de se stranguler ou de se pendre, chose qu'elle arrive à refuser. Elle s'afflige de ce fait, d'autres punitions par des interdictions. L'une des seules choses qu'elle est autorisée de faire est de se laver.

On note un isolement social et familial à travers ses propos et l'absence de contact à l'extérieur mis à part l'infirmière libérale et le C.M.P. Une détresse humaine est palpable, elle est repliée sur elle-même, verbalise le fait qu'elle souhaite vivre et que ses troubles cessent. Elle nous rappelle que durant sa période d'hospitalisation, elle était rassurée car elle était entourée et ne dormait pas seule, ce qui atténué les H.A.V. Elle est en demande d'hospitalisation.

À la fin de l'entretien, l'infirmière inquiète face aux éléments cliniques de la patiente qu'elle a observés et relevés, s'est rendue dans le bureau du médecin afin d'avoir un avis médical. Elle fait une synthèse complète de l'entretien ainsi qu'une anamnèse de la patiente. Face au tableau clinique et la synthèse que le médecin a estimé complète, il a demandé une hospitalisation de la patiente à effet immédiat.

Mme A a été par la suite accompagné par deux infirmières au centre hospitalier psychiatrique où une place était prévue en service de crise fermée mais en hospitalisation libre.

2.2 Questionnement

Cette situation m'a interpellée du fait de l'attitude du médecin qui a programmé l'hospitalisation de la patiente en se basant sur l'unique synthèse ainsi que les diagnostics infirmiers présentés par l'infirmière. En effet, il a jugé le contenu des informations complet et pertinent, justifiant la nécessité de l'hospitalisation de la patiente et le caractère de prise en soin en urgence. De ce fait, il ne s'est pas rendu auprès de la patiente afin de réaliser lui-même le diagnostic médical et il a laissé l'infirmière organiser et accompagner la patiente en service d'accueil crise fermé.

Durant mes différents stages j'ai pu remarquer qu'en fonction des situations les infirmières se retrouvent en difficultés pour faire entendre leurs jugements cliniques ou au contraire certains diagnostics infirmiers ont permis une prise en soins plus optimale, venant compléter la prise en charge médicale du patient. Une cohésion de travail ainsi qu'une collaboration complémentaire tout en respectant le champ de compétences de chaque professionnel peut permettre au patient de bénéficier de soins complets et de qualité.

À travers la relation soignant/soigné, l'infirmier(ère) crée une relation singulière qui lui permet de mettre en pratique son observation et ses compétences à disposition du patient. Les interactions avec les proches des patients et le reste de l'équipe soignante peuvent compléter le recueil de données et de ce fait, apporter des alternatives thérapeutiques adaptées aux patients et assurer de ce fait une prise en soins complète.

Il m'est arrivé d'observer lors de mes divers stages des solutions apportées par les infirmiers qui ont pu éviter au patient des soins invasifs. Par exemple une demande de prise de sang par le médecin en milieu de journée, alors que le patient en avait déjà eu une le matin. L'infirmière a appelé le laboratoire pour savoir s'il était encore possible de rajouter cette prescription à celle du matin puisque les tubes prélevés correspondaient, ce qui a été faisable et à éviter donc une nouvelle prise de sang au patient. Ou encore la prescription de la pose d'une sonde à demeure sur une rétention urinaire qui a pu être évité en aidant le patient à aller aux toilettes car il était constipé de plusieurs jours, lui permettant ainsi d'évacuer ses urines.

Tout au long de la formation en soins infirmiers on est amené à mobiliser des compétences et en acquérir de nouvelles afin d'apporter au patient des soins de qualité. Ces compétences se perfectionnent avec l'expérience et permettent donc aux infirmiers de mobiliser leur raisonnement clinique. Ce raisonnement clinique est appuyé par l'esprit critique.

D'après Elsevier Masson, l'esprit critique est « *un processus cognitif actif et organisé, utile afin d'examiner en détail sa propre pensée ou la pensée des autres* ». Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) ont développé un modèle de pensée critique à trois niveaux, en début de carrière, l'infirmière utilise un esprit critique appelé dit « *niveau de base, plus son expérience se perfectionne on parlera d'esprit critique complexe puis le niveau 3 est dit d'engagement* ».

L'esprit critique est un concept essentiel dans le raisonnement clinique infirmier, basé sur les savoirs, les compétences et l'expérience. Il permet la résolution des problèmes qui interviennent dans le champ de compétence infirmier avec un raisonnement qui se fait à l'aide de plusieurs outils (recueil de donnée, observation de l'état clinique du patient, être à l'écoute des propos tenus par le patient, ...) dans le but de faciliter une prise de décision adaptée pour une prise en soin optimale du patient.

L'ensemble de ces éléments m'amène à me questionner sur l'importance et la place accordée au raisonnement clinique infirmier par l'infirmier lui-même mais aussi par le corps médical ?

Le but de l'ensemble de l'équipe soignante étant le bien-être et la qualité des soins apportés au patient, comment peut-on valoriser les compétences de chacun ainsi que l'esprit critique, reposant sur le savoir mais aussi sur l'expérience professionnelle ?

La situation que j'ai vécu en psychiatrie me conduit à plusieurs questionnements :

- Quels concepts et outils sont essentiels et mobilisables afin de mener le raisonnement clinique et lui donner une valeur dans le parcours médical du patient ?
- Comment valoriser les savoirs et les connaissances infirmiers primordiaux dans la prise en charge en charge d'un patient ?
- Comment valoriser ce raisonnement clinique infirmier lorsque certains diagnostics infirmiers ne sont pas entendus par le corps médical ?

3 Question de départ

Toutes ces réflexions et questionnements me permettent de poser une question de départ qui sera le support de mon travail de fin d'études :

En quoi le raisonnement clinique infirmier optimise une qualité de soin et de ce fait renforce la relation soignant/soigné si celui-ci est mobilisé de manière plus fréquente au sein d'une prise en soin globale ?

4 Cadre de référence

Le cadre de référence permet d'enrichir notre réflexion et de mener ce travail à l'aide de lectures d'ouvrages, de textes législatifs et d'articles. Il apportera les données et éléments concrets qui seront la base de la réflexion menée durant cet écrit. Il sera ensuite mis en lien avec l'utilisation du raisonnement clinique dans sa réalité concrète.

Il sera construit autour des trois thèmes retenus à travers le questionnement ce qui permettra d'affiner mon guide d'entretien et enrichir ma réflexion.

4.1 Cadre législatif

Dans cette partie est développée l'évolution de la profession d'infirmière ainsi que la définition qui lui est accordée, les compétences requises à son exercice et le champ d'intervention, notamment le décret du 29 juillet 2004.

Selon le Berger LEVRAULT, le métier d'infirmier consiste à

« Évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration ». (Profession infirmier, 2017, p. 22).

Il s'articule autour de deux rôles :

- Le rôle propre qui permet à l'infirmier d'avoir la compétence de prendre les initiatives et d'accomplir les soins qu'il juge nécessaires.
- Le rôle médico-délégué qui consiste à la mise en application des prescriptions médicales ainsi que la surveillance des effets secondaires des médicaments et des complications qui pourraient en découler.

L'infirmier ne joue pas un rôle de simple exécutant mais doit en permanence mobiliser ses connaissances afin de les mettre en lien avec les prescriptions médicales et de ce fait déceler

les anomalies ou obtenir confirmation en cas de prescription atypique. D'autant plus que la responsabilité de l'infirmier est engagée.

Depuis l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, la formation est répartie sur six semestres, alterne théorie et pratique et permet d'obtenir le grade de licence. (Profession infirmier, 2017, p. 20). Ce grade donne la possibilité de poursuivre vers un parcours en master et en doctorat. Cette dernière réforme fait entrer les études dans le système européen licence master doctorat (LMD). Les connaissances sont acquises durant le processus de formation basé sur un référentiel de dix compétences, cinq compétences qui constituent « *le cœur de métier* » et cinq compétences dites « *transverses* » communes à certaines professions paramédicales. Il sera noté que c'est à travers l'apparition du référentiel que le terme de raisonnement clinique émerge.

Le Décret du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (I.P.A.) vient élargir les compétences infirmier et se retrouve en jonction avec l'exercice médical. En effet les I.P.A. pourront, avec l'accord des patients, assurer le suivi des patients confiés par un médecin au sein d'une équipe de soin dans laquelle ils exerceront. Un protocole d'organisation est établi afin de préciser les modalités de travail en commun. Les infirmiers en pratique avancée ont la responsabilité du suivi régulier de leurs patients et peuvent prescrire des examens complémentaires. Ils peuvent également demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si besoin, certaines prescriptions médicales. Ce diplôme est reconnu au grade de master et est délivré à l'issue d'une formation de deux ans.

4.2 Historique

Afin de comprendre l'évolution de la profession d'infirmière et les personnes qui ont influencées son apogée, il est intéressant de se pencher sur l'histoire.

Le terme infirmier trouve son origine dans le mot « *enfermier* » apparût en 1983 et désignant à la fois un état (maladie, infirmité) mais aussi un lieu de refuge pour les plus démunis. Pendant longtemps la profession d'infirmière était associée à l'ordre religieux jusqu'à ce que l'hôpital laïc voie le jour en 1789 et permet l'évolution des pratiques soignantes.

Florence Nightingale, appelée aussi la dame à la lampe, est la pionnière des soins infirmiers modernes et est statisticienne. Elle est à l'origine de la réflexion que « *pour savoir soigner, il faut avoir appris* ». Elle met en évidence que l'observation et le recueil des données ont une

importance dans la prise en charge des maladies. La guerre de Crimée la sensibilise sur l'importance de l'hygiène et les règles sanitaires, ce qui contribue à la création d'une école d'infirmière en 1860, la « *Nightingale School* ». Elle est à l'origine de la prise en compte de l'importance de l'hygiène dans la prise en soins du patient ainsi que de la prévention des infections associées aux soins. Elle a contribué à la reconnaissance du travail mené par ces femmes auprès des soldats en détresse. Elle a aussi mis la lumière sur l'importance de l'aspect relationnel en maintenant un lien avec la famille des hommes blessés, en organisant des écritures de lettre à leurs proches et la lecture de celles reçu. Son combat a été mené auprès de sa famille qui trouvait que ce n'était pas des conditions de travail acceptable pour son rang social mais aussi auprès du corps médical essentiellement composé d'hommes. La première guerre mondiale accélère la professionnalisation du métier d'infirmière et donne à la pratique infirmière une évolution dans ses compétences. Elles étaient appelées les « *anges blanches* » et elles se sont engagées à veiller et aider les blessés de guerre.

En France, Anna Hamilton, introduit la conception des soins prônée par Florence Nightingale et fonde les premières écoles privées à Bordeaux. Suite à une circulaire ministérielle parût le 28 octobre 1902, qui rend obligatoire la création d'écoles d'infirmière.

De nombreux évènements historiques, politiques et bouleversements sociaux ont contribué à l'aboutissement de la formation d'infirmière telle qu'elle est aujourd'hui. L'investissement de nombreuses personnes tout au long de l'histoire, allant des religieuses à Florence Nightingale et tant d'autres, a permis à cette profession d'avoir la reconnaissance que l'on connaît de nos jours. Son évolution met la lumière sur de nombreux concept notamment le raisonnement clinique infirmier, qui a toujours été mobilisé mais reste souvent méconnu sous ce terme.

4.3 Raisonnement clinique

4.3.1 Définitions

Il est essentiel de proposer des définitions du raisonnement clinique issus d'auteurs de référence de cette compétence primordiale dans l'exercice du métier d'infirmier. Mais avant de les exposer, l'étymologie permettra de comprendre le sens de cette compétence.

Le mot raisonnement trouve son origine dans le latin « *ratiocinatio* » et correspond « à une opération de l'esprit qui consiste à faire passer sa croyance d'un jugement à un autre ». Le mot « *clinique* » vient du grecque, « *klinô* » ce qui signifie « être couché ». Il est à l'origine du

terme « *klinikos* » qui veut dire « *celui qui observe directement, au lit des malades, les manifestations de la maladie* ». (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 21). Si l'on se fie au sens étymologique, le raisonnement clinique correspond à un processus cognitif qui mène à l'observation des manifestations des symptômes au lit des malades.

D'après Loïc Martin, cadre supérieur de santé à l'IFCS du CHU de Rouen, le raisonnement clinique est un

« Processus intellectuel méthodologique permettant une analyse des données cliniques issues d'une situation de soins afin d'identifier les problématiques de santé potentielles ou réelles de santé d'un patient et/ou de poser un diagnostic dans le domaine infirmier, et favoriser une prise en charge de qualité par des actions adaptées. Il s'appuie sur l'examen clinique, dont l'observation fait partie, la qualité des données cliniques recueillies et catégorisées, grâce à un relationnel adapté, et la mobilisation des connaissances théoriques » (Martin, Le raisonnement clinique, 2019, p. 15).

Pour lui le raisonnement clinique repose sur six piliers fondamentaux :

1. Les connaissances théoriques qui sont acquises lors du processus de formation en soins infirmier. Elles permettent de prioriser les soins et de poser les diagnostics infirmiers, ce qui assurent une prise en soins globale.
2. Les capacités d'observation qui répondent à la compétence 1 du référentiel de compétences du métier infirmier (« *évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmiers* »). L'auteur propose deux méthodes qui permettent l'observation : l'observation basée sur les différents environnements (le patient, le matériel à proximité immédiate du patient, la chambre, la dimension sociale) et le « *questionnement Quintilien QQQOCP* » (qui ? quand ? quoi ? où ? comment ? pourquoi ?). (Martin, Le raisonnement clinique, 2019, pp. 27-29).
3. L'examen clinique en lien avec la compétence 1 et 6 du référentiel de compétences du métier infirmier. Il est réalisé auprès du patient, permet d'évaluer l'état de santé du patient. Il comprend deux temps :
 - L'entretien clinique qui met en exergue « *l'histoire de santé à travers les données subjectives (symptômes)* »,
 - Et « *l'examen physique* » qui se fonde sur les « *données objectives (signes)* ».

4. L'écoute et la qualité relationnelle viennent compléter l'observation. Ils s'appuient sur de nombreux concepts essentiels qui permettent l'aboutissement de la relation soignant-soigné fondée sur une relation de confiance.
- La communication : l'auteur décrit trois types de communication, « *la communication verbale* » c'est-à-dire le « *langage* », la communication « *subverbale* » qui correspond à l'ensemble des « *signaux* » qui accompagnent la communication verbale (ton, soupirs, temps de pause, débit, ...), et la « *communication non verbale* » qui est l'expression physique (gestuel, mimique, signes).
 - L'accueil du patient qui est décrit comme un soin et contribue à l'instauration de la relation de confiance avec le patient et son entourage lorsque celui-ci est de qualité. Il permet de recueillir les informations nécessaires à la prise en soin du patient et à l'élaboration du « *diagnostic médical* ».
 - L'écoute, qui exige une posture et une concentration de rigueur. Deux écoutes sont décrites, « *l'écoute sensible* » qui consiste à adhérer au propos d'autrui « *sans jugement, sans mesure ni comparaison* », elle « *repose sur l'empathie* ». L'écoute active quant à elle engage un échange qui repose sur des questions, de la reformulation,
 - L'empathie. Pour en donner une définition l'auteur cite celle donnée par Paillard (2016) : « *l'empathie est la capacité de s'identifier à autrui, de se mettre à la place de l'autre, d'éprouver ce qu'il ressent, c'est-à-dire de ressentir ses émotions et/ou ses sentiments, tout en conservant l'idée que l'on se positionne « comme si » on était à la place de l'autre* ».
 - La bienveillance, qui est une « *disposition professionnelle favorable qui vise le bien et le bonheur à l'égard de quelqu'un* ».
 - La juste distance professionnelle qui comprend la distance physique qui complète une distance dite psychique-émotionnelle. Cette distance doit rester chaleureuse et respectueuse.

Ces concepts font écho à ceux développés par Carl Rogers qui est à l'origine du concept de la relation d'aide qui se base sur l'ensemble de ceux cités ci-dessus. Il fait aussi appel à la congruence qui est l'adéquation des actes dans la réalisation des soins avec les propres valeurs et pensées du soignant.

5. Le recueil des données clinique en lien avec la compétence 1 et la compétence 8, peut être réalisé à différents moments de l'hospitalisation. Il consiste à rassembler avec qualité et de façon exhaustive les données cliniques, biologiques, psychologiques, sociales et culturelles. Ces données permettent une *prise en charge infirmière* singulière et individualisée. L'entretien clinique et l'examen clinique sont des outils support permettant la réalisation du recueil de données clinique.
6. Le tri et la catégorisation des données en rapport avec la compétence 1 et 8. Ce pilier permet de classer les données recueillies concernant le patient de manière méthodique afin d'assurer une prise en soins cohérente. Trois modèles conceptuels sont proposés et détaillés par l'auteur qui permettent de trier et catégoriser les informations afin d'identifier les problèmes réels et potentiels du patient. Parmi ces modèles on y retrouve les « 14 besoins » de Virginia Henderson, l'outil pédagogique « *Louis et ses 14 catégories* » et le modèle « *habitudes de vie et caractéristiques bio-psycho-cognitivo-intellectuelles, sociales, culturelles et spirituelles* ». (Martin, 2019, pp. 30-63).

La figure ci-dessous est un moyen mnémotechnique proposé par l'auteur, qui permet de retenir et situer les six piliers fondamentaux du raisonnement clinique infirmier.



Tout au long de son ouvrage l'auteur propose des méthodes qui permettent de mener un raisonnement clinique complet et adapté à la situation de soin vécue. Il donne aussi la possibilité d'approfondir notre réflexion en proposant différents auteurs selon les thèmes abordés.

Thérèse Psiuk, pionnière du raisonnement clinique infirmier donne la définition suivante de cette compétence :

« 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'hypothèse de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable ». (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 18).

Le nouveau référentiel de 2009 donne l'opportunité au raisonnement clinique d'être reconnu et valorisé.

Pour Thérèse Psiuk, le raisonnement clinique est un concept qui s'acquière à travers un apprentissage et n'est pas « *conscientisé* » par le corps paramédical malgré que cette compétence soit exercée au quotidien par les infirmiers et cela bien avant la réforme. Il permet non seulement « *d'évaluer une situation clinique et d'établir un diagnostic dans le domaine infirmier mais il doit également être expliqué afin d'évaluer la pertinence du diagnostic de situation clinique posé.* » (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 18). Elle dissocie le raisonnement clinique implicite qui est le sens accordé par les infirmiers à cette compétence à travers leurs visions, du raisonnement clinique explicite qui est un concept définit. (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 21).

Le travail de recherche de cette auteure a permis d'identifier « *quatre principaux attributs présents dans le concept de raisonnement clinique* :

- *La pertinence des connaissances en sciences médicales, en sciences humaines, en sciences cognitives et en sciences de l'éducation ;*
- *L'utilisation d'une méthode hypothético-déductive identifiable lors de l'explicitation sur le processus utile pour poser un jugement clinique ;*
- *La maîtrise des niveaux de jugement clinique dans le modèle tri focal ;*
- *La qualité d'une relation d'aide de type counseling. Le counseling est « d'abord une relation humaine qui se pratique là où se rencontrent les problèmes, dans leur contexte,*

en situation, car c'est la situation qui est cause du symptôme et non l'inverse ». (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 16 et 198).

Dans l'ouvrage qu'elle a écrit avec Arlette Marchal, « *La démarche clinique de l'infirmière* », elles donnent un synonyme du raisonnement clinique qui est le raisonnement diagnostique. (Arlette Marchal, 2010, p. 87). Elles rejoignent Loïc Martin lorsqu'elles précisent que le raisonnement clinique est mobilisé à l'aide de l'observation et l'écoute active qui permettent au professionnel de santé de pouvoir émettre des hypothèses. Un recueil de données réalisé auprès du patient permettra « *de confirmer ou d'infirmier ces hypothèses* ». C'est le raisonnement clinique inductif et hypothético-déductif. (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 21).

La formulation de ces hypothèses implique aussi « *l'acceptation du doute à partir de l'intuition perceptive* », ce qui correspond à la formulation d'hypothèses suite à la formalisation de ce doute. (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 60). Toutefois il existe de nombreuses définitions, mais elles se rejoignent pour le définir de processus cognitif complexe, souvent confondu avec d'autres concepts. Il est à l'origine des décisions et des actions de la pratique infirmière et peut être influencé par de nombreux facteurs, l'infirmier travaille souvent en collaboration avec le corps médical et paramédical. Un raisonnement clinique efficient donne lieu à une qualité de soin personnalisée et une prise en soin optimale.

Nous pouvons constater que ce sont des enseignements qui sont dispensés en institut de formation en soins infirmiers et qui sont complétés par les compétences acquises sur les lieux de stage.

Enfin, pour clôturer ce concept, nous pouvons affirmer que le raisonnement clinique est un processus complexe et donne du sens à la pratique infirmière. Il permet au soignant de valoriser ses compétences en passant du rôle de soignant exécutant vers la dimension du soignant réflexif. Le raisonnement diagnostique prend naissance à l'aide de nombreux outils et permet d'apporter des précisions, qui de ce fait complètent les observations médicales.

4.3.2 Les outils du raisonnement clinique infirmier

Certains de ces outils sont enseignés en institut de formation en soins infirmiers et permettent de mener le raisonnement clinique infirmier afin que celui-ci soit efficient.

La démarche clinique infirmière est « *le processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne, mais également des capacités, en considérant que pour la personne âgée, il convient de relativiser les problèmes avec le vieillissement physiologique* ». (Psiuk T. , Raisonnement clinique et personnalisation des soins, 2009, p. 8).

Tout au long de cette démarche clinique, seront posés des jugements cliniques qui influenceront le soignant dans sa prise en soins et seront adaptés à ses compétences.

Le jugement clinique est « *un processus mental exigeant de l'observation, une capacité de raisonnement et de synthèse pour en arriver à l'établissement d'un plan thérapeutique infirmier* ». (Nagels, 2017, p. 13). Selon ce même article, le jugement clinique et raisonnement clinique sont souvent confondus. Le jugement clinique utilise des « *processus de pensée et de prise de décision dans le but d'améliorer l'état de santé et le bien-être des personnes que les soignants accompagnent*. (Nagels, 2017, p. 13). Il repose sur les trois principales dimensions de l'exercice infirmier, « *le rôle médical sur prescription, la collaboration avec les équipes et les partenaires et le rôle propre infirmier* ». (Nagels, 2017, p. 13).

Pour Phaneuf (2008), « *c'est une idée, une opinion claire que l'infirmier se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées ; il est en somme, la conclusion qu'il en tire* ». (Martin, Le raisonnement clinique, 2019, p. 86). Le raisonnement clinique prend en considération tous les aspects du soin autour du patient, l'aspect socio-professionnel, familial, ses désirs, ... et pas seulement l'aspect clinique et thérapeutique qu'apporte le jugement clinique. La démarche de soin est un « *processus d'adaptation du soin à la personne. Elle est à la fois l'adaptation d'un soin aussi bien prescrit par le médecin que prescrit par l'infirmière et la stratégie globale des soins pour une personne* ». (Psiuk T. , Raisonnement clinique et personnalisation des soins, 2009, p. 9).

Pour Psiuk, la « *démarche de soin est la résultante d'une démarche clinique pertinente.* » (Psiuk T. , Raisonnement clinique et personnalisation des soins, 2009).

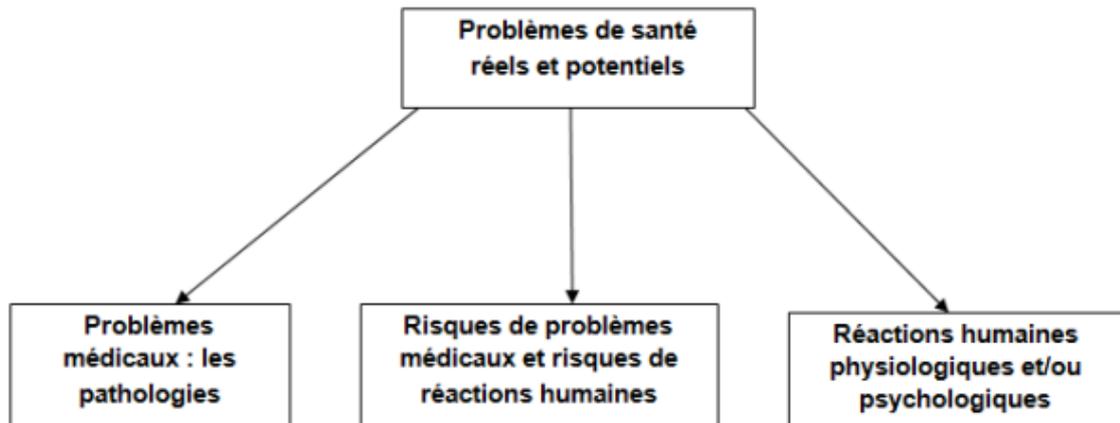
Selon ces définitions, la démarche clinique est la « *problématisation* » d'une situation de soins alors que la démarche de soins est « *la résolution de problèmes* ». Elles se complètent afin d'aboutir à une personnalisation des soins. La pertinence d'une démarche clinique suivie d'une démarche de soins conditionne la qualité de prise en charge globale des problèmes de santé d'une personne. (Psiuk T. , Raisonnement clinique et personnalisation des soins, 2009, p. 8). Il faut garder à l'esprit que le raisonnement clinique mène à élaborer la démarche clinique et de ce fait une démarche de soin qui permettront un projet de soin personnalisé.

Pour ce faire le raisonnement hypothético-déductif permet d'aborder cette réflexion clinique, par une hiérarchisation des hypothèses dans le but de comprendre le problème et ses causes. La définition donnée par Loïc Martin du raisonnement hypothético-déductif est celle de Nendaz :

« Dans un processus hypothético-déductif, une solution possible au problème est envisagée (l'hypothèse) et une démarche analytique délibérée survient par une activation d'un réseau de connaissances associant les hypothèses et leurs signes cliniques, avec recherche active des signes positifs ou négatifs qui permettent de les confirmer ou les infirmer ». (Martin, Le raisonnement clinique, 2019, p. 18)

Le diagnostic infirmier est « *l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité* ». Ils servent de base pour définir les actions de soins qui entrent dans les compétences infirmières. (Psiuk A. M.-T., 1996, p. 14). Le diagnostic infirmier « *suggère une approche plus globale, profondément humaine, d'un trouble de santé pour établir un projet de soin in individualisé* », alors que le diagnostic médical « *décrit un ensemble de symptômes et de signes cliniques en vue de prescrire une thérapie* ». (Nagels, 2017, p. 1).

Le modèle tri focal permet de répondre à l'ensemble des outils cités ci-dessus. Il donne la possibilité d'une *vision holistique de la situation clinique d'un patient*. (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 63). Le modèle tri focal a pour objectif d'identifier les problèmes de santé réels et potentiels. Pour mener à bien ce raisonnement, trois domaines permettent de répondre à ce modèle trifocal. (Arlette Marchal, 2010, p. 54).



4.4 Relation soignant/soigné

Du latin « *relatio* » qui signifie rapport, la relation est un lien qui met en rapport une personne à une autre, et le verbe soigner « *soniare* » signifie « *s'occuper de* ». La relation soignant/soigné met donc en rapport le soignant dans un contexte de « *prendre soin* » du soigné, qui lui est en situation de vulnérabilité ce qui en fait une relation asymétrique.

Pour Alexandre Manoukian, la relation soignant-soigné est complexe, elle est d'abord une « *rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Dans l'établissement d'une relation, plusieurs facteurs interviennent, notamment « *les facteurs psychologiques* » composés par « *les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les émotions, les désirs, ...* » ; « *les facteurs sociaux* » qui comprennent « *l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge, à une culture ainsi que les rôles et fonctions de chacun*. Puis il y a « *les facteurs physiques* » comprenant « *les perceptions propres à chacun, l'aspect physique...* » Il précise que l'on entre en relation avec « *son corps, sa parole et son affectivité* », où l'affectivité est au cœur des relations. (Manoukian, 1997, p. 5).

Le sens attribué à une relation est défini par son contexte qui permet à chaque individu d'en « *déduire un sens* ». (Manoukian, 1997, p. 5). De ce fait la relation soignant-soigné est déterminée par le soin. Elle intervient au cours d'un acte de soin qui « *se situe au sein d'une relation soignant-soigné* ». Elle est influencée par plusieurs éléments tel que la tenue vestimentaire du soignant mais aussi par les « *attributs d'une fonction (pince, stéthoscope, tensiomètre, mais aussi bassin, urinoir, etc.)* », et viennent apporter une information qui sera reçue par le patient. (Manoukian, 1997, pp. 3-4).

Il précise que « *la relation est un phénomène d'ensemble* » car tout le langage corporel à son importance en passant par l'intonation, aux mimiques, au vocabulaire employé par le soignant. Par conséquent, ces facteurs interviennent sur la qualité de la relation soignant-soigné. Mais inversement, le soignant doit être vigilant quant aux mimiques du patient, à son attitude, etc. car ils peuvent dissimuler des souffrances physiques ou psychologiques mais aussi des besoins du patient non satisfait. (Manoukian, 1997, p. 4). Le contexte familial du patient a également son importance ainsi que l'histoire de vie, les antécédents, le handicap si présent. Toutes ces données peuvent rendre une relation difficile et mettre en difficulté le soignant. L'auteur fait

référence à la relation triangulaire qui permet d'inclure à la relation soignant-soigné, l'entourage du patient. Elle peut être de différente nature et influencer la prise en soin du patient. (Manoukian, 1997, p. 5).

De nombreux concepts sont mobilisés et permettent de créer une relation d'aide qui est différente de la relation soignant-soigné. La relation d'aide en soins infirmiers permet d'accompagner le patient à mieux vivre sa maladie et les répercussions qu'elle engendre sur son environnement social, familial et professionnel. Elle « *vise le changement chez le patient* » tant sur le plan de l'autonomie, dans la démarche de l'acceptation de sa maladie que dans la capacité à gérer la souffrance. La relation soignant-soigné contribue à l'élaboration de cette relation d'aide fondée sur la relation de confiance en mobilisant « *la considération positive, l'authenticité, l'empathie et l'absence de jugement* ». (Manoukian, 1997, p. 53). Notons que Carl Rogers est à l'origine du concept de la relation d'aide qui permet une alliance thérapeutique fondée sur les trois attitudes citées ci-dessus. La réflexion de Manoukian rejoint celle de Carl Rogers sur plusieurs points. La « *considération positive* » se manifeste par une attitude du soignant à prendre en considération le soigné comme une personne à part entière, pas seulement à travers les symptômes et pousse le soignant à accepter l'attitude et les propos du patient sans porter de jugement. C'est ce qui permet de différencier le « *care* » du « *cure* », le « *care* » étant le fait de prendre soin de la personne en tant qu'individu alors que le « *cure* » traite la personne à travers la lésion organique.

« *L'authenticité* » est basée sur la capacité du soignant à être honnête et de rester soi-même, que ses actes soient congruents avec ses émotions. « *L'empathie* » est la capacité du soignant à ressentir les réactions émotionnelles du patient, ce qui implique une écoute efficace et une observation avec bienveillance et sans jugement. (Manoukian, 1997, p. 55).

La posture professionnelle adoptée par le soignant impacte la qualité de la relation soignant-soigné, c'est pour cette raison qu'il est important de réfléchir à celle-ci car elle peut accentuer une relation asymétrique avec le soigné, qui est en posture de vulnérabilité, et vient et de surcroît fragiliser la relation soignant-soigné. Cette posture dite relationnelle contribue également à la relation d'aide, elle peut évoluer avec le temps et être adaptée selon la situation de soin rencontrée. (Manoukian, 1997, p. 57).

De nombreux auteurs parlent de « *bonnes postures* » ou de la « *juste distance* », notamment E.T Hall qui a écrit sur la proxémie ainsi que les quatre différentes distances qui existent selon

les situations rencontrées. Néanmoins la relation de soin exige une proximité qui invite le soignant à s'imposer dans la zone dite « *intime* » du patient. Il en ressort que la majorité des situations de soin nécessite cette distance dite intime.

Il est intéressant de se poser la question de celle qui est adoptée de façon inconsciente par le soignant mais qui a un impact sur la relation d'aide qui découle de cette relation de soin.

Le sens du toucher vient mettre en rapport les deux corps, celui du soignant et celui du soigné et peut être réalisé de différentes manières. Il permet la réalisation d'un soin mais il peut aussi apporter du réconfort et donc de rassurer le patient. Le toucher exige une distance intime qui vient s'inscrire dans une relation d'aide. (Manoukian, 1997, p. 58).

Pour Margot Phaneuf, la qualité des soins ainsi que l'aspect humain qui permet au métier d'infirmier d'avoir « *une âme* », repose sur la valeur de la relation soignant-soigné qui découle de la relation d'aide. Nous noterons que Margot Phaneuf qualifie le patient de client tout au long de son ouvrage. La relation d'aide possède des « *aspects techniques et des aspects relationnels* » qui se complètent. Les aspects relationnels permettent de donner du sens au terme « *prendre soin* ». Le « *prendre soin* » renvoie à une signification forte constitué d'une « *rencontre humaine, d'accompagnement et d'intérêt particulier pour l'être souffrant au cours de l'expérience difficile de la maladie.* » (Phaneuf, 2011, p. IV). Dans son ouvrage, elle décrit la communication comme étant l'élément essentiel de la relation soignant-soigné, dont la qualité de celle-ci permet l'aboutissement de la relation d'aide. Cependant la communication est un processus d'échange complexe exigeant un « *émetteur et un récepteur* » et est « *intimement liée au contexte* » dans lequel elle évolue. (Phaneuf, 2011, p. 4).

La communication est irréversible puisque les paroles prononcées ne peuvent plus être soustraites une fois exprimées, d'autant plus si ces mots sont maladroits ou inadaptés. Ils peuvent altérer la qualité de cette relation. C'est pour ces raisons qu'il est fondamental de réfléchir aux mots employés mais aussi d'observer l'état du patient (personnalité, expressions de son visage, ...) afin d'éviter des propos maladroits. (Phaneuf, 2011, p. 7).

Différents contextes sont définis par l'auteure et jouent un rôle dans la communication (Phaneuf, 2011, pp. 5-6) :

- Le contexte physique qui concerne les « *lieux où se déroulent la communication* ». La qualité de cet environnement influence la bonne conduite de celle-ci (bruit, intimité, ...)

- Le contexte temporel qui est « *le moment de la journée où se déroule la communication* ». Certains moments de la journée sont plus propices à l'établir, notamment lorsque le patient est accessible à la communication, c'est-à-dire qu'il ne soit pas préoccupé par autre chose (un soin, une douleur physique, ...). Le soignant doit tenir compte de cet élément et choisir un moment où le patient est disponible. Ce facteur temporel est « *intimement lié au contexte émotif* ».
- Le contexte émotif : c'est « *l'état émotionnel qui règne au cours de la communication* ». Ce contexte émotif concerne autant le patient qui peut traverser un moment difficile mais aussi le soignant qui peut être touché par ce que vit le patient ou que lui-même est atteint par des événements personnels qui le perturbe. Les émotions jouent un rôle important dans la relation soignant-soigné, elles permettent au soignant de comprendre ce que vit le soigné (l'empathie) mais elles déterminent également les décisions qui en découlent. (Phaneuf, 2011, pp. 14-24).

Cette relation qui découle de ces émotions demande une connaissance de soi reposant sur un processus de travail nécessaire à l'évolution de l'infirmier. (Phaneuf, 2011, pp. 17-24). Les personnalités du soignant et du patient viennent s'ajouter au contexte émotif et entraîner des répercussions sur la communication (un patient taciturne, discret, un soignant plus sérieux ou au contraire qui s'exprime beaucoup).

- Le contexte socioculturel qui implique le cadre culturel, le niveau social, l'aspect religieux, du soigné et du soignant. Ces facteurs peuvent être à l'origine d'interprétations qui sont des « *perceptions le plus souvent sans fondement* » et viennent affecter la communication.

À la communication vient s'ajouter l'observation caractérisée par l'auteure de « *fondement de la relation soignant-soigné* ». L'observation est une compétence infirmière acquise tout au long du processus de formation mais qui continue à être affinée lors de l'exercice de ce métier. C'est un processus clinique rigoureux qui exige des connaissances théoriques et un raisonnement inductif. (Phaneuf, 2011, pp. 34-39-56).

En effet, le raisonnement inductif qui est « *un raisonnement basé sur les données observées dans la réalité auprès du patient* » favorisant le « *développement de la pensée critique et du jugement clinique de l'infirmière* », ce qui aboutit à l'élaboration d'hypothèses en vue d'établir une planification de soins adaptée. La pensée critique est « *une habileté intellectuelle qui*

recourt au raisonnement et à la logique pour analyser une situation », elle permet de poser le jugement clinique. Le jugement clinique donne à l'infirmière la capacité d'identifier les problèmes du patient. (Phaneuf, 2011, pp. 36-56). Les observations infirmières sont aussi utiles à l'ensemble de l'équipe soignante qui intervient autour du patient, elles « *informent le médecin et influencent ses décisions* ».

Effectivement le travail en collaboration nécessite un partage des observations et comme l'infirmier passe plus de temps auprès du patient, il est plus à même mobiliser d'autres professionnels tel que les psychologues, diététicienne, (Phaneuf, 2011, pp. 40-42-56). Selon l'article écrit par Eliane Rothier Bautzer, « *la relation infirmière-médecin est fondée sur un partenariat* » et dont « *leur activité professionnelle vise en premier lieu le soulagement du patient par la recherche de la guérison de la maladie.* » (Bautzer, 2017, p. 1).

Pour cette raison, la qualité de ce « *partenariat* » oriente la prise en soin du patient et par conséquent la relation soignant-soigné.

La perception est un paramètre intime lié à l'observation. C'est « *par la perception que ces signaux nous parviennent et que nous nous formons l'image de ce que dit et présente la personne que nous observons.* » (Phaneuf, 2011, p. 43).

Elle est influencée par de nombreux stimuli (le toucher, l'ouïe, le regard, ...) et par des facteurs (psychologiques, sociaux, physiques, ...). (Phaneuf, 2011, p. 46). Celle-ci comporte des risques tel que « *des conclusions sans fondement, l'absence de distinction entre croyances et réalité, les généralisations, les stéréotypes et les préjugés, l'absence d'autocritique et l'entêtement.* » (Phaneuf, 2011, p. 56). Margot Phaneuf porte un grand intérêt à la communication non-verbale. Se manifestant par la gestuelle, le sourire, la voix, le toucher, le regard, ... (Phaneuf, 2011, pp. 72-75), elle apporte autant d'information que la communication verbale et présente aussi des possibilités d'ambiguïtés. (Phaneuf, 2011, p. 76).

Tout au long de son ouvrage, elle rejoint de nombreux auteurs tels que Karl Rogers, Alexandre Manoukian sur le concept de la relation d'aide et ceux qui s'articulent autour de celui-ci en particulier les différents modes d'écoute, le non-jugement, la considération positive. (Phaneuf, 2011, p. 188 à 199). Comme déjà écrit plus haut, pour Margot Phaneuf, la valeur de la relation soignant-soigné qui découle de la relation d'aide dépend de la qualité des soins et de l'aspect humain du métier d'infirmier.

4.5 Qualité de soin

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé),

« La qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». (JOVIC, 2012, p. 257).

La HAS (Haute Autorité de Santé) ajoute à cette définition :

« Garantir la qualité des soins est un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatées, la mise à jour continue des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi la qualité des soins est difficile à atteindre et pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration ». (JOVIC, 2012, p. 258).

La qualité est un concept complexe qui fait partie intégrante de la pratique professionnelle infirmière. Depuis le décret du 4 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, elle est évaluée. La roue de Deming permet l'amélioration continue de la qualité en passant par la mise en œuvre de projets d'amélioration. Par conséquent, elle consiste à s'assurer que l'amélioration obtenue correspond aux objectifs posés. Elle est divisée en quatre secteurs :

- PLAN (P) : définir les objectifs, la manière dont on va les atteindre, l'échéancier ;
- DO (D) : former ensuite exécuter ;
- CHECK (C) : vérifier que les objectifs visés sont atteints. Dans le cas contraire, mesurer l'écart, comprendre ce qui s'est passé ;
- ACT (A) : prendre les mesures correctives pour atteindre le résultat et s'assurer que cet acquis demeurera. (JOVIC, 2012, pp. 258-259).

Rotter et Kaloah ont identifié quatre niveaux de qualité de soins :

- *« Les soins dangereux qui portent préjudices au patient entraînent des coûts humains sévères et des coûts financiers ;*

- *Les soins sûrs, ce sont des soins corrects avec une prévention systématique des risques. Ils sont administrés au patient en regard des données probantes, basés sur des résultats de recherche ;*
- *Les soins de qualité, en plus des soins sûrs, les soins de qualité sont centrés sur les patients, ils sont personnalisés ;*
- *Les soins optimaux, ils reprennent l'ensemble des soins de qualité mais ont deux axes supplémentaires » :*
 - o Le patient et sa famille sont partenaire, les décisions qui le concernent sont prises avec lui,
 - o Tous les soins y compris relationnels reposent sur des données scientifiques et sont adaptées aux patients. (JOVIC, 2012, p. 258).

Walter Hesbeen s'intéresse au sens accordé au terme de qualité du soin dans une perspective soignante. Il précise que ce n'est pas la posture de soignant qui donne du sens au « *soin* » car le « *prendre soin* » prend tout son sens lorsque tous « *professionnels de la santé ou non, qui se veulent soignants, c'est-à-dire attentifs à une personne en vue de tenter de lui venir en aide dans la vie particulière et singulière qui est la sienne* ». C'est ce qui permet de différencier le « *prendre soin* » du « *faire des soins* ». (Hesbeen, 2008, pp. 22-23).

Pour lui, le fait de dire ce qu'est un soin de qualité « *par l'intermédiaire de définitions, de grilles d'évaluation et de démarches d'accréditation* » n'est pas sans répercussion car il influence « *le sens de la pratique et la représentation que l'on a de celle-ci* ». D'autant plus que la qualité et son évaluation « *occupent une place majeure dans les préoccupations politiques, économiques et gestionnaire* ». (Hesbeen, 2008, p. 42).

Il porte une grande attention sur le fait que la qualité du soin ne peut être réduit à l'acte technique lui-même mais doit être accompagné de la dimension relationnelle afin de répondre à une perspective soignante ; « *la perspective soignante est absente lorsqu'un professionnel se rend au chevet d'un malade pour y poser des gestes laissant à d'autres la dimension relationnelle ou en la reportant à un autre moment* ». (Hesbeen, 2008, p. 46). Cela peut avoir des répercussions sur la relation de confiance établie avec le patient et donc altérer la nature de la relation soignant-soigné qui découle de cette relation d'aide. Il lui est difficile d'exprimer ce que représente à son égard la qualité de la pratique soignante sans souligner « *sa complexité, sa*

subtilité, sa dynamique, son contexte politique, culturel, social, juridique, organisationnel, économique, ... », car le sens accordé à la qualité dépend finalement de la personne concernée par celle-ci. (Hesbeen, 2008, pp. 52-53). Il propose un « *essai de définition* » dont il précise qu'il s'agit d'une « *proposition conceptuelle* » et non pas « *d'une définition descriptive* » :

« Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celle-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés ». (Hesbeen, 2008, p. 55).

Nous remarquons que sa réflexion rejoint la définition proposée par l'OMS et partage la notion d'amélioration de la santé par un processus d'évaluation mais cela n'est pas sans conséquence sur la pratique soignante. Il est donc primordial d'adapter des objectifs d'amélioration de la qualité en fonction de cette perspective soignante.

Sept déterminants sont identifiés et « *vont tous, à des degrés divers, concourir à un soin de qualité* ». Ils sont liés :

1. *« Aux aspects politiques et économiques ;*
2. *À l'organisation concrète des structures ;*
3. *Aux réflexions philosophiques et connaissances techniques et scientifiques ;*
4. *À la formation des professionnels ;*
5. *Au comportement et à la compétence des acteurs ;*
6. *À la personne soignée et à ses proches ;*
7. *Aux méthodes de recueil d'informations sur les pratiques et aux démarches d'évaluation ».* (Hesbeen, 2008, p. 60).

Notons que la qualité des soins ne dépend pas seulement du soignant lui-même et de ses compétences mais elle est aussi rythmée par des facteurs politiques, institutionnels et d'enseignements. Cependant elle est ressentie par le soigné à travers les gestes, le savoir et l'approche humaine apportés par le soignant lors d'une prise en soin. Tout au long de son ouvrage, Walter Hesbeen intègre cette notion de qualité du soin dans une perspective soignante et à travers la pratique infirmière. Pour conclure, « *la qualité du soin est le fruit d'une intention, celle qui permet de penser et d'agir dans une perspective soignante. Elle ne pourra en aucune*

manière être réduite aux approches instrumentales et macroscopiques, aussi sophistiquées et utiles soient-elles ». (Hesbeen, 2008, p. 168).

Pour conclure sur ce concept de qualité de soin, la démarche qualité assurée par l'accréditation est réalisée tous les quatre ans dans les établissements de soin. Cette démarche permet d'améliorer les pratiques et la qualité de soin afin d'assurer des conditions de sécurité aux patients. Notamment la méthode « *patient traceur* » qui est une approche centrée sur le parcours de prise en soin du patient.

5 Méthode exploratoire

5.1 Outil utilisé

Tout au long de mon enquête exploratoire, j'ai utilisé l'entretien semi-directif. Selon Berthier (2013), l'entretien semi-directif articule une attitude non-directive et un projet directif. L'attitude directive permet l'exploration de la pensée, dans un contexte de confiance et le projet directif a pour objectif d'obtenir des informations sur des points définis en amont.

Cet entretien est centré sur la personne interviewée et les questions ont été posées de manière ouverte pour qu'elle puisse exprimer sa propre réalité sur la place du raisonnement clinique dans sa pratique professionnelle. Il m'a permis de recentrer la personne si celle-ci s'éloignait du sujet. L'ordre des questions a été défini à l'avance mais elles ont été réajustées si nécessaire au fur et à mesure de l'entretien et selon les réponses de mon interlocuteur. L'entretien prenait fin une fois que toutes les thématiques ont été abordées.

Les questions ont été au préalable validé par ma directrice de mémoire.

5.2 Population choisie

Pour mener mon enquête à travers l'entretien semi-directif, il m'a paru intéressant d'interviewer six infirmiers de trois domaines complètement différents. Cela m'a permis de comparer les différentes façons de mobiliser le raisonnement clinique et l'importance qu'ils accordent à cette compétence ainsi que leur avis personnel sur la reconnaissance de celle-ci et l'influence qu'elle représente dans le parcours de soin du patient.

Trois secteurs ont retenu mon attention, la psychiatrie, les soins généraux et le libéral. Pour chaque secteur, j'ai mené un entretien auprès d'une infirmière dite « *novice* » (trois à six ans d'exercice depuis l'obtention de leur diplôme), et d'une infirmière dite « *experte* » (plus de quinze ans de diplôme).

5.3 Lieux d'investigation

J'ai donc mené ces entretiens dans trois secteurs de soins différents dans le but de comparer leurs connaissances et les méthodes utilisées pour mobiliser leur réflexion clinique :

- Un service de médecine (service de neurologie et d'endocrinologie) ;
- Un service de psychiatrie (accueil crise ouvert)
- Et auprès d'infirmiers libéraux,

Le service de médecine en milieu hospitalier est un lieu de phase aiguë ou de chronicité de la maladie somatique. Ce qui donne la possibilité aux professionnels paramédicaux, d'être des personnes ressources du fait de leurs connaissances acquises dans la spécialité de leur service respectif.

Lors de mon stage en psychiatrie, j'ai pu observer des compétences cliniciennes des membres de l'équipe et leurs capacités à mobiliser leur esprit critique et le raisonnement clinique dans la prise en charge de patient en phase de décompensation ou chez les patients chroniques.

Les infirmiers libéraux travaillent en totale autonomie et sont souvent amenés à gérer seuls, dans un premier temps, des phases aiguës ou de complications. Leur autonomie et leur posture réflexive leurs permettent d'organiser les tournées, les soins, et de les prioriser.

5.4 Guide de l'outil

Dans l'intention de mener à bien mes entretiens, j'ai réalisé un guide d'entretien (ANNEXE I) destiné aux infirmiers dans lequel les questions abordées seront les mêmes afin de me permettre de comparer les deux réflexions. Ce guide a été réfléchi avec ma directrice de mémoire. Avec l'accord de mes interlocuteurs, j'ai enregistré les entretiens pour pouvoir exploiter leurs réponses dans leur intégralité.

5.5 Grille d'analyse

Une fois le cadre de référence terminé, j'ai retranscrit chaque entretien (ANNEXE VI à ANNEXE XI). Dans un second temps j'ai mis les données sous formes de tableau (ANNEXE XII) afin de me faciliter l'exploitation des entretiens et de comparer les éléments recueillis dans l'objectif d'analyser les réponses recueillies.

Les données ont été classées selon les trois mots-clés de mon travail pour me permettre de me repérer dans mon analyse. Le recueil des réponses et leurs analyses repose également sur mon sens de l'observation et d'écoute durant les entretiens.

5.6 Analyse critique des difficultés et limites rencontrées

Durant cette partie de travail, j'ai rencontré certaines difficultés qui ont impactées l'avancée de la rédaction de mon travail écrit.

Pour mon premier entretien qui a eu lieu en psychiatrie, l'équipe n'était pas informée de mon arrivée. Elles étaient réticentes à effectuer l'entretien malgré que leur parcours répondait aux critères de mon travail. Cette réticence s'est accentuée lorsque j'ai lu ma question inaugurale qui annoncée le thème de mon travail écrit. De ce fait le rendez-vous a été reporté. Cela m'a permis de revoir mon guide d'entretien avec ma directrice de mémoire et de le rendre plus accessible aux échanges.

Trois autres entretiens ont été annulés pour diverses raisons personnelles des infirmiers. Les annulations m'ont été signalées le jour même ou lors de mon arrivée dans le service.

Les deux entretiens prévus en soins généraux étaient prévus avec des infirmières en service ce qui ont entraînés un retard de trois quart d'heure à une heure pour ces deux rencontres.

6 Analyse

6.1 Résumé des entretiens

6.1.1 Entretien de Fleur

Pour Fleur, infirmière dite « *experte* » en accueil crise ouvert, le raisonnement clinique est une réflexion clinique quotidienne (L.22-23), à l'aide de l'observation et des connaissances acquises durant la formation en soins infirmiers. Le recueil de données appelé aussi anamnèse (L.5-6), permet de collecter les signes cliniques qui vont mener au questionnement de l'état de santé du patient. Pour imaginer ce raisonnement, elle le compare à ce qui est demandée aux étudiants lors de la réalisation d'une démarche de soin (L.41-42) qui confronte le recueil de données aux connaissances. Il permet donc dans un premier temps de poser un diagnostic infirmier (L.48) à travers des jugements cliniques, puis dans un second temps de prioriser les soins et de ce fait permettre l'élaboration de ce fait d'une planification de soins (L.49).

Les données cliniques, observations et diagnostics infirmiers sont ensuite transmis au médecin afin d'affiner son diagnostic (L.7). Ce processus cognitif mène à « *une prise en charge holistique* » (L.52) par une personnalisation de soin répondant aux besoins du patient. Les réunions d'équipe, les relèves sont des temps qui permettent le partage de nouvelles informations en équipe pluridisciplinaire. Un travail de collaboration entre les différents partenaires est nécessaire afin de prendre du recul sur certaines situations de soins et par conséquence étayer l'ensemble des données concernant le patient (L.84-92).

Néanmoins, le sous-effectif ainsi que le manque de temps lié à une surcharge de travail vont répercuter sur la qualité de soins car le soignant sera moins disponible pour le patient et il sera aussi amené à prendre des décisions hâtivement (L.95-105).

Le raisonnement clinique mené de façon efficiente laisse place à une relation de confiance entre le soignant-soigné. Cette relation sera un atout en vue d'aboutir à une réflexion de qualité. Elle facilite également le recueil de données notamment lorsque le facteur disponibilité, de compassion et d'empathie sont présents, surtout dans des situations de soins complexes (L.124-125). Un raisonnement clinique mené de manière complète autour du patient, de ses valeurs, de ses habitudes et de son environnement ne pourra qu'améliorer la qualité de soins. Sans omettre,

les moyens techniques et humains qui sont des facteurs importants dans la prise en soin (L.142-162).

6.1.2 Entretien de Coquelicot

Le raisonnement clinique est défini par Coquelicot, jeune infirmière en accueil crise ouvert, comme une « *démarche psychique* » qui est menée à travers le sens de l'observation du soignant et des questions qui découlent d'une situation. Cette démarche parvient à poser le diagnostic infirmier le plus juste (L.9-18). Elle fait bien la distinction entre le diagnostic médical et infirmier (L.62-63). Ce processus de réflexion s'effectue à l'aide de la posture réflexive du soignant qui est basée sur les connaissances acquises lors de la formation en soins infirmiers et affinées lors de l'exercice de la profession d'infirmière. Le travail en équipe vient affûter le raisonnement clinique (L.26-27).

Elle insiste sur la relation triangulaire, soignant, patient et son entourage, pour mettre en place un projet de soin adapté aux besoins du patient (L.37). Elle estime qu'en France cette relation triangulaire n'est pas suffisamment mobilisée et viens donc impacter le raisonnement clinique par le manque d'informations sur le patient en dehors du parcours de soin (L.45-54). À cela, elle ajoute le manque de connaissances sur certaines pathologies qui peut être pallié par le travail en équipe (L.44).

Un raisonnement clinique est efficient du fait des diagnostics infirmiers et de tout le processus de questionnement autour de la prise en soin, ce qui permet de développer une « proximité » avec le patient (L.64-65). Un soin anticipé et réfléchi en amont, permettra au soin d'être réalisé avec bienveillance et assure de cette manière une qualité de soin optimale (L.89-90). Pour cela, le patient doit être pris en soin dans sa globalité, les connaissances mobilisées ainsi que le travail en équipe.

6.1.3 Entretien de Lys

Dans un premier temps Lys, infirmière en service de semaine d'endocrinologie depuis 2014, a eu du mal à définir le raisonnement clinique (L.7-11). Une fois cette compétence confrontée à son quotidien professionnel, elle l'a qualifié de raisonnement important dans l'exercice du métier infirmier (L.146). Selon elle, il est mobilisé en permanence (L.131) à l'aide de l'observation clinique et de la surveillance des paramètres vitaux, donnant ainsi lieu à

l'anticipation dont l'objectif est d'éviter les problèmes de santé et les complications qui peuvent découler d'une situation de soin (L.136-145).

D'après elle, il se fait « *naturellement* » lors de la réalisation d'un soin dont un résultat précis est attendu (L.12-13). Le motif d'hospitalisation oriente le sens du raisonnement clinique, plaçant de cette façon, le patient au centre du projet de soin et auquel s'articule autour de lui les surveillances, l'observation, les moyens techniques utilisés dans le but de résoudre un problème de santé (L.23-25). La sécurité du patient est assurée lorsque le raisonnement met en lien les données avec les examens, les traitements en place (L.40-44). L'observance et la compliance du patient assurent une prise en charge efficace et placent le patient comme acteur dans le raisonnement clinique, surtout en hôpital de semaine d'endocrinologie, par l'intermédiaire de l'éducation thérapeutique (L.49-58).

La particularité de ce service laisse place à un soin relationnel spécifique car le soignant est intégré à la vie personnelle et aux projets de vie du patient (L.85-96). Un soignant dont les connaissances sont mobilisées rassure le patient et instaure un climat de confiance au sein d'un suivi d'une maladie chronique (L.83-88). Enfin pour elle, la qualité de soin dépend de plusieurs facteurs dont les connaissances théoriques du soignant, la qualité du relationnel avec le soigné mais aussi l'entourage du patient, l'expérience professionnelle du soignant. Toutefois il dépend surtout d'un soin réalisé de façon congruente (L.104-112).

6.1.4 Entretien de Lilas

Lilas, diplômée en 2018, exerce depuis deux ans dans le milieu du libéral. Elle explique que le raisonnement clinique est la capacité d'analyser une situation de soin à laquelle des réponses sont ensuite apportées, aux problèmes d'un patient (L.14-15). Ce raisonnement a pour objectif d'adapter le soin de manière personnalisé et optimale (L.18-19), en mobilisant les connaissances individuelles et celles de ses collaboratrices.

Ce processus est souvent enrichi par le travail en équipe et permet en outre la mise en place d'actions ainsi que la réévaluation d'une prise en soin déjà instaurée mais non adaptée au patient. Ce raisonnement peut être déficient lorsque les connaissances sont insuffisantes mais aussi par manque d'expérience, c'est l'une des raisons pour lesquelles le travail en équipe est important car il permet la mobilisation des connaissances et d'expériences de chaque professionnel paramédical. Pour elle l'expérience de ses collègues de travail est un réel atout

dans sa propre réflexion et apporte une cohésion d'équipe car selon elle, la posture réflexive s'acquière par la pratique (L.102-104 ; L.117-118).

Un désaccord avec l'une des collègues ou même le médecin peut impacter le raisonnement et par conséquent la prise en soin (L.41-44). Un raisonnement clinique efficace et les moyens mis à disposition permettent de garantir une qualité de soin (L.72-73).

Inclure le patient dans le raisonnement clinique apporte à la relation d'aide une relation symétrique entre le patient et le soignant (L.51-60). En revanche, pour se faire, il est essentiel d'expliquer le sens accordé au soin et de lui laisser l'accessibilité au consentement de celui-ci (L.59-60).

« La remise en question du soignant est primordiale pour assurer une qualité de soins » (L.77).

6.1.5 Entretien de Rose

Pour Rose, jeune diplômée en service de neurologie, le raisonnement clinique infirmier est tout un processus qui permet de se questionner sur le sens d'un soin mais aussi les actions qui en découlent, les surveillances, les risques afin de déceler les anomalies dans la prise en soin d'un patient et d'y remédier (L.17-26). Cela permet d'établir une relation de confiance avec le patient qui apprécie d'avoir les réponses à ses interrogations ou inquiétudes (L.59-62). En effet, dans le cas contraire, le manque de raisonnement et de réponses au patient fragilisent la relation de soin (L.62-68).

Pour se faire, de nombreux outils sont accessibles tel que le VIDAL, les protocoles, les connaissances acquises lors du cursus de formation en soins infirmiers, les démarches cliniques, mais encore le travail pluridisciplinaire (L.30-38 ; L.96).

Cependant, le raisonnement clinique est souvent freiné par le manque de personnel et de temps. L'ensemble de ces facteurs impute la réflexion clinique et empêche de l'acheminer. Cela est une source de frustration pour le soignant et affecte la prise en soin. (L.45-54).

Une prise en soin de qualité est assurée par le raisonnement clinique, lorsqu'il est mené correctement (L.76-82). Pour cela il faut aborder le soin dans sa globalité c'est-à-dire dans une dimension relationnelle, psychologique et technique. La qualité de soin ne dépend donc pas que de l'acte de soin lui-même (L.90-92). Il permet également la remise en question du soignant (L.100). Le raisonnement clinique est la base du métier infirmier (L.108-109).

6.1.6 Entretien de Jasmine

D'après Jasmine, infirmière libérale diplômée en 2006, le raisonnement clinique se fait naturellement et apporte à une situation de soin, une évaluation selon les besoins du patient tout en confrontant les connaissances avec les antécédents et les thérapeutiques (L.8-10). Pour se faire, l'expérience professionnelle, le travail avec le médecin et la relation triangulaire avec la famille apportent au raisonnement un support dont l'objectif est d'accompagner au mieux les patients au domicile en maintenant leur autonomie (L.15-19). Néanmoins, la relation triangulaire peut-être un support mais aussi une contrainte dans la prise en soin du patient (L.112-119).

L'observation clinique infirmière doit être pointue pour permettre à la posture réflexive d'être efficace afin d'apporter au patient une prise en soin adaptée à ses besoins dans le but d'assurer la sécurité et le maintien à domicile (L26-48). La réflexion infirmière doit être mise en lien avec le médecin et les autres professionnels médicaux et paramédicaux (L.50).

Toutefois, les soins à domicile sont confrontés à un délai d'attente lorsqu'il s'agit de faire intervenir d'autres professionnels, cela peut être délétère pour le patient en retardant sa prise en charge (L.86-87). Les infirmières à domicile ne peuvent pas avoir accès à un avis médical de façon instantanée contrairement au milieu hospitalier où médecins et infirmiers travaillent en collaboration en permanence (L.52-95). Cela favorise le travail en autonomie de l'infirmière, il est donc essentiel de mener un raisonnement clinique pertinent (L56-64). L'investissement de l'infirmière par sa réflexion, ses qualités relationnelles, permet de répondre aux inquiétudes et aux exigences du patient laissant place à un climat de confiance. Cela étaye la relation soignant-soigné (L.136).

La qualité de soin est garantie par un raisonnement clinique qui prend en compte le patient dans sa globalité et est adapté au patient. Pour parvenir à cette qualité, les moyens humains, matériels et cognitifs doivent-être mobilisés (L.144-150). Une infirmière doit être tout au long de sa carrière dans l'enrichissement de ses connaissances pour améliorer sa pratique infirmière (L169.172).

6.2 Analyse thématique

Dans cette partie de ma recherche, je souhaitais confronter les données recueillies lors de mes entretiens avec les différentes infirmières. Leurs allocutions seront ensuite confrontées avec le cadre de référence afin de comparer la théorie et la pratique réelle autour de ce concept dans l'objectif de réaliser une analyse transversale.

Pour cela, j'ai réalisé un tableau par entretien en relevant les propos des différentes infirmières, selon les thèmes de ma partie conceptuelle. Ensuite j'ai créé un tableau (ANNEXE XII) avec les mêmes thèmes dans lequel j'ai rassemblais toutes les interlocutions des six infirmières pour me faciliter la comparaison et la confrontation de leurs discours. J'ai retenu dans ce tableau les phrases les plus pertinentes.

Pour mener ce travail, j'ai partagé cette partie selon les thèmes qui ressortent de l'ensemble des entretiens et qui ont retenu mon attention.

6.2.1 La posture réflexive

Pour les six infirmières, le raisonnement clinique permet de passer de la théorie à la pratique, c'est ce qui est communément appelé la posture réflexive. Le raisonnement clinique est mobilisé en permanence et est « *la base de notre métier* » précise Rose (L.109). Coquelicot rejoint la définition donnée par Thérèse Psiuk et Loïc Martin lorsqu'elle définit le raisonnement clinique de « *démarche psychique qui vient du fait de l'observation et qui amène à être au plus juste du diagnostic infirmier* » (L.17-18). Elles se rejoignent toutes pour exprimer que ce raisonnement doit être personnalisé et adapté aux besoins du patient.

Lys a rencontré, dans un premier temps, des difficultés à définir le raisonnement clinique, mais une fois ce concept introduit dans une situation de soin, elle a pu en donner une définition pertinente et réaliste. Selon elle, il permet de répondre aux besoins du patients notamment par l'observation (L.161-162), d'éviter de nouveaux problèmes de santé mais aussi de prévenir les éventuelles complications. Pour les déceler et les anticiper, il est nécessaire d'avoir les connaissances suffisantes. (L.131-164). Ce processus cognitif est le raisonnement hypothético-déductif qui, par le fait de hiérarchiser les hypothèses permet de comprendre les problèmes et leurs causes et par conséquent anticiper les éventuelles complications. (Martin, Le raisonnement clinique, 2019, p. 18).

Lors du récit d'une situation de soin vécu par Coquelicot, elle mentionne la notion d'instinct, « *l'instinct entre guillemets, le flair ... infirmier* » (L.109-110). C'est le raisonnement clinique inductif et hypothético-déductif qui permet la formulation d'hypothèses suite à la formalisation d'un doute, cela implique « *l'acceptation du doute à partir de l'intuition perceptive* ». (Psiuk, L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 60).

Ce concept de raisonnement clinique est plus familier pour les diplômées depuis la réforme de 2009, période à laquelle ce concept apparaît dans le référentiel infirmier. Thérèse Psiuk précise que le corps paramédical diplômé d'avant cette réforme a du mal à « *conscientiser* », alors qu'elles ont toujours su mobiliser cette compétence. (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 18). Rose est consciente que c'est un concept méconnu sous cette désignation par les anciennes diplômées, pourtant elle est persuadée que ce processus ainsi que l'aide d'outils, apportent un soutien dans la pratique soignante (L.97-99).

Chacune fait appel à des outils différents ou similaires pour enrichir leur esprit critique et mener à bien ce raisonnement diagnostique.

Pour Coquelicot, la posture réflexive du soignant qui repose sur les connaissances acquises lors de la formation en soins infirmiers et affinées lors de l'exercice de la profession d'infirmière permet d'entreprendre ce processus de réflexion (L.26-27). Quant à Lilas, la posture réflexive s'acquière surtout sur le terrain et est soutenue par les apports théoriques acquis en formation (L119-124).

Je souhaiterais compléter cette analyse par une définition de la posture réflexive qui n'apparaît pas dans mon cadre conceptuel.

D'après Caroline Galle Gaudin, (Caroline, 2013)

« La posture réflexive passe par un aller-retour permanent entre la théorie et une réelle pratique, donnant à cette pratique purement intuitive ou maîtrisée par des habilités ou acquise « sur le tas » la compréhension des gestes, la réflexion sur ses propres agir et ceux de l'autre. Cet aller-retour théorie/pratique s'installe dans le dosage d'un dialogue. » (Caroline, 2013, p. 3).

Pour revenir aux outils, la démarche de soin est évoquée dès le premier entretien par Fleur. D'après elle, le raisonnement clinique est mené à l'aide de la démarche de soin qui confronte le

recueil de données aux connaissances permettant ainsi d'énoncer des diagnostic infirmiers à l'aide de jugements cliniques. Plus loin dans l'entretien, elle qualifie cette démarche de soin de « *démarche clinique* » car pour elle c'est la même chose. Alors que Thérèse Psiuk différencie la démarche clinique de la démarche de soin, la démarche clinique est la « *problématisation* » d'une situation de soin alors que la démarche de soin est « *la résolution de problèmes* ». La « *démarche de soin est la résultante d'une démarche clinique pertinente.* » (Psiuk T. , Raisonnement clinique et personnalisation des soins, 2009, p. 8).

Les démarches cliniques sont un réel support pour Rose dont le diplôme est récent. Elles lui permettent de se questionner sur la prise en soin du patient, de mettre en place des actions et d'adapter un projet de soin personnalisé.

Les deux jeunes diplômées, Lilas et Rose ont un avis partagé sur cet outil. Pour Lilas, les démarches cliniques sont certes, un outil acquis en centre de formation mais pour lesquelles elle rencontre des difficultés pour les utiliser et les mettre en pratique. D'autant plus que dans sa pratique professionnelle, elle estime que l'expérience lui apporte plus que les apports théoriques. Elle a conscience que la théorie reste la base de l'exercice de la profession mais elle est persuadée que l'expérience vient affiner le raisonnement clinique et perfectionner son savoir-faire. Tandis que pour Rose, c'est un outil qu'elle mobilise beaucoup d'autant plus en étant jeune diplômée, elles lui permettent d'étayer la prise en soin, de se questionner et aussi de se remettre en question (L.96-104).

J'ai pu également relever lors de ses entretiens que les capacités d'observation, les connaissances théoriques, l'examen clinique (entretien clinique et examen clinique), le recueil de données, l'écoute et la qualité relationnelle sont des outils essentiels à l'égard des six infirmières permettant l'aboutissement du raisonnement clinique. Cela, me fait écho aux six piliers du raisonnement clinique énoncés par Loïc Martin, auxquels s'ajoutent à ceux cités par les infirmières, « *le tri et la catégorisation des données* » (Martin, 2019, pp. 30-63). Toutefois, la démarche clinique permet de trier et de hiérarchiser les problèmes réels et potentiels du patient. On peut donc assimiler la démarche clinique au tri et à la catégorisation des données et de ce fait conduire le raisonnement à émettre des diagnostics infirmiers.

Le diagnostic infirmier est « *l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une*

collectivité » (Psiuk A. M.-T., 1996, p. 14). Fleur, Coquelicot et Jasmine ont abordée le diagnostic infirmier. Pour Jasmine un « *bon diagnostic* » vient étayer la relation soignant-soigné en instaurant un climat de confiance lorsque le raisonnement est expliqué au patient et lui permet de répondre à ses besoins (L.131-137). Fleur explique que le diagnostic infirmier est posé en confrontant les données cliniques et les apports théoriques à l'aide de la démarche de soin. Il va permettre une planification et une priorisation de soins pour une « *prise en charge holistique* » du patient (L.41-52).

D'après Coquelicot, c'est toute la démarche psychique conduite par le raisonnement clinique qui mène à être au plus « *juste du diagnostic infirmier* » (L.15-18). Elle fait bien la distinction entre le diagnostic infirmier qui découle de la compétence infirmière du diagnostic médical (L.62-63).

Selon Nagels, le diagnostic infirmier « *suggère une approche plus globale, profondément humaine, d'un trouble de santé pour établir un projet de soin in individualisé* », alors que le diagnostic médical « *décrit un ensemble de symptômes et de signes cliniques en vue de prescrire une thérapie* ». (Nagels, 2017, p. 1).

L'ensemble de ce processus apporte du sens au soin et permet de prendre en compte le patient dans sa globalité, comme le précise Fleur, Lilas, Jasmine et Rose, ce qui garantit la qualité dans le soin.

Pour Walter Hesbeen, la qualité du soin dépend justement du sens qui est accordé par le soignant à l'acte. Il porte une grande attention sur le fait que la qualité du soin ne peut être réduite à l'acte technique lui-même mais doit être accompagnée de la dimension relationnelle afin de répondre à une perspective soignante (Hesbeen, 2008, p. 46), il différencie le « *prendre soin* » du « *faire des soins* » (Hesbeen, 2008, pp. 22-23).

Fleur propose d'affiner le raisonnement et de personnaliser le soin en fonction de l'état de santé du patient mais aussi selon ses besoins, ses ressources et dans le respect des valeurs humaines (L.55-58). Pour elle, les décisions doivent être prises après réflexions, les actions doivent être entreprises avec le patient et cela en accordant du sens à chaque action (L.55-70).

Quant à Rose, la qualité de soin ne dépend pas que de l'acte de soin lui-même car une prise en soin holistique est garantie par le raisonnement clinique mené correctement (L.76-82) et lorsque

le soin est abordé dans sa globalité c'est-à-dire dans une dimension relationnelle, psychologique et technique (L.90-92).

Lilas et Rose se rejoignent pour affirmer que la remise en question du soignant assure la qualité de soin (Lilas, L.77 ; Rose, L.100). Pour Lilas, un soin réalisé de manière congruent et avec les moyens à disposition ne peuvent qu'offrir au patient « *la meilleure des qualités de soins* » (L.71-75).

Selon Jasmine, la qualité de soin est assurée par un raisonnement clinique qui prend en compte le patient dans sa globalité et est adapté au patient. Pour parvenir à cette qualité, les moyens humains, matériels et cognitifs doivent être mobilisés (L.144-150). Elle précise que pour améliorer sa pratique une infirmière doit tout au long de son parcours professionnel enrichir ses connaissances (L.169-172).

Le raisonnement clinique rencontre des freins qui sont différents selon la spécificité du secteur dans lequel exerce les infirmières. En milieu hospitalier, on va rencontrer plutôt des freins liés au sous-effectif et à la charge de travail qui viennent impacter le temps accordé au patient et donc la réflexion infirmière. D'après Fleur, le sous-effectif et le manque de temps lié à une surcharge de travail vont se répercuter sur la qualité de soin ainsi que la prise de décisions qui peuvent être prises de façon hâtive (L.95-105). Rose rejoint Fleur, pour elle le manque de personnel et de temps impute la réflexion clinique et empêche de l'acheminer, ce qui affecte la prise en soin et est une source de frustration pour le soignant (L.45-54). Dans le secteur du libéral, le raisonnement clinique peut être mis à mal par le manque de disponibilité du médecin ainsi que les délais de rendez-vous paramédicaux et médicaux, lorsque le patient présente de nouveaux problèmes de santé (Lilas : L.44-45 ; Jasmine : L.52-95). Cependant cette notion de freins n'est pas abordée dans mon cadre conceptuel, par les auteurs de mes lectures.

La posture réflexive dépend donc de plusieurs facteurs, des facteurs propres au soignant et à son raisonnement, à la qualité de la relation avec le soigné, des moyens à disposition, du sens accordé au soin ainsi qu'à la qualité de soin qui découle de cette réflexivité.

Pour assurer une qualité de soin optimale, l'unanimité des infirmières accordent une importance au travail en collaboration avec le médecin et le travail pluridisciplinaire qui permet d'adopter une posture réflexive commune dans le but d'adopter une cohésion dans le soin.

6.2.2 Le travail en collaboration et pluridisciplinaire

D'après Margot Phaneuf le travail en collaboration nécessite un partage des observations. Étant donné que l'infirmier passe plus de temps auprès du patient, il est plus à même à mobiliser d'autres professionnels tel que les psychologues, diététicienne, (Phaneuf, 2011, pp. 40-42-56).

Les six infirmières évoquent le travail en équipe et le travail en collaboration comme étant un outil important dans la prise en soin d'un patient, ce qui va dans le sens de l'auteure. Pour elles, le travail en équipe vient affûter le raisonnement diagnostique par l'apport des connaissances de chacun et vient de surcroît enrichir la réflexion individuelle et permet de ce fait une cohésion d'équipe afin d'assurer la sécurité du patient. Cette réflexion collective apporte un raisonnement exhaustif dans la prise en soin.

Fleur accorde une importance aux réunions d'équipe qui permet le partage de nouvelles informations concernant le patient permettant ainsi un travail en collaboration et une prise de recul sur les situations de soins complexes (L.84-92). Ce qui assure une sécurité de soin au patient (L.174). Pour Coquelicot, ce travail en équipe permet d'être au plus « *pointu* » du raisonnement (L.24-28).

Selon l'article écrit par Eliane Rothier Bautzer, « *la relation infirmière-médecin est fondée sur un partenariat* » et dont « *leur activité professionnelle vise en premier lieu le soulagement du patient par la recherche de la guérison de la maladie.* » (Bautzer, 2017, p. 1). Pour cette raison, la qualité de ce « *partenariat* » oriente la prise en soin du patient et par conséquent la relation soignant-soigné. Lors des entretiens, Fleur et Coquelicot sont conscientes que ce sont leurs jugements cliniques qui leur permettent d'émettre des diagnostics infirmiers venant affiner le diagnostic médical. Pour Rose, le raisonnement clinique lui permet de déceler les possibles incohérences dans les prescriptions médicales et en discuter avec le médecin afin de comprendre l'intérêt de cette prescription ou de la réajuster selon les problèmes du patient (L.18-22).

Quant à Jasmine et Lilas, infirmières libérales, elles sont souvent amenées à faire le lien entre leurs patients et le médecin traitant. Elles doivent être dans la capacité d'expliquer au patient la prise en soin qui lui est proposée, les médicaments prescrits mais aussi d'apporter au médecin les éléments pertinents pour lui permettre d'adapter ses prescriptions. Quant à Lys, le travail en collaboration avec le médecin permet de rassurer la famille (L.122-123). Les observations et la

réflexion infirmière doivent permettre d'anticiper les complications et alerter le médecin dans le but de préserver la sécurité du patient (L.42-44).

Jasmine a souhaité conclure l'entretien par la richesse de savoirs et de compétences que peut apporter le travail en équipe pluridisciplinaire et le travail en collaboration qui viennent « *étayer notre propre pratique* » (L.169-172).

6.2.3 La relation soignant-soigné et la relation triangulaire

Par son sens étymologique, la relation soignant-soigné est la mise en rapport d'un soignant, dans un contexte de « prendre soin », et d'un soigné, qui lui est en situation de vulnérabilité de par ses problèmes de santé. Ce qui fait de cette relation une relation asymétrique.

Selon Alexandre Manoukian, cette relation est déterminée par le soin dans lequel tous les facteurs ont une importance, les facteurs physiques, psychologiques et les facteurs sociaux. (Manoukian, 1997, p. 5). Pour Margot Phaneuf, la valeur de la relation soignant-soigné qui découle de la relation d'aide permet au métier d'infirmier d'avoir « *une âme* ». (Phaneuf, 2011, p. IV).

Lors de mes entretiens, j'ai demandé aux six infirmières de me citer les impacts que pouvait avoir le raisonnement clinique sur la relation soignant-soigné. D'après les dires de Fleur, Rose et Jasmine un raisonnement clinique efficient et exhaustif vient étayer la relation de confiance qui découle d'une relation d'aide. Fleur parle de disponibilité et d'empathie pour établir cette relation particulière surtout dans des situations de soins complexes (L.115-124). Sa réflexion rejoint celle de Carl Rogers et d'Alexandre Manoukian. Selon eux, la relation soignant-soigné contribue à l'élaboration de la relation d'aide fondée sur la relation de confiance en mobilisant « *la considération positive, l'authenticité, l'empathie et l'absence de jugement* ». (Manoukian, 1997, p. 53). Rose et Jasmine sont persuadées que le fait de faire des liens et d'être dans la capacité d'expliquer au patient l'intérêt du soin, ne peut que renforcer la relation de confiance issue de la relation d'aide qui découle du soin. Pour Rose le manque de raisonnement et de réponses au patient peuvent fragiliser la relation de soin (L.62-68). Toutes les deux insistent, ainsi que Lilas, sur l'importance de prendre le patient dans sa globalité, c'est ce qui permet de différencier le « *care* » du « *cure* ». Le « *care* » étant le fait de prendre soin de la personne en

tant qu'individu alors que le « *cure* » traite la personne à travers la lésion organique. Cela assure une prise en soin personnalisée et de qualité.

Afin de pallier à l'asymétrie présente dans une relation de soin, Lilas propose d'inclure le patient dans le raisonnement clinique en lui expliquant l'intérêt du projet de soin et de recueillir son consentement (L.51-60).

Lys, infirmière en hôpital de semaine d'endocrinologie, rapporte que la particularité de la maladie chronique laisse place à un soin relationnel spécifique où le soignant est intégré dans les projets personnels du patient. Pour faire place à cette relation, le soignant doit pouvoir mobiliser ses connaissances et être expert dans son domaine de soin (L.83-96). Cela renvoi à la relation *counseling* qui, par la relation thérapeutique va aider le patient à mieux vivre son quotidien. (Psiuk, 2012, p. 16 et 198). Il s'agit d'un accompagnement relationnel dans les problèmes de la vie courante rencontrés par le patient.

Le contexte familial du patient a également son importance ainsi que l'histoire de vie. Toutes les données en rapport avec l'histoire de vie et l'entourage du patient peuvent rendre une relation de soin difficile et mettre en difficulté le soignant. L'auteur fait référence à la relation triangulaire qui inclut à la relation soignant-soigné, l'entourage du patient. Elle peut être de différente nature et influencer la prise en soin du patient. (Manoukian, 1997, p. 5). Coquelicot rejoint la pensée de Manoukian, pour elle la relation triangulaire est une ressource supplémentaire pour le recueil de données du patient, notamment sur sa condition de vie en dehors du contexte de soin. Cela permet la mise en place d'un projet de soin adapté aux besoins et habitudes du patient (L.45-54). Cependant, elle estime qu'en France cette relation triangulaire n'est pas suffisamment mobilisée et viens donc impacter le raisonnement clinique par le manque d'informations sur le patient en dehors du parcours de soin (L.38-42).

Pour Jasmine, la relation triangulaire est un support dans la pratique soignante, elle peut contribuer à l'amélioration de l'état de santé du patient et assurer ainsi le maintien à domicile (L.15-19). Selon la qualité de cette relation avec l'entourage, elle peut représenter une contrainte et impacter la prise en soin du patient et de ce fait l'évolution de son état de santé (L.112-119).

L'ensemble des éléments recueillis tout au long de cette analyse m'ont menée à observer l'importance de la relation soignant-soigné et triangulaire, qui peut être une source non négligeable de l'autonomie de l'infirmière dans sa pratique soignante.

6.2.4 L'autonomie de l'infirmière

Tout d'abord, il convient de donner une définition de l'autonomie. Ce mot appartient au vocabulaire grec, « *autonomos* » qui signifie « *se régir d'après ses propres lois* ». (Psiuk A. M.-T., 1996, p. 77).

D'un point de vue philosophique, pour Kant, l'autonomie signifie « *que l'homme, tout en étant assujetti par son devoir à une loi, n'est soumis qu'à sa propre raison.* » (Foessel, 2011, p. 8).

L'autonomie dans la pratique infirmière est définie par C.Piguet comme « *l'exercice de la puissance personnelle d'agir de l'infirmière selon l'orientation qu'elle choisit, « santé » ou « soins », et cela de manière explicite aux différents niveaux d'organisation (personne, équipe, institution)* ». (C.Piguet, 2010, p. 1).

Selon le Larousse, l'autonomie se « *dit de quelqu'un qui a une certaine indépendance, qui est capable d'agir sans avoir recours à autrui.* »

Nous pouvons observer que l'autonomie est un concept difficile à définir, il convient donc de dire que l'autonomie est la capacité d'agir selon son plein gré. Dans le contexte de soin, ce concept va notamment dépendre du champ de compétence du professionnel.

Tout au long des entretiens, les infirmières abordent l'autonomie de façon implicite ou de manière explicite.

Fleur, Coquelicot et Jasmine ont conscience que leur diagnostic infirmier assure une prise en soin optimale et influence le diagnostic médical et donc les actions ou prescriptions qui en découlent. L'autonomie de l'infirmière lui permet de collecter les informations et de réaliser l'anamnèse d'un patient, ce qui « *permet au médecin d'affiner son diagnostic et de prendre des décisions* » (Fleur, L.7-8).

Comme le dit Margot Phaneuf, du fait de la relation soignant-soigné, l'infirmier est souvent au chevet du patient, cela lui confère la possibilité d'affiner son recueil de données par l'observation, l'écoute active et tant d'autres concepts (Phaneuf, 2011, pp. 40-42). Cela lui permet de solliciter les professionnels médicaux et paramédicaux en fonction des problèmes de santé du patient. Le soin à domicile favorise le travail en autonomie, selon Jasmine (L.63-67), leur réflexivité doit être efficiente afin de déceler les problèmes potentiels et faire intervenir les professionnels qualifiés (psychologue, médecin, ...). Si la situation du patient est critique elles sont dans la capacité de solliciter une hospitalisation (L.81).

Lys travaille en autonomie lorsqu'elle réajuste les doses d'insuline selon des protocoles et accompagne le patient dans l'éducation thérapeutique. La spécificité du service dans lequel elle exerce lui confère la possibilité d'anticiper et de déceler les éventuelles complications. La qualité de son jugement clinique lui permet de faire intervenir le médecin (151-153).

En ce qui concerne Rose, sa posture réflexive, sa capacité de faire des liens et de se poser des questions lui donnent la possibilité de vérifier les prescriptions médicales et de déceler les possibles incohérences (L.17-22).

Tout au long de cette analyse, nous notons, en effet que l'autonomie de l'infirmière est bien présente dans son exercice, cependant il est intéressant de la positionner dans le cadre légal afin de la comprendre et de déterminer ses limites.

7 Problématique

À partir de ma question de départ, j'ai orienté ma réflexion autour de trois mots clefs qui ont guidé mes entretiens, il y avait donc le raisonnement clinique, la relation soignant-soigné et la qualité de soin. Mon cadre de référence a été construit autour de ces derniers et j'ai pu constater tout au long des entretiens que les infirmières rejoignent les auteurs sur de nombreux points. Il en ressort des similitudes mais aussi des réflexions qui m'ont menés à me questionner sur d'autres compétences infirmières.

En effet, elles ont su donner une définition du raisonnement clinique qui se rapproche de celle des auteurs, malgré les difficultés rencontrées par certaines. J'ai pu également observer l'analyse de Thérèse Psiuk sur l'aspect implicite et explicite accordé par les infirmières au raisonnement clinique. Coquelicot a su donner une définition qui se rapproche de celle de Thérèse Psiuk et de Loïc Martin, tandis que Lys a été plus implicite sur ce concept.

Certes le raisonnement clinique s'acquière par l'apprentissage, comme le précise Thérèse Psiuk (Psiuk T. , L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 18), mais de nombreux outils sont nécessaires afin de le mener, parmi eux l'observation. Les six professionnels ont mentionné l'importance des apports théoriques ainsi que le sens de l'observation qui mène à raisonner et émettre des jugements cliniques à l'aide du raisonnement hypothético-déductif, « *quand on rentre dans une chambre on regarde le patient (Lys, L.162) ... l'aspect visuel...donc c'est important* » (L.163-164) ; « *pour moi c'est toute une démarche psychique mais qui vient du fait de l'observation* » (Coquelicot, L.9-10). Loïc Martin a détaché volontairement l'observation de l'examen clinique afin de la détailler car selon lui c'est une capacité primordiale pour l'infirmier. (Martin, Le raisonnement clinique, 2019, p. XIX). Pour M. Phaneuf c'est un processus clinique rigoureux qui exige des connaissances théoriques et un raisonnement inductif. (Phaneuf, 2011, pp. 34-39-56).

Le raisonnement clinique est défini par L. Martin comme étant un processus intellectuel méthodologique qui, à partir d'une situation de soin sont dégagées des données cliniques permettant d'identifier les problèmes réels ou potentiels d'un patient afin de poser un diagnostic infirmier. Pour Psiuk, pionnière du raisonnement diagnostique, il permet « *d'évaluer une situation clinique et d'établir un diagnostic dans le domaine infirmier mais il doit également*

être expliqué afin d'évaluer la pertinence du diagnostic de situation clinique posé. » (Psiuk T., L'apprentissage du raisonnement clinique, 2012, p. 18).

Le diagnostic infirmier est une compétence qui a été mis en avant lors de mes entretiens. Il est formulé à travers des jugements cliniques posés lors de problèmes réels ou potentiels rencontrés dans un contexte de soins. Les jugements cliniques interviennent dans le champ de compétence infirmier et lui confère une autonomie. Cependant, il est important de dissocier le diagnostic infirmier qui intervient dans le cadre du rôle propre infirmier du diagnostic médical. Lors de l'analyse de ces entretiens, j'ai pu remarquer que le discours des infirmières était riche et qu'elles ont su faire ressortir des concepts présents dans mon cadre conceptuel mais aussi d'autres notions qui ont retenues mon attention, tel que la posture réflexive, la relation de soin ainsi que la relation triangulaire, le travail en collaboration et pluridisciplinaire mais surtout l'autonomie de l'infirmière.

La notion d'autonomie de l'infirmière apparait depuis la loi du 31 mai 1978 relative à la profession d'infirmière qui reconnaît officiellement le rôle propre. Ce qui marque le passage *« du rôle d'exécutante de la prescription médicale au rôle de collaboration. »* (Arlette Marchal, 2010, p. 57). Les décrets qui ont suivi sont de plus en plus précis concernant la collaboration infirmière et médecin. Entre autres, le décret du 15 mars 1993 qui délimite en termes d'actes l'activité de l'infirmière, le rôle propre *« donne à l'infirmière une compétence pour prendre des initiatives qu'elle juge nécessaires à l'accomplissement de soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie. »* (Psiuk A. M.-T., 1996, p. 76).

En revanche, il est important de relever que la responsabilité de l'infirmière est engagée à la fois dans les jugements cliniques qu'elle va poser dans les trois domaines identifiés par le modèle trifocal (les pathologies, les risques, les réactions humaines physiologiques et ou psychologiques). Ainsi que dans ses jugements thérapeutiques, qu'ils soient prescrits par le médecin ou l'infirmière elle-même. (Arlette Marchal, 2010, p. 58).

La limite de cette autonomie se trouve dans la notion de diagnostic médical et d'hypothèse de diagnostic médical. En effet, une infirmière qui *« poserait un diagnostic médical sans l'accord du médecin, serait en exercice illégal de la médecine »*. Or, elle est capable de *« formuler une hypothèse de diagnostic médical devant l'observation des signes cliniques et de recueillir les signes complémentaires pertinents. »* (Arlette Marchal, 2010, p. 63).

Il est donc important de mettre l'accent sur la notion de collaboration, de partenariat entre l'infirmière et le médecin, car les jugements cliniques infirmiers peuvent influencer le diagnostic médical, c'est pour cette raison que les observations cliniques doivent être précises afin « *d'orienter le raisonnement diagnostique du médecin et le choix thérapeutique* ». (Arlette Marchal, 2010, pp. 63-64).

Il y a souvent confusion entre le rôle propre et le rôle médico-délégué, le rôle propre est considéré comme un rôle de responsable et le rôle prescrit comme un rôle d'exécutante, néanmoins, « *l'Autonomie-Liberté-Responsabilité de l'infirmière dans les actes médicaux est bien inscrites dans les textes réglementaires.* » (Psiuk A. M.-T., 1996, p. 77). Il permet à l'infirmier de ne pas avoir un rôle de simple exécutant car ses connaissances lui offrent la possibilité de connaître l'objectif de la prescription médicale « *pour le patient afin d'évaluer les indices d'efficacité ou de repérer les signes d'inefficacité ou d'intolérance.* » (Arlette Marchal, 2010, p. 67). Ce qui permettra de réajuster ou modifier les prescriptions.

L'autonomie apparaît par la formulation de jugements cliniques, la liberté étant la possibilité d'agir, autonomie et liberté sont donc intimement liées. La responsabilité, du fait que l'infirmière doit se sentir responsable de ses actes ce qui l'oblige à rendre des comptes, ses actes de soins doivent donc être réfléchis. On parle alors d'autonomie-liberté-responsabilité. « *Autonomie, Liberté et Responsabilité deviennent un trio indissociable dans l'activité de l'infirmière.* » (Psiuk A. M.-T., 1996, p. 77).

La rédaction de protocole apporte à l'infirmière une autonomie dans l'exercice de sa pratique soignante, en l'absence de celui-ci elle « *doit pratiquer les actes, dont elle a l'expérience ou qu'elle connaît, nécessaires à la vie du malade. La règle est celle du bon sens.* » (Psiuk A. M.-T., 1996, p. 79).

Les lectures menées pour situer et définir le concept d'autonomie, m'ont permises de réaliser que c'est un sujet large et complexe, en perpétuel mouvement. D'autant plus depuis le Décret du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (I.P.A.) qui vient élargir les compétences paramédicales et se retrouve en jonction avec l'exercice médical.

8 Question de recherche

La situation d'appel m'a permis de dégager une question de départ qui a guidé ma réflexion et ma recherche :

En quoi le raisonnement clinique infirmier optimise une qualité de soin et de ce fait renforce la relation soignant/soigné si celui-ci est mobilisé de manière plus fréquente au sein d'une prise en soin globale ?

Au cours de mes entretiens ressort un thème qui est l'autonomie de l'infirmière et qui oriente mon travail vers la question de recherche suivante :

En quoi le raisonnement clinique est un levier de l'autonomie dans la pratique infirmière ?

9 Conclusion

Ce travail arrive à son terme et vient clôturer ces trois années de formation. Il m'a permis de me questionner sur les réelles raisons qui m'ont poussées à exercer cette profession. Certes, c'est un métier riche en expériences humaines mais qui exige beaucoup de rigueur et d'investissement personnel.

Lorsqu'il a fallu trouver un sujet pour le travail de fin d'études, j'ai rencontré des difficultés à trouver le concept qui ressortait de ma situation d'appel. Mais une fois celle-ci exposée à ma directrice de mémoire, elle a su m'aider à en dégager le concept du raisonnement clinique. Cela m'a semblé être d'une grande évidence. J'ai compris que ce qui m'a menée à m'engager dans cette formation, était ma curiosité intellectuelle, ma capacité à raisonner et à chercher le sens de chaque acte de soin.

Ce travail écrit permet de répondre au référentiel de formation qui précise que dans les finalités de la formation « *l'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé...* » (annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État Infirmier, modifié par l'arrêté du 26 septembre 2014). La réflexion menée tout au long de ce travail m'a apportée un enrichissement personnel à travers des lectures mais aussi des témoignages d'infirmières sur le raisonnement clinique. Il m'a aidée à mettre en évidence les compétences essentielles à la pratique de mon futur métier, notamment la posture réflexive, les apports théoriques, le sens de l'observation, la qualité de l'écoute et bien d'autres qui me permettront de construire mon identité professionnelle.

Il m'a également permis d'étayer mon travail sur le raisonnement clinique infirmier et ce qu'il implique dans la pratique soignante. J'ai pu noter que la collaboration pluridisciplinaire ainsi que la relation soignant-soigné et la relation triangulaire étaient un support important dans la réflexivité individuelle de chaque professionnel paramédical et médical. Il ressort de mes entretiens cette notion de remise en question que j'estime essentielle dans l'exercice de la profession et qu'il est nécessaire d'avoir afin de parfaire notre pratique.

Je suis persuadée que la posture réflexive permet de réfléchir au soin et d'y donner du sens, ce qui me permet de rejoindre W. Hesbeen qui tient à différencier le « *prendre soin* » du « *faire des soins* ».

En somme, le raisonnement clinique représente une compétence qui met en valeur notre profession pour laquelle de nombreuses personnes se sont battues dans le but de faire évoluer la reconnaissance du diplôme et permettre à l'infirmier d'être en autonomie. Cependant, la notion de freins serait intéressante à questionner et à enrichir par des ouvrages afin de l'approfondir et de la comprendre. Cette notion qui a également éveillé ma curiosité ne doit pas entraver l'autonomie acquise de l'infirmière.

Ce travail se termine et j'avoue que cela laissera un vide. Il a permis une rétrospection sur le chemin que j'ai parcouru et celui qui me mènera à être une infirmière réflexive en gardant en tête l'importance de la notion d'humanité.

10 Bibliographie

- Infirmiers.com. (2018). Les textes qui régissent la profession infirmière. En ligne <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/un-seul-texte-pour-regir-la-profession-infirmiere.html>, consulté le 15 octobre 2021.
- EMC. *Esprit critique en soins infirmiers*. (2009). Paris : Elsevier Masson. En ligne <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/221274/resultatrecherche/1>.
- Rothier Bautzer, E. (2017). *Les relations infirmières-médecins, reflet de notre société*. Paris : Elsevier Masson. En ligne <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1124231/resultatrecherche/2>.
- Psiuk, T. (2009). *Raisonnement clinique et personnalisation des soins*. (2009). Paris : Elsevier Masson. En ligne <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/221490/resultatrecherche/1>.
- Relation soignant/soigné. (2018/2019). 1^{ère} Année de Médecine, Faculté de Médecine de Constantine3. En ligne http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf, consulté le 02 novembre 2021.
- ManagerSante.com. (2019). Et si le « raisonnement clinique infirmier » s'appropriait par le jeu ? Loïc MARTIN propose une méthode innovante dans son nouvel ouvrage. En ligne <https://managersante.com/2019/10/07/et-si-le-raisonnement-clinique-infirmier-sappropriait-par-le-jeu-loic-martin-nous-en-presente-la-methode-extraite-de-son-ouvrage/>, consulté le 02 mai 2022.
- Sauvayre, R. (20123). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Arlette Marchal, T. P. (2010). *La démarche clinique de l'infirmière*. Paris: Seli Arslan.
- Bautzer, E. R. (2017, Juin-Juillet). Les relations infirmières-médecins, reflet de notre société. *La collaboration infirmière-médecin*, pp. 1-4.
- C.Piguet. (2010). Autonomie dans les pratiques infirmières. *Savoirs et soins infirmiers*, pp. 1-10.
- Caroline, G. G. (2013, Aout). Tournant réflexif dans la pratique soignante. *Savoirs et soins infirmiers*.

- Foessel, M. (2011). Kant ou les vertus de l'autonomie. *CAIRN.INFO Matières à réflexion*, pp. 341-351.
- Hesbeen, W. (2008). *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*. Issy-les-Moulineaux: ELSEVIER MASSON.
- JOVIC, M. F. (2012). *Les Concepts en Sciences infirmières*. Lyon: MALLET CONCEIL.
- Manoukian, A. (1997). *La relation soignant-soigné*. Paris: Lamarre.
- Martin, L. (2019). *Le raisonnement clinique*. Paris: Elsevier Masson.
- Martin, L. (2019). *Le raisonnement clinique*. Paris: Elsevier Masson.
- Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation. *Recherche en soins infirmiers*, pp. 6-17.
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné*. Montréal (Canada): CHENELIERE EDUCATION.
- Profession infirmier. (2017, 07 01). *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*. Boulogne-Billancourt: Berger Levrault.
- Psiuk, A. M.-T. (1996). *Le diagnostic infirmier*. Moulins-lès-Metz: Lamarre.
- Psiuk, A. M.-T. (1996). *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Moulins-lès-Metz: LAMARRE.
- Psiuk, T. (2009). Raisonnement clinique et personnalisation des soins. *Savoirs et soins infirmiers*, pp. 1-10.
- Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique*. Bruxelles: De Boeck supérieur.
- Tribble, S. C.-D.-C. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, pp. 13-21.

11 Table des Annexes

I.	ANNEXE I. Guide d'entretien	I
II.	ANNEXE II. Demande d'autorisation d'entretien du CH Henri DUFFAUT	II
III.	ANNEXE III. Demande d'autorisation d'entretien du CH de MONTFAVET	III
IV.	ANNEXE IV. Réponse du CH Henri DUFFAUT	IV
V.	ANNEXE V : Réponse du CH de MONTFAVET	V
VI.	ANNEXE VI : Autorisation de diffusion.....	VI
VII.	ANNEXE VII. Retranscription entretien 1- Service accueil crise ouvert	VII
VIII.	ANNEXE VIII. Retranscription entretien 2- Accueil crise ouvert	XIV
IX.	ANNEXE IX. Retranscription entretien 3- Service endocrinologie, H.D.S	XIX
X.	ANNEXE X. Retranscription entretien 4 - Infirmière libérale < 4 ans.....	XXV
XI.	ANNEXE XI. Retranscription entretien 5 - Service de neurologie.....	XXX
XII.	ANNEXE XII. Retranscription entretien 6- Infirmière libérale > 16 ans.....	XXXIV
XIII.	ANNEXE XIII. Grille d'analyse des entretiens	XL

I. ANNEXE I. Guide d'entretien

Sur le plan sociologique :

- Quel est votre prénom ?
- Depuis combien d'années êtes-vous diplômé ?
- Depuis combien de temps vous exercez dans ce service ?

Questions de l'entretien :

Le raisonnement clinique infirmier :

- Qu'est-ce que pour vous le raisonnement clinique ?
- Quels outils utilisez-vous pour mobiliser le raisonnement clinique ?
- Quels freins rencontrez-vous quant à la mobilisation du raisonnement clinique ?

La relation soignant/soigné :

- Quel impact a le raisonnement clinique sur la relation soignant-soigné ?

Qualité de soin :

- Comment la réflexion infirmière influence la qualité du soin ?

Expérience professionnelle :

- Racontez-moi une situation où le raisonnement clinique a aidé la prise en soin d'un patient.

II. ANNEXE II. Demande d'autorisation d'entretien du CH Henri DUFFAUT

Mme Aicha EL BOUAYADI
43 Allée de Valensole
84260 Sarrians
Email : yasmina084@hotmail.fr
Tél. : 06.26.89.85.20



À l'attention de Madame Ronat, Directrice des soins,

À Avignon, le 07février,

Madame la Directrice des soins,

Actuellement en troisième année de formation en soins infirmiers à l'institut d'Avignon, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Je dois réaliser des entretiens qui me permettront de mener ma réflexion et mon analyse autour de mon thème qui le raisonnement clinique infirmier.

Pour cela, je souhaiterais effectuer mes entretiens dans votre établissement auprès de deux infirmiers de deux services différents tel que le service d'endocrinologie et le service de neurologie.

Pour mener à bien mon raisonnement, l'entretien sera mené auprès d'un(e) infirmier(e) novice (trois à six ans d'exercice depuis l'obtention de leur diplôme), et d'un(e) infirmier(e) expert (plus de quinze ans de diplôme).

Je reste à votre disposition pour tout complément d'informations sur ma démarche.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice des Soins, l'expression de ma respectueuse considération.

III. ANNEXE III. Demande d'autorisation d'entretien du CH de MONTFAVET

Mme Aicha EL BOUAYADI

43 Allée de Valensole

84260 Sarrians

Email : yasmina084@hotmail.fr

Tél. : 06.26.89.85.20



À l'attention de Madame Schuller, Directrice des soins,

À Avignon, le 09 février,

Madame la Directrice des soins,

Actuellement en troisième année de formation en soins infirmiers à l'institut d'Avignon, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Je dois réaliser des entretiens qui me permettront de mener ma réflexion et mon analyse autour de mon thème qui le raisonnement clinique infirmier.

Pour cela, je souhaiterais effectuer mes entretiens dans votre établissement auprès de deux infirmiers en service de psychiatrie, si possible en service d'accueil crise fermé.

Pour mener à bien mon raisonnement, l'entretien sera mené auprès d'un(e) infirmier(e) novice (trois à six ans d'exercice depuis l'obtention de leur diplôme), et d'un(e) infirmier(e) expert (plus de quinze de diplôme).

Je reste à votre disposition pour tout complément d'informations sur ma démarche.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame la Directrice des Soins, l'expression de ma respectueuse considération.

IV. ANNEXE IV. Réponse du CH Henri DUFFAUT



CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON
305 rue Raoul FOLLEREAU
84902 AVIGNON CEDEX 9

DIRECTION DES SOINS
☎ 04 32 75 35 81 (secrétariat)

Avignon, le 15 février 2022

Le Directeur Coordonnateur Général des Soins
Karine RONAT

Madame Aïcha EL BOUAYADI
43 allée de Valensole
84260 SARRIANS

Nos Réf. : KR/MP/22
Vos Réf. : votre courrier du 7 février 2022

Objet : TFE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec Monsieur Martin, faisant fonction de cadre de santé du service d'endocrinologie au 04 32 75 30 85, et Madame Litalien, cadre de santé du service de neurologie au 04 32 75 30 63, afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

POUR LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS
LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE

C. PONCE CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON
M. Christophe PONCE
Cadre Supérieur de Santé
Pôle Urgences-Réanimation
SAMU-SMUR et Activités Transversales

V. **ANNEXE V : Réponse du CH de MONTFAVET**

Bonjour,

Merci de solliciter les IDE du Lubéron 2 pour ce travail de fin d'études IFSI

Bien cordialement

IS

De : B077i102@ch-montfavet.fr [mailto:B077i102@ch-montfavet.fr]

Envoyé : vendredi 11 février 2022 10 :13

À : Schuller Isabelle

Objet : Message from B077i102

VI. ANNEXE VI : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : *Aïcha EL BOUAYADI*

Promotion : *2019 - 2022*

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)
Le raisonnement clinique, l'essence de la pratique infirmière.

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui non

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le *15/05/2022* Signature : 

VII. ANNEXE VII. Retranscription entretien 1- Service accueil crise ouvert

1 **FLEUR** : Je pense qu'en fait lorsqu'elle est partie voir le médecin, elle lui donné en fait tous
2 les signes en fait cliniques de décompensation et donc du coup le médecin a déjà établi son
3 diagnostic, son jugement par rapport à tous ce que l'infirmière lui a donnée comme
4 renseignements, parce qu'elle a collectée toutes les informations. C'est comme toi quand tu
5 décris cette patiente, en fait, en décrivant la patiente c'est ce qu'on appelle nous l'anamnèse de
6 la patiente, la collecte de données etc, et en fait tout ça ça permet d'établir une certaine
7 hmmm...hmm, ça permet en fait donc au médecin d'affiner son diagnostic et de prendre en fait
8 des décisions. Et là la décision apparemment pour cette patiente là que vous venez de me dire,
9 c'est qu'elle a été hospitalisée. Elle a été hospitalisée parce que en fait elle ne mangeait plus, si
10 j'ai bien compris hein, elle ne dormait pas, elle avait une recrudescence des hallucinations donc
11 en fait tout ça c'est des signes. Puis on a des signes avant-coureurs, des prodromes, c'est le
12 trouble de l'appétit, le trouble du sommeil, ça fait partie des conduites instinctuelles.

13 **MOI** : Vous avez utilisé un terme « *les éléments apportés par l'infirmière ont permis au*
14 *médecin d'affiner son diagnostic médical* »

15 **FLEUR** : ...d'affiner oui le diagnostic, c'est ce qui lui a permis de dire cette patiente-là est en
16 décompensation avec une recrudescence délirante, elle ne mange pas, elle ne dort plus, l'affect,
17 apparemment l'humeur était triste donc il y avait un effondrement thymique. Il y avait plusieurs
18 éléments certainement, je pense que tous ces éléments en fait étaient étayés en fait, la personne
19 lorsqu'elle a récupéré donc toutes ces données, je pense, moi je n'y étais pas dans cette situation-
20 là, je pense que l'infirmière en fait elle a dû faire un entretien lors de cet entretien elle a collecté
21 les données ce que nous on appelle donc faire l'anamnèse, et en fait donc évaluer l'état de santé
22 déjà de la patiente. Donc il y a ce raisonnement là en fait ce raisonnement, cette réflexion en
23 fait cliniques que nous les infirmières on fait quasiment tout le temps à chaque entretien à
24 chaque entrée que ce soit ici dans un pavillon d'accueil crise on fait un entretien où on prend
25 tous les éléments et tous ces éléments on va en fait les remettre au médecin pour que lui aussi
26 en fait évalue la situation et l'état clinique du patient surtout l'état de santé.

27 **MOI** : D'accord donc du coup je vais reprendre par rapport à mon entretien afin de suivre la
28 trame avec les questions, donc votre prénom maintenant je le connais S ... [rires]

29 Depuis combien d'années êtes-vous diplômé ?

30 **FLEUR** : Je suis diplômée depuis fin 2004, ça fait à peu près 18 ans [rires]. Oui ça fait 18 ans
31 ... [rires] ça passe vite et puisqu'on m'a dit en fait que vous recherchiez des infirmières qui
32 avaient plus de 15 ans, je rentre dans le ...

33 **MOI** : Oui tout à fait c'est ce qu'on appelle une infirmière experte

34 **FLEUR** : Oui c'est ça ouais 18 ans ça fait ça fait ça fait beaucoup et dans le service j'y suis
35 depuis à peu près 4 ans et quelques mois, environ 4 ans. Parce que je suis rentrée dans ce
36 service-là fin 2017

37 **MOI** : Okay, vous avez anticipé ma question [rires] super.

38 Maintenant on va rentrer un peu plus dans le vif du sujet qui est du coup le raisonnement
39 clinique infirmier. Pour vous personnellement qu'est-ce que le raisonnement clinique ?

40 **FLEUR** : Moi c'est une réflexion clinique, euhhh le raisonnement clinique, la réflexion clinique
41 c'est ce qu'on demande aussi aux étudiants en fait lorsqu'on leur demande de faire une démarche
42 de soins. Une démarche de soins déjà en fait, c'est qu'est-ce qu'elles vont faire, elles vont
43 récupérer certaines données sur l'état du patient elles vont se questionner sur les symptômes
44 qu'elles ont vu directement donc chez le patient mais elles vont le mettre aussi en lien avec tout
45 ce qui est théorie, ce que vous apprenez à l'école en fait. Et en gros une démarche de soins c'est
46 qu'elles vont mettre en fait en lien tout ce qui est théorie tout ce qui est sur le terrain tout ce qui
47 est pratique et toute cette collecte de données, ben ça va nous permettre de poser créer un
48 diagnostic infirmier. Et ce diagnostic infirmier ben après on va avoir ...en fait ... euh une
49 planification de soins, une conduite à tenir et en fait on va essayer de prioriser en fait les soins
50 par rapport à ça.

51 C'est pour permettre en fait ... euh toute cette collecte de données... c'est pour permettre une
52 prise en charge globale du patient quoi, une prise en charge holistique.

53 Donc ça va améliorer beaucoup toute cette réflexion tout ce qu'on fait quand on est étudiant
54 mais après aussi dans le travail, dans la vie de tous les jours, c'est que en fait on va essayer
55 d'affiner le plus possible, on va personnaliser en fait le soin. Alors on va personnaliser le soin
56 et on va s'adapter donc à l'état de santé du patient, chaque personne est unique bien sûr donc on
57 va essayer de personnaliser le soin pour répondre au mieux et au plus juste aux besoins du
58 patient bien sûr en tenant compte de ses ressources, de ses valeurs dans le respect de la dignité.

59 **MOI** : Mis à part les étudiants, vous en tant que professionnel, comment vous l'aborderez ce
60 raisonnement clinique ?

61 **FLEUR** : Le raisonnement clinique en fait c'est pratiquement tout le temps. Nous dans notre
62 dans notre vie de tous les jours on le fait tout le temps quand on prend en fait des décisions. Ce
63 n'est pas des décisions sur chaque type de patient on ne prend pas des décisions... quoi à la
64 légère, en gros avant ça il y a tout un raisonnement, il y a toute une réflexion, pour comme ça
65 en fait ça nous permet de déterminer après une ... euh... une façon d'agir avec le patient en fait
66 accord de prendre des décisions pour agir ... euh pour agir donc auprès des patients. Pour
67 intervenir auprès de lui, en fait ... euh ... on va donner un sens à ce que l'on fait. Entre ce que
68 l'on a appris, la pratique, ça permet de mieux comprendre ce que l'on fait.
69 Et ah oui, et aussi d'éviter des décisions prises trop hâtivement, dans la précipitation, dans
70 l'immédiateté. Nous on est dans un service ... euh ... donc de psychiatrie, d'accueil crise et il
71 y a des fois donc des patients arrivent donc ... euh présentant des troubles du comportement,
72 ça peut être déconcertant et si avec donc l'expérience et etc, et si on n'a pas collecté en fait les

73 données auparavant, on peut se précipiter dans la décision sans que forcément, elle soit adaptée
74 au patient à ce moment-là.

75 **MOI** : Justement quand vous dites « *pour éviter de prendre des décisions dans la*
76 *précipitation* », quels outils que vous connaissez ou que vous mobilisez vous permettent de
77 mener à bien ce raisonnement clinique et de le mener de façon optimale ?

78 **FLEUR** : Alors il y a les entretiens, il y a l'écoute, l'observation... [silence] ... il y a la
79 disponibilité puisque sans disponibilité du patient euh ... disponibilité du soignant. Sans
80 disponibilité, je pense que l'observation va être limitée, l'écoute et etcetera et puis on ne sera
81 pas présent avec le patient... [silence]...

82 **MOI** : Pour vous ce sont les outils qui vous semblent les plus accessible, vous en voyez
83 d'autres ?

84 **FLEUR** : Ah oui les outils.... Oui les réunions cliniques, en fait les réunions cliniques en fait
85 parce qu'en fait il y a tous les professionnels de santé qui sont réunis, alors là chacun apporte
86 certains éléments ... euh en fait... chacun apporte certains éléments et aussi la façon de voir le
87 patient donc il va avoir en fait des éléments peut être nouveaux, ça nous permet aussi de prendre
88 du recul. Les relèves aussi, les relèves qu'on fait chaque matin les relèves qu'on fait à 13h donc
89 lors de euh de la passation en fait d'équipe. Entre les différents professionnels aussi les
90 assistants sociaux donc nous on a des intervenants du type yoga, les infirmières au niveau de
91 l'atelier et etc... Avec tous ces professionnels là c'est euh... c'est des outils supplémentaires
92 pour étayer toutes les informations qu'on puisse avoir sur le patient.

93 **MOI** : Donc quels freins vous rencontrez face à la mobilisation du raisonnement clinique dans
94 votre pratique ?

95 **FLEUR** : L'absence de disponibilité alors euh ... l'absence de disponibilité donc parce que des
96 fois il y a une surcharge de travail euh ...qui fait que euh...qui fait qu'en fait quand on a des
97 entrées des sorties, des entrées des sorties, et on n'a pas le temps de prendre le temps ...voilà.
98 On n'a pas le temps de prendre le temps avec le patient et bon ça peut des fois frustrer le soignant
99 mais donc du coup ça met des freins justement à cette réflexion et puis on peut alors à ce
100 moment-là agir dans la précipitation et pas prendre forcément les bonnes décisions. Le sous-
101 effectif aussi du personnel, parce que des fois en fait il y a des accompagnements donc il y a un
102 personnel en moins, il y a des accompagnements radio qui sont dans les accompagnements de
103 TDM, radio et etc ... mais ça peut être là justement une infirmière ou une soignante qui n'est
104 pas rentré ce jour-là et donc notre effectif est à 2 donc du coup bah voilà effectif réduit donc
105 forcément ça va impacter sur la qualité en fait euh ... ben du travail, la qualité du soin et la
106 qualité qu'on va apporter auprès du patient au niveau des soins qu'on va lui offrir

- 107 **MOI** : Justement par rapport aux patients, quel est l'impact que le raisonnement clinique peut
108 avoir sur la relation soignant/ soigné, positifs ou négatif ?
- 109 **FLEUR** : Alors l'impact en fait du ... euh de la relation soignée soignant euhhh [air interrogatif]
- 110 **MOI** : Du raisonnement clinique sur la relation soignant/soigné ? quels impacts ? quelles
111 influences ? ça peut avoir sur la relation soignant/soigné, qu'est ce ça permet d'instaurer ?
- 112 **FLEUR** : Ça permet en fait euh La relation soignant/soigné ?
- 113 **MOI** : Sur la relation soignant/soigné, quel impact peut avoir le raisonnement clinique, pour
114 vous, sur la relation soignant/soigné ?
- 115 **FLEUR** : Ça permet d'établir une relation de confiance, ouais voilà, ça permet en fait de
116 d'établir une relation de confiance donc avec les patients. De prendre le temps avec le patient
117 ça permet ça permet d'enrichir du coup l'anamnèse, la collecte de données ... euh ... en fait
118 cette relation qui va être particulière, va être un atout pour tout ce qui est euh ... tout ce qui est
119 euh... ce qui est démarche clinique ou tout ce qui est réflexions cliniques et du coup
120 raisonnement clinique. Parce que en fait des fois la relation est très difficile donc à établir avec
121 certains patients parce qu'ils sont méfiants parce qu'il y a des hallucinations parce que euh ...
122 parce qu'ils ne sont pas très bien, qu'ils n'ont pas envie de se livrer, donc là il faut du temps, il
123 faut une relation de confiance en fait qui s'établit petit à petit avec le avec le patient, avec le
124 soigné.
- 125 Là du coup il faut qu'il y ait une grande disponibilité mais il faut aussi qu'on soit dans l'empathie
126 sans être dans la compassion ça c'est ça c'est mes souvenirs de l'école euh... de l'école [rire]
127 être dans l'empathie sans être dans la compassion ...
- 128 **MOI** : Ça a du sens pour vous cette phrase ?
- 129 **FLEUR** : Ah oui ça a du sens, parce que ça c'était comme une prof qui me disait « *le trop c'est*
130 *comme le pas assez* ». Au départ voilà euh... au départ en fait je ne comprenais pas mais
131 lorsqu'on s'investit trop dans une relation avec le patient, le souci, c'est que on peut,
132 malheureusement, sans forcément le vouloir, inconsciemment lui apporter une mauvaise
133 réponse. Parce qu'on est trop dans l'empathie, trop dans la compassion pardon dans la
134 compassion et ce n'est pas forcément aidant pour le patient.
- 135 **MOI** : Je me permets juste, ça ne fait pas partie de mes questions, si vous voulez bien ? tout à
136 l'heure vous m'avez parlé de démarche de soin et là vous me parlez de démarche clinique,
137 vous pensez qu'il y a une nuance entre les deux ?

138 **FLEUR** : Non pour moi c'est pareil la démarche clinique et la démarche de soin pour moi euh,
139 pour moi c'est pareil.

140 **MOI** : Par rapport à la qualité du soin, comment la réflexion infirmière influence-t-elle la
141 qualité du soin ?

142 **FLEUR** : [silence] Comment la réflexion infirmière ... euh influence-t-elle la qualité du soin...
143 alors en l'améliorant donc on va améliorer la qualité de soins, en répondant aux besoins du
144 patient. Bon en prenant en compte ses valeurs, le respect de ses droits, de sa dignité et en
145 améliorant ... euh donc tout ça en fait c'est pour améliorer sa prise en charge, son état de santé.
146 Parce que en général on essaye, lorsqu'on parle de valeurs de dignité etc, on respecte ses choix
147 par exemple ses choix, sa religion tout ça en fait rentre en compte hein ...

148 Donc ça c'est en fait quand on a eu déjà la collecte de données etc ...on a eu des informations
149 par exemple sur sa religion ou son régime par exemple il y a certaines religions où ils ne
150 mangent pas de porc nous on va faire attention on va instaurer un régime sans porc.

151 Par rapport à ses valeurs, c'est par exemple ne pas se dénuder devant une femme pour la douche,
152 il préfère un homme on va sélectionner un homme, s'il y a un homme dans l'équipe. Ou vice
153 versa, si une femme ne veut pas qu'un homme lui fasse ses soins d'hygiène, on va s'assurer en
154 fait que ce soit la personne qu'elle désire, s'il y a possibilité, effectivement sur euh ... dans le
155 service. On va prendre en considération quand même ces paroles, sans voilà euh ... quand il y
156 a possibilité hein. Après le soignant que ce soit masculin ou féminin c'est un soignant.

157 S'il y a la possibilité on essaye de répondre à ça.

158 En fait pour la qualité de soins ... euh ...il y avait des cadres de santé qui disaient qu'il faut que
159 l'on mette tous les moyens qu'on a pour satisfaire à la demande du patient, que ce soit les
160 moyens matériels humains etc... qu'il soit soigné dans des bonnes conditions de façon qui soit
161 voilà qu'il soit soigné dans de bonnes conditions. On disait que en fait entre guillemets il y a
162 une obligation de moyens mais pas de résultat, ça alors c'est une phrase aussi qui ressort
163 beaucoup obligation de moyens mais pas de résultats.

164 **MOI** : Et vous par rapport à la psychiatrie comment vous pouvez voir le la réflexion clinique
165 au quotidien ? Est-ce qu'il y a une situation qui vous a interpellé où justement la réflexion
166 infirmière propre à vous, à votre diagnostic, à vos compétences ont permis à la situation de
167 données un sens différent, une issue différente ?

168 **FLEUR** : Mais en fait tout ce qui est réflexion clinique tout ce qui est voilà les réunions
169 cliniques, tout ce qui est raisonnement clinique, en fait euh ... ça permet d'avoir euh ... un
170 maximum d'informations. En ayant un maximum d'informations, ça nous rapproche donc au
171 plus juste en fait de l'évaluation de cet état de santé donc du patient et à ce moment-là ça va être
172 une décision euh... en fait la décision qu'on va prendre, va être une décision d'équipe donc on
173 va avoir une conduite à tenir commune. Par exemple il y a certains patients qui ont des angoisses
174 de morcellement etc, et ils ont besoin de contenance. Si par exemple chaque soignant a sa
175 conduite à tenir, ça va être euh ça va, ça va plus en fait le déstabiliser et pas le mettre en sécurité.
176 La fonction de contenance est très importante bon il y a la contenance institutionnelle avec les

177 murs. Il y a la contenance institutionnelle donc voilà les murs et etc les locaux, le personnel
178 mais il y a cette réponse qu'on apporte au patient qui permet de le sécuriser de le rassurer... euh
179 c'est en général dans les états d'agitation, on se concerte, il y a une concertation d'équipe, on dit
180 qui va faire quoi et etc, pour lorsque l'on intervient et lorsqu'on agit, ce soit réfléchi en fait
181 avant.

182 Je pense qu'il n'y a pas d'action sans réflexion avant euhh voilà en fait je pense qu'on ne peut
183 pas agir sans comprendre avant d'accord, mieux agir pour mieux comprendre...

184 **MOI** : Mieux comprendre du coup pour mieux agir plutôt ? [Rires]

185 **FLEUR** : Mieux comprendre pardon mieux comprendre pour mieux agir dans ce sens-là c'est
186 ça [Rires]

187 **MOI** : Maintenant une petite note d'expérience professionnelle, si vous voulez bien me raconter
188 une situation ou le raisonnement clinique ou comme vous dites du coup la réflexion clinique a
189 aidé à la prise en soins d'un patient ?

190 **FLEUR** : Alors, c'était lors d'une réunion en fait qui récemment lors d'une de la réunion
191 clinique. Donc là en fait il y a une synthèse de faites, alors une synthèse c'est un peu comme
192 une démarche de soins et démarche clinique que fait l'étudiant, c'est à dire qu'en fait donc euh...
193 que l'on va prendre donc sa situation, la présentation sociale du patient la présentation familiale
194 du patient donc le poids etc... toute la présentation physique du patient, sociale, familiale et on
195 va faire l'histoire de la maladie. En fait l'histoire de la maladie donc quand est ce que le problème
196 est apparu, comment cette personne en est arrivée là et puis donc on va élaborer tous les signes
197 cliniques etc.

198 Et la conclusion de ça c'est qu'il va avoir un échange entre tous les professionnels par exemple
199 qui sont présents donc déjà donc là beaucoup d'informations qui ont été données par rapport
200 euh ...par rapport à cette synthèse qui a été faite, mais après ça permet un échange entre les
201 professionnels de santé, pas uniquement les infirmiers, il va y avoir les assistants sociaux, les
202 médecins, il va avoir les psychiatres, il va avoir la cadre de santé etc... Et tout ça, ça va affiner
203 le diagnostic. Et là récemment bah c'était pour en fait une adaptation thérapeutique, pour adapter
204 le traitement le plus juste aux signes que la patiente a présentée.

205 **MOI** : D'accord donc là pour vous la réunion a permis d'adapter le traitement au mieux pour la
206 patiente ...

207 **FLEUR** : ...Et d'affiner le diagnostic du coup parce qu'avec l'ensemble des éléments d'affiner
208 en fait le diagnostic que ce soit les médecins, les médecins aussi avec tous les éléments en fait
209 que l'équipe euh ... que les infirmiers que l'équipe soignante etc ont récupérés et ça du coup ça
210 a permis d'adapter le traitement, d'affiner le diagnostic pour cette personne-là après.

211 Ben après faut voir en fait euh ... il faut évaluer parce que ce n'est pas parce que l'on met des
212 actions que c'est acquis, il faut évaluer le traitement il faut évaluer après tous les soins que l'on
213 met à côté et puis et puis cette qualité en fait de soins beh, elle n'est jamais acquise il faut tout
214 le temps c'est, c'est, c'est perpétuel, il faut tout le temps l'évaluer.

215 [Silence]

216 **MOI** : Merci beaucoup

217 **FLEUR** : Ça y est c'est finis ? j'espère avoir répondu à vos attentes

218 **MOI** : Ça a été un échange très enrichissant, merci.

VIII. ANNEXE VIII. Retranscription entretien 2- Accueil crise ouvert

- 1 **MOI** : Donc voilà, je vais commencer l'entretien, quel est ton prénom et depuis combien
2 d'années es-tu diplômée ?
- 3 **COQUELICOT** : Je m'appelle K et je suis diplômée depuis juillet 2018, ce qui fait bientôt
4 quatre ans.
- 5 **MOI** : Depuis combien de temps exerces-tu dans ce service ?
- 6 **COQUELICOT** : Alors, exactement j'ai commencé le 19 janvier.
- 7 **MOI** : Ah oui c'est tout frais, donc comme je te l'ai expliquée le thème de mon travail de fin
8 d'étude porte sur le raisonnement clinique infirmier, pour toi qu'est-ce que le raisonnement
9 clinique ?
- 10 **COQUELICOT** : Pour moi le raisonnement clinique c'est toute une démarche psychique mais
11 qui vient du fait de l'observation. Et de cette démarche psychique tu arrives étape par étape à
12 déterminer je n'en sais rien par exemple euh ...tu ne vas pas juste voir le patient, en psychiatrie
13 en l'occurrence, quand un patient ne va pas bien tu ne vas pas juste pas juste dire bon il a mal à
14 la tête, est ce que ce mal de tête il n'y a pas autre chose derrière ? est-ce qu'il n'y pas de
15 l'anxiété ? est-ce qu'il n'y pas de l'angoisse ?
- 16 Donc tu vas commencer à poser des questions, qui vont justement mener à un raisonnement
17 clinique. Tout comme l'observation qui va aussi te permettre d'avoir ton raisonnement clinique
18 donc c'est toute une démarche psychique qui t'amène à essayer d'être au plus juste au niveau,
19 entre guillemets, de ton diagnostic infirmier.
- 20 **MOI** : Alors quels outils utilises-tu pour mobiliser ce raisonnement clinique ?
- 21 **COQUELICOT** : Ma cervelle, mes connaissances. [Rires]. Ben essentiellement ce que tu as
22 appris autant que ce soit à l'époque où tu étais étudiante à l'IFSI mais surtout ce que tu apprends
23 sur le terrain. Parce que à l'IFSI tu as les bases, mais ton raisonnement clinique tu le développes
24 sur le terrain. C'est là où t'acquières, pour ma part en tout cas, le maximum de tes connaissances,
25 et ces connaissances-là, font que justement tu avances. Mais il y a aussi l'équipe derrière, parce
26 que des fois pour un même patient euh... d'une collègue à une autre, tu ne peux pas forcément
27 avoir les mêmes idées, mais justement le fait que on travaille en équipe et qu'on puisse en
28 discuter entre nous, va permettre d'être au plus pointu, pour ce patient-là par exemple.

29 **MOI** : Et euh... dans le sens des outils est ce que tu euh... dans ta pratique professionnelle est-
30 ce qu'il y a des certains outils qui peuvent t'aider à mener ce raisonnement clinique ?

31 **COQUELICOT** : Par exemple, oui après oui, tu as des échelles d'évaluation des choses comme
32 ça éventuellement, mais ça dépend sur quelle pathologie tu vas te situer.

33 **MOI** : D'accord, quels freins rencontrent tu quant à la mobilisation du raisonnement clinique ?

34 **COQUELICOT** : Alors des fois tu peux avoir un manque de connaissances sur certaines
35 pathologies ou peut être que tu n'as pas toutes les connaissances des antécédents du patient, des
36 choses qui peuvent t'échapper. Donc je pense que c'est important, justement de consulter le
37 dossier de soins infirmiers, voir si tu connais le patient d'abord.

38 Des fois tu peux avoir la famille comme ressource et c'est important de travailler avec la famille.
39 Et je trouve que c'est quelque chose, pour ma part, je trouve qu'en France ça euh ça manque pas
40 mal. Quand tu vois un peu les pratiques euh par exemple canadiennes où la famille rentre
41 vraiment dans la prise en charge du patient. Je trouve qu'en France c'est euh ce n'est pas
42 suffisant, parce que ça peut énormément t'apporter pour un patient, des choses que tu ne vois
43 pas et que tu ne sais pas.

44 **MOI** : Donc le manque de connaissances ?

45 **COQUELICOT** : Le manque de connaissance je pense, et voilà et travailler autant avec tes
46 collègues mais aussi avec la famille. Je pense que si on avait plus d'interactions avec les familles
47 il y a des choses qu'on pourrait mettre plus en place et ça on le retrouve davantage en
48 psychiatrie. Je ne l'ai pas retrouvé ou vraiment très peu dans les soins généraux, parce que ben
49 euh... Ah non mais est-ce que c'est la personne de confiance ou pas la personne de confiance,
50 alors que des fois ce n'est même pas ça, ça n'a pas de rapport. Ce n'est pas forcément que tu
51 vas leur communiquer les informations personnelles qui ne sont pas censé savoir, c'est juste
52 connaître le quotidien de la personne. Comment elle était ? Qu'est ce qui a fait qu'elle soit
53 arrivait dans cet état-là ? Parce que des fois ça peut être, je n'en sais rien moi, tu vas avoir une
54 mère qui tombe malade, supposant, peut être que le mari va te rapporter quelque chose, peut
55 être qu'un truc que l'on ne sait pas et que les enfants savent et que nous on ne sait pas, ben c'est
56 bête mais euh...

57 **MOI** : Ça se complète ?

58 **COQUELICOT** : Voilà, donc en fait ce travail-là avec les familles, je trouve que ce serait
59 important euh de l'accentuer.

60 **MOI** : Par rapport à la relation soignant-soigné, quels impacts a le raisonnement clinique sur la
61 relation soignant-soigné ?

62 **COQUELICOT** : Le raisonnement clinique, ben je pense que quand euh plus tu es euh plus tu
63 es au plus près, entre guillemets du diagnostic infirmier, je fais bien la distinction entre
64 diagnostic infirmier et médicale, plus je pense que t'es au plus près, plus ta connaissance de euh
65 de ce qui touche au patient, je pense, plus tu peux arriver justement à développer cette euh cette
66 proximité avec le patient.

67 C'est comme je t'expliquais tout à l'heure, c'est à dire quand un patient ne va pas bien, en tout
68 cas en psychiatrie, tu ne t'arrêtes pas juste au fait qu'il ne va pas bien, c'est à dire tu vas toujours
69 chercher plus loin à comprendre qu'est ce qui a pu déclencher que ... Pareil je ne m'arrête pas
70 quand quelqu'un me dit j'ai euh, même en somatique, c'est à dire quand quelqu'un a une douleur
71 je ne m'arrête pas juste à la douleur. J'essaie de voir qu'est-ce qui a pu provoquer sa douleur,
72 d'où elle vient ? est ce qu'on casse maintenant la douleur on lui donne entre guillemets son
73 doliprane et on voit ce qui se passe après, ou est-ce que c'est juste quelqu'un qui recherche de
74 l'attention aussi des fois. Même en soins généraux, on a des personnes qui ont des multiples
75 plaintes mais la plainte elle n'est même pas, même si eux ils somatisent, peut-être qu'en finale,
76 elle est peut-être un peu plus psy qu'autre chose.

77 **MOI** : Sur la qualité des soins, comment la réflexion infirmière influence-t-elle la qualité du
78 soin ?

79 **COQUELICOT** : Qu'est-ce que tu veux dire par la qualité de soin, qu'est que tu en sous-
80 entends dans ta question ?

81 **Moi** : Alors euh d'accord, on va commencer par le début, pour toi qu'est-ce que la qualité de
82 soin ?

83 **COQUELICOT** : La qualité de soin bah c'est offrir un soin de qualité c'est à dire un soin autant
84 qu'il soit euh je vais me narcissiser un peu (sourires), autant un soin qui soit euh bon pour le
85 patient, agréable pour lui. C'est à dire je n'en sais rien moi, si je fais un pansement que le
86 pansement est douloureux, anticiper justement de donner des antalgiques avant, pour que le
87 soin se passe pour le mieux mais de se dire qu'on a fait correctement les choses et qu'on a fait
88 les choses au mieux pour le patient bah ça nous narcissise aussi si on se dit bah j'ai euh j'ai bien
89 bossé.

90 **MOI** : Voilà donc comment la réflexion influence-t-elle la qualité de soins ?

91 **COQUELICOT** : En gros penser le soin en amont, préparer le soin, avoir les connaissances
92 fiables pour assurer une qualité de soin optimale.

93 **MOI** : Sur ton expérience professionnelle, est ce que tu peux me raconter du coup, une situation
94 où justement ce raisonnement clinique, cette posture-là réflexive, a aider à la prise en soin d'un
95 patient ?

96 **COQUELICOT** : Le fait de mon raisonnement clinique tu veux dire ?

97 **MOI** : Oui.

98 **COQUELICOT** : Alors je me souviens d'un patient, ça m'avait marqué, donc un patient qui
99 est venu, qui avait pris rendez-vous donc c'était euh en psychiatrie, c'était sur un CMP dans
100 lequel j'ai travaillé. Ce patient était venu à un rendez-vous, à l'entretien, c'était à 16h, c'était un
101 vendredi. Donc en fait tout le long de l'entretien, donc il me parle de toute sa problématique,
102 c'était un premier accueil, euh d'ailleurs cet accueil là nous a fait réfléchir sur les autres accueils,
103 je t'expliquerais pourquoi.

104 Donc en fait, ce patient vient, il déballe, il déballe, il déballe mais en fait il raconte, il raconte
105 juste, en fait, tout ce qui ne va pas dans sa vie. Mais au fur et à mesure qu'il raconte, donc même
106 quand je cherchais à avoir plus d'informations, parce que le premier accueil c'est assez
107 particulier en psychiatrie, la personne va avoir tendance soit à tous déballer ou d'autres au
108 contraire, ils ne nous connaissent pas, ils nous voient pour la première fois, ils vont être plus
109 dans la rétention d'informations.

110 Cette personne-là, était dans le déballage, mais au fur et à mesure qu'ont avancé, j'ai commencé
111 à me poser des questions parce qu'il y avait un truc qui me euh l'instinct entre guillemets, le
112 flair je dirais infirmier qui fait que je me suis posé des questions et je me suis dit il y a un truc
113 qui me euh qui me questionne. Qu'est-ce qu'il est en train de me faire ?

114 En fait à un moment donné, j'ai eu l'impression de me retrouver devant en fait euh enfin d'être
115 euh comment dire, (silence) ... il me raconté en fait sa vie comme un film mais comme s'il allait
116 demain se euh, désolé de l'expression se foutre en l'air et c'était ça en fait. En fait il me faisait
117 un peu tout le récit de sa vie mais il prévoyait de se ***** en l'air carrément.

118 Et au fur et à mesure que l'on avançait et bah si j'avais peut-être que euh peut-être que je ne
119 sais pas justement c'est là où je pense que l'expérience a beaucoup d'importance dans le
120 raisonnement clinique, parce que peut être que si j'avais été quelques années en arrière je
121 n'aurais peut-être pas vu ça.

122 Là, ça m'a questionné donc je suis sortie d'ailleurs, je suis partie voir mes collègues plus
123 expérimentés que moi, parce que j'avais des collègues qui avaient 15-20 ans d'expériences.

124 Ben voilà, je suis avec quelqu'un dans le bureau il me parle de telle et telle manière et plus je,
125 je, je euh je vais au fond des choses et plus j'ai l'impression qu'il me fait récit de sa vie mais
126 qu'il va se ***** en l'air. Il a juste besoin euh il avait besoin d'un témoin de sa vie il avait tout
127 déposé et il prévoyait. Il avait acheté la corde, il avait tout, tout, tout le scénario était monté.
128 Ils m'ont dit « euh bon ben, écoute pose lui la question franchement ». Je lui dis, bon ben je lui ai dit, « vous me racontez, voilà, vous déballez, vous déballez » je dis,
129 « il y a peu de place pour l'interaction ». Je lui dis, « vous ne me laissez pas trop en placer,
130 entre guillemets, parce que là, vous videz, vous videz, mais pourquoi vous faites ça ?
131 Concrètement est-ce que vous avez des idées derrière euh est-ce que clairement vous pouvez
132 me dire si vous avez des idées noires » ? il m'a dit « des idées noires, oui ! » bon déjà des idées
133 noires. « Est-ce qu'on peut se parler franchement monsieur ? Oui, oui ! Est-ce que vous avez
134 des idées suicidaires ? Oui ! D'accord bon ». Bon c'était un homme qui s'était séparé de sa
135 compagne, euh... il n'avait pas d'enfant euh ..., il avait eu une très belle carrière qui c'était mal
136 soldé, qui c'était mal finis. On avançait et puis en fin de compte, il avait même scénarisé euh,
137 la corde était achetée euh le tabouret euh où il allait placer la corde. Il allait s'exposer en plus à
138 l'extérieur donc il voulait mettre la corde à l'extérieur de chez lui. Donc pour s'exposer, pour
139

140 que les gens le voient, donc ça aussi c'est toute une histoire. Parce que pour exposer sa mort
141 comme ça qu'est-ce qu'il attendait du monde ? C'est fort en euh en signification, ce n'est pas
142 juste quelqu'un qui se suicide d'une manière cachée, là il voulait s'exposer donc qu'est-ce qu'il
143 voulait montrer au monde ? Il avait tellement eu la gloire durant toute sa vie, que même mourir
144 comme ça caché, non, il fallait que tout le monde le sache, tout le monde le voit.

145 Donc là oui, je pense que le raisonnement clinique a été important et je pense que le fait que ce
146 soit affuté, ça a été important. Je ne sais pas si euh si au tout début j'aurais pu voir ça ou pas.
147 Voilà c'est un exemple.

148 **MOI** : Je te remercie, on a fini les questions.

149 **COQUELICOT** : J'espère que j'ai répondu euh. [Rires]

150 **MOI** : En tout cas tu as répondu à toutes les questions, merci. A moi maintenant de les
151 retranscrire et de travailler avec.

152 **COQUELICOT** : Ok, merci

153 **MOI** : Merci à toi.

IX. ANNEXE IX. Retranscription entretien 3- Service endocrinologie, H.D.S

- 1 **MOI** : Je commence l'enregistrement. Donc je vais commencer si vous voulez bien, par votre
2 prénom et le nombre d'années depuis que vous êtes diplômé ?
- 3 **LYS** : Donc moi je m'appelle C*****, je suis diplômé de 97.
- 4 **MOI** : Et depuis combien de temps vous exercez dans ce service ?
- 5 **LYS** : Dans ce service, hôpital de semaine euh 2014.
- 6 **MOI** : Le raisonnement clinique infirmier, qu'est-ce que pour vous le raisonnement clinique ?
- 7 **LYS** : Faire des liens ... ça veut dire quoi je ne sais pas ...c'est euh...
- 8 **MOI** : Pour vous quand euh ...alors sinon, si vous devez le mettre en parallèle avec une
9 situation de soins, qu'est-ce que vous évoque le raisonnement clinique ? Par rapport à la prise
10 en soins des patients ?
- 11 **LYS** : [Silence] Ben euh pas grand-chose [Rires]... Pour moi je pense que ça doit se faire
12 naturellement en fait c'est euh c'est-à-dire on fait un soin mais savoir pourquoi on le fait et quels
13 résultats on attend, je pense ça doit être ça en résumé. C'est-à-dire que chaque soin, on
14 recherche quelque chose et voir si ça a été efficace ou pas, enfin je pense ...
- 15 **MOI** : D'accord, après c'est vous comment vous l'interprétez, ce n'est vraiment pas euh...
- 16 **LYS** : ... euh après euh ouais les soins ouais euh c'est vaste quoi ...
- 17 **MOI** : Le raisonnement clinique pour vous, permet euh de répondre euh ...
- 18 **LYS** : ... aux problèmes du patient.
- 19 **MOI** : D'accord. Quels outils vous utilisez, au quotidien pour le mobiliser ce raisonnement
20 clinique ? Comment vous faites pour justement faire des liens ? ou à quoi vous faites référence ?

21 Qu'est-ce qui vous permet justement de répondre aux problèmes, en question, rencontrés lors
22 d'un soin ou des soins ou d'une prise en soins en général ?

23 **LYS** : Ben euh ...de toute manière les motifs d'hospitalisations hein, souvent le motif reflète
24 un petit peu le problème. Le problème induit sûrement des surveillances et des, et des euh des
25 euh enfin un soin. Enfin un soin pour résoudre tout ça.

26 Donc ouais ça peut se faire enfin naturellement quoi je veux dire.

27 Nous on est beaucoup dans le diabète donc le motif c'est souvent un problème d'équilibre. Après
28 le traitement pour nous c'est l'insuline. Donc c'est contrôler la glycémie, injecter voir si on a été
29 dans les objectifs, voilà, si les doses sont adaptées quoi.

30 Et après il y a tout le reste le comportement, voir l'alimentation si c'est euh si, si tout va bien
31 s'il n'y a pas de excès. Les habitudes du patient donc ça fait partie du recueil de données ça,
32 quand il arrive, il y a quand même recueil de données donc on essaie de situer un petit peu le
33 patient. Voir s'il va être compliant, s'il y a des problèmes au niveau de l'alimentation, du respect
34 des habitudes alimentaires.

35 Et puis voir après les techniques parce que souvent ils sont autonomes donc il faut voir s'il fait
36 les choses correctement. Donc ça oui ça fait partie euh ouais le recueil de données est très
37 important oui. On arrive un petit peu à situer la personne, ses besoins, ses attentes et voir ce
38 qu'il est capable de faire.

39 **MOI** : A part le recueil de données vous voyez d'autres outils justement ?

40 **LYS** : Euh Après c'est des surveillances hein, notre métier c'est quand même les
41 surveillances du traitement mis en place, donc voir s'il est efficace ou pas. S'il y a un souci
42 alerter le médecin. Et après on fait des liens aussi avec les examens qui sont demandés donc
43 c'est voilà c'est important de comprendre pourquoi on fait certains soins aussi, autrement euh
44 ça fait partie de tout ça quoi. Pour la sécurité du patient aussi.

45 **MOI** : Okay, quels freins pouvez-vous rencontrer au quotidien dans votre exercice
46 professionnel qui justement viendrait freiner ce raisonnement clinique ?

47 **LYS** : Quels freins ?

48 **MOI** : Oui.

49 **LYS** : Pour la prise en charge euh ...correcte du patient ?

50 **MOI** : Oui, en endocrino.

51 **LYS** : Ben si le patient est plus ou moins compliant, c'est sûr que sa prise en charge va être
52 difficile. Après euh ...souvent à l'hôpital ils respectent les règles parce que tout ce qui est
53 alimentaire c'est vrai que ben nous euh ... ils mangent ce qu'il y a quoi après la maison le
54 problème c'est que euh ...ils se lâchent un petit peu. Donc tout ce qui est habitude alimentaire
55 après à l'extérieur on peut moins gérer.

56 La prise en charge euh non après bon ça va ils sont assez euh... nous ils sont tous valides donc
57 c'est vrai qu'il n'y a pas ce souci, ils arrivent à raisonner, on essaie de euh... l'éducation c'est
58 quand même sur des personnes qui sont quand même compliantes quoi souvent. Donc ça va ça
59 euh... il n'y a pas trop euh... Après non il n'y a pas de problème particulier voilà, non.

60 **MOI** : D'accord donc ça c'est par rapport au raisonnement clinique infirmier, le raisonnement
61 clinique infirmier c'est mon premier mot clé, ensuite c'est la relation soignant-soigné, quels
62 impacts a le raisonnement clinique sur la relation soignant soigné ?

63 **LYS** : [Silence] Euh ...Quels impacts ? euh ... ça veut dire que euh ...bah non parce que nous
64 ils sont euh...raisonnement clinique euh... de toute manière ils ne sont pas opposés aux soins
65 quoi donc quand même on n'a pas des patients euh ...donc ils acceptent souvent quand même
66 tous les soins, tous les examens parce qu'ils sont quand même euh... c'est pour leur personne
67 quoi pour leur confort donc non ils sont rarement opposés à tout euh ... à tout ça quoi.

68 Quand ils viennent de toute manière ils savent qu'ils viennent pour euh ... pour tout un bilan
69 donc des prises de sang souvent ils savent déjà ce qu'ils vont avoir quoi quand ils arrivent.

70 Parce que nous il y a des programmations, donc souvent ils viennent tous les examens sont
71 programmés donc ils savent un petit peu vers où on va les pousser pendant 2-3 jours quoi donc
72 c'est vrai qu'il n'y a pas euh ... ils savent qu'ils auront des examens qu'ils auront voilà des prises
73 de sang euh voilà ça c'est c'est euh ... en plus c'est chaque année on fait à peu près les mêmes
74 surveillances donc c'est vrai qu'ils sont habitués quoi.

75 **MOI** : Et est-ce que justement étant donné que vous êtes en service de semaine, vous m'avez
76 dit ?

77 **LYS** : Hôpital de semaine, oui.

78 **MOI** : Euh ... est-ce qu'il y a une relation particulière qui se crée avec les patients étant donné
79 la particularité du service ?

80 **LYS** : Ah oui on connaît ... oui ... à force oui on connaît ...on a des affinités avec certains
81 patients, oui.

82 **MOI** : Vous pouvez m'en dire plus sur cette relation qui est développée ?

83 **LYS** : Bah chaque année c'est vrai que bah ils sont habitués au service donc euh... bah ils
84 recherchent leur infirmière, celle qu'ils ont connu les autres années. Ben parce qu'ils
85 recherchent une expérience professionnelle, ils savent que bah euh ...ils peuvent discuter de
86 euh ...de leurs habitudes, de leurs expériences avec nous, parce que ce n'est pas évident
87 d'adapter des doses d'insulines et c'est vrai que bah ils aiment bien avoir un personnel qui qui
88 euh... qui a une connaissance sur le diabète quoi.

89 Ça c'est vrai qu'ils sont euh... ils recherchent leur infirmière qui voilà qui connaît euh... Les
90 nouvelles infirmières ils n'aiment pas trop parce qu'elles ne savent pas trop adapter les doses.
91 Bon c'est vrai que ce n'est pas trop notre rôle mais bon quand on est dans l'éducation on est
92 obligé de euh ...de bien connaître la pathologie. C'est vrai que euh ... ils aiment bien et puis
93 après on ne parle pas forcément que du diabète quoi, on parle de la vie de tous les jours parce
94 qu'un diabétique et ben il vit avec sa maladie 24h sur 24, donc c'est vrai que ben on est dans
95 leur euh ...dans leur vie quoi. Quand il y a un projet de grossesse et ben il faut le préparer pour
96 une diabétique donc c'est vrai que on est aussi dans euh voilà dans le projet personnel aussi.
97 Parce que ça fait partie ouais de euh ... de leur vie quoi. Donc c'est vrai que euh... voilà quoi
98 mais bon ça va euh ...ils sont euh ils sont reconnaissants voilà [Rires], il y a certains qui sont
99 difficiles mais certains qui sont ouais très reconnaissants.

100 **MOI** : D'accord, donc sur la qualité de soins, comment la réflexion infirmière influence-t-elle
101 cette qualité de soins ?

102 **LYS** : Qualité de soins [rires] ... on en parle de moins en moins maintenant de la qualité de
103 soins ...ce n'est pas pareil qu'avant on dira [Rires] mais bon on essaie d'être si euh ... on essaie
104 quand même d'être assez pointilleux.

105 **MOI** : Parce que tout à l'heure vous avez dit, par rapport à la relation soignant-soigné, le fait
106 d'avoir les connaissances du diabète, par rapport à la pathologie, les traitements qui en
107 découlent, ça mettait en quelque sorte le patient dans une relation de confiance avec vous donc
108 par rapport à ça, qu'est-ce que ça vous évoque vis-à-vis de la qualité de soin ?

109 **LYS** : De toute manière la qualité euh ...fin euh ... moi ce qui ressort, ils me disent tout le
110 temps qu'on est très professionnel donc ça veut dire quoi. Être professionnel ça veut dire qu'on
111 fait les choses correctement quoi, donc euh ... et je ne sais pas ils ont euh ... Ils ont confiance
112 et je ne sais pas il n'y a jamais euh... je pense qu'on fait de bons soins.

113 C'est vraiment euh... on se préoccupe de la personne donc c'est important, euh ... des fois on
114 cadre des euh... des enfants aussi donc ce n'est pas évident parce que on a des tests sur des
115 retards de croissance parce qu'on ne fait pas que le diabète.

116 Et c'est vrai que ben les parents sont là et c'est vrai que c'est important que l'on soit très directif,
117 le fait de diriger un test, de savoir ce qu'on fait et être très professionnel, je pense que c'est ce
118 qu'ils attendent. Que tout se passe bien parce que quand l'enfant il a 10 ans ou 14 ans c'est
119 difficile pour les parents quoi.

- 120 **MOI** : C'est plus difficile pour les parents que pour les enfants ?
- 121 **LYS** : Ouais des fois c'est plus difficile pour les parents mais quand ils voient euh que bon les
122 personnes savent ce qu'elles doivent faire et que l'on leur explique un petit peu et que les
123 médecins sont à côté c'est vrai, que ça les rassure quoi.
- 124 **MOI** : D'accord, vous travaillez du coup en collaboration avec la famille, le médecin intervient
125 ...
- 126 **LYS** : Ouais, ouais, souvent les tests ... ouais... chez des enfants on essaie de garder les parents
127 à côté quoi, on essaie de ne pas les séparer au moment du test et c'est vrai que ça euh ... c'est
128 important même si on rassure des fois plus les parents que, que l'enfant.
- 129 **MOI** : Racontez-moi une situation de soin où le raisonnement clinique a aidé à la prise en soin
130 d'un patient ?
- 131 **LYS** : [Silence]...Ben nous on est tout le temps dans le raisonnement clinique parce que en fait
132 on est euh ...on manipule des pompes à insuline, donc on est tout le temps dans l'anticipation
133 c'est à dire que ou il est haut ou il est bas. Des fois on anticipe les hypoglycémies donc ça veut
134 dire qu'on sait que si 2h après il est à un gramme ou moins, on va donner quelque chose à boire
135 ou à manger.
- 136 On est toujours dans l'anticipation donc le raisonnement clinique, il y est tout le temps. Parce
137 qu'on surveille les glycémies, que l'on sait quels sont quels euh ...quels sont les taux euh...
138 avant les repas et quels sont les taux 2h après, au milieu de l'action de l'insuline donc on est
139 souvent dans l'anticipation, donc c'est quand même un raisonnement clinique, l'anticipation.
- 140 Donc si 2h après il est à un gramme ou inférieur et qu'il vient de recevoir de l'insuline active
141 quoi, on va lui donner 2 biscuits pour anticiper l'hypo.
- 142 Donc on est toujours dans le raisonnement de savoir, est ce que ce taux est correct et il va passer
143 jusqu'au prochain repas ? ou est-ce qu'il faut faire quelque chose, couper la pompe ou donner
144 quelque chose à manger.
- 145 Donc le raisonnement clinique on l'a toujours quoi, ça euh ça évite les problèmes et anticiper
146 c'est important quoi, dans notre métier. Enfin moi j'ai vécu d'autres services et les constantes
147 c'est banal mais des constantes qui ne sont pas normales il faut vraiment être vigilant quoi.
- 148 C'est euh c'est, c'est vrai que ça fait routinier de euh...de prendre une tension, une température
149 et une saturation mais souvent c'est ça qui nous qui nous déclenche un raisonnement et dire ça
150 ce n'est pas normal il y a quelque chose qui ne va pas.
- 151 Donc voilà c'est euh ...le raisonnement il y est tout le temps quoi, c'est pour vraiment anticiper
152 et ben ou quelqu'un qui se dégrade et qui va faire un OAP ou quelqu'un qui euh qui a une
153 tension basse et qu'il y a quelque chose qui ne va pas, il faut signaler.
- 154 Je pense qu'il y est tous le temps ce raisonnement, pour éviter ces complications.

- 155 Parce que quelqu'un qui vient à l'hôpital, bon dans ces services-là, ils sont quand même
156 diabétique et donc souvent c'est des euh ... c'est des bilans, ils viennent pour des bilans donc
157 ils sont déjà diabétiques et mis sous pompes. Mais je veux dire dans notre service voilà, ils
158 viennent pour un problème et donc c'est important voilà de euh ... d'être très vigilante, de prévoir
159 voilà si, si ça se dégrade quoi, donc être vigilante sur l'état du patient.
- 160 Et de le voir et de voir comment il respire et son état général c'est très important.
- 161 Comme disait mon euh ma monitrice à l'époque, « *quand on rentre dans une chambre on*
162 *regarde le patient* », rien qu'en le voyant on sait s'il a une sonde, s'il a des problèmes, s'il est
163 perfusé donc rien que son aspect euh ... L'aspect visuel quoi déjà on arrive avoir un petit peu
164 son état clinique, donc c'est important. Voilà.
- 165 **MOI** : Merci beaucoup, j'espère que je ne vous ai pas mise mal à l'aise ?
- 166 **LYS** : [Rires] Non, non, non.
- 167 **MOI** : J'arrête l'enregistrement.

X. ANNEXE X. Retranscription entretien 4 - Infirmière libérale < 4 ans

- 1 **MOI** : Bon quel est votre prénom du coup ben maintenant je le connais [Sourires]. Depuis
2 combien d'années êtes-vous diplômé ?
- 3 **LILAS** : Alors depuis ... 2000 ... [coupure] 2018 2019 2020 2021 2022 ça va faire 4 ans au
4 mois de juillet.
- 5 **MOI** : Donc 2018 c'est ça ? ça a coupé.
- 6 **LILAS** : 2018, ça va faire 4 ans.
- 7 **MOI** : Super et donc depuis combien de temps exercez-vous dans le milieu du libéral ?
- 8 **LILAS** : 2 ans pleins, 2 ans pile poil.
- 9 **MOI** : Voilà alors maintenant on va rentrer dans le vif du sujet, le raisonnement clinique
10 infirmier, qu'est-ce que pour vous le raisonnement clinique ?
- 11 **LILAS** : Le raisonnement clinique infirmier ?
- 12 **MOI** : Oui.
- 13 **LILAS** : Pour moi le raisonnement clinique c'est euh...tu as une situation euh... et euh... et en
14 fait donc cette euh... de cette situation va découler euh comment te dire des, des idées et il va
15 falloir apporter, pour moi euh...des solutions si tu veux, à ce problème ou à ce patient.
- 16 Le raisonnement clinique que, pour moi ça serait, je ne sais pas moi, hum... tu as une plaie
17 euh...il va falloir arriver euh...tu vois que ton protocole actuel ne marche plus vraiment,
18 réadapter en fait et avoir ce raisonnement clinique de te dire qu'est-ce qu'il serait le plus adapté
19 pour ce patient, pour moi c'est ça le raisonnement clinique.
- 20 **MOI** : D'accord, tu m'as donné un exemple pour imaginer, donc quels outils utilisez-vous pour
21 le mobiliser ?
- 22 **LILAS** : Quels outils j'utilise pour le mobiliser ? Ben en fait moi comme outils euh en fait dans
23 la, dans la pratique des choses j'utilise ben mon expérience ou euh...je n'utilise pas euh je ne

24 sais pas comment dire [silence]. À moins que le raisonnement clinique soit vraiment quelque
25 chose tu vois et que j'ai complètement zappé de mes cours, mais pour moi c'est mon expérience
26 euh... ouais ce que j'ai appris au fur et à mesure de mes études ...

27 **MOI** : Oui voilà les connaissances, l'expérience. Non, non pas du tout c'est bien ça le
28 raisonnement clinique c'est, c'est vraiment un processus de réflexion qui mène justement à ...

29 **LILAS** : Ouais à résoudre des, des, des choses ou pas euh un raisonnement clinique c'est une
30 discussion qui va ouais, ou une discussion avec tes collègues, je ne sais pas pour moi c'est ça
31 aussi.

32 Essayer elle euh elle de son expérience, il y a eu ça et il y a eu ça donc on apporte tout ça
33 ensemble, un raisonnement clinique pour aborder euh je ne sais pas moi, le domicile d'un
34 patient euh le domicile qui serait un peu compliqué donc ben on va essayer de trouver des
35 solutions. Enfin, une plaie d'un patient, un peu compliqué on va euh... vraiment là tu vois c'est
36 à peu près tout ça voilà.

37 **MOI** : D'accord et du coup quels freins tu penses qui pourraient empêcher ce raisonnement
38 clinique de ce faire ? Ou qu'est-ce qui pourrait empêcher l'infirmière de mener un
39 raisonnement clinique ? Les freins rencontrés ?

40 **LILAS** : Euh...l'inexpérience, l'inexpérience, ouais la non connaissance d'un sujet. Euhhhhh,
41 nous en libéral, si tu as une mésentente avec une de tes collègues et que vous n'êtes
42 complètement pas d'accord sur un sujet euh du coup ça ne mettra jamais euh à bien le
43 raisonnement clinique puisque s'il y en a une qui pense ça, l'autre pense ça, fin fait voilà ça va
44 être plutôt cafouillis, ouais je dirais euh je dirais ça. Ce qui pourrait mettre en mal, le médecin,
45 qui n'est pas d'accord avec vous et que euh et que toi tu sais que ton raisonnement clinique est
46 efficace ou qu'il est euh qu'il est intéressant quoi, à questionner voilà je dirais ça.

47 **MOI** : D'accord maintenant sur le point de la relation soignant soigné, quel impact a le
48 raisonnement clinique sur la relation soignant soigné ?

49 **LILAS** : Tout dépend ton euh ton euh, la manière d'aborder ton raisonnement clinique. Si tu
50 aborde ton raisonnement clinique, à mon sens de manière assez euh, A+A est égale 2A, ben au
51 patient, sans expliquer le pourquoi du comment, là ça va être très compliqué, il va y avoir une
52 relation de supériorité. Parce que nous en libéral si tu es inculte euh enfin si tu abordes,
53 quelconque relation avec ton patient où il y a une supériorité déjà tu sais que t'as, t'as, enfin
54 ton patient tu ne le garderas pas ou c'est compliqué. Voilà pour moi c'est vraiment la manière
55 d'aborder les choses et qu'elles soient euh cohérentes avec la vie du patient avec euh voilà c'est
56 quelque chose qui doit être vu dans sa globalité.

57 **MOI** : Inclure le patient dans le raisonnement clinique ?

- 58 **LILAS** : Complètement ! l'inclure ou lui faire comment euh lui faire comprendre [petit temps
59 de silence] que ce je pense c'est la bonne solution, sans lui imposer.
- 60 **MOI** : D'accord
- 61 **LILAS** : Le mener à comprendre que ce que je lui propose c'est quand même la meilleure
62 solution.
- 63 **MOI** : D'accord, la qualité des soins, comment la réflexion infirmière influence-t-elle la qualité
64 des soins ?
- 65 **LILAS** : Comment, alors, comment ?
- 66 **MOI** : La réflexion infirmière, le raisonnement clinique infirmier influence la qualité du soin ?
- 67 **LILAS** : [Silence] Hum ben euh, je dirais que si tu es convaincus de ce que tu penses, être bon
68 automatiquement, pour moi tu feras un bon soin. Je pense que c'est euh ... parce que si tu penses
69 que ce tu fais c'est, c'est, c'est, pas bon automatiquement tu ne vas pas le faire de tout ton cœur.
70 Je ne sais pas comment l'expliquer, je le dis un peu avec mes mots, mais euh ... Qualité de ton
71 soin ? Logiquement, tu fais toujours les choses du mieux que tu peux et avec les moyens que
72 t'as, mais euh mais euh, ton raisonnement clinique doit toujours euh en tant qu'infirmière je
73 pense que si tu es euh, si tu ... si t'as un raisonnement clinique un peu euh ... professionnel,
74 logiquement ça sera toujours pour avoir la meilleure qualité de soins que tu peux offrir, tu vois ?
75 Sinon ton euh sinon euh c'est justement c'est que tu ne fais pas de raisonnement clinique. La
76 remise en question du soignant est primordial pour assurer une qualité de soin.
- 77 **MOI** : D'accord, okay. Est-ce que tu as une situation justement, une situation de soins une
78 situation que tu as vécu, où le raisonnement clinique t'a aidé à la prise en soin d'un patient ?
- 79 **LILAS** : Ouais, euh... moi alors où je me suis trouvé, alors moi ça a été justement ça.
- 80 Donc justement et on se retrouve souvent en difficulté nous en libéral, c'est que tu te retrouves
81 souvent avec des protocoles où il n'y a pas de protocole en fait de pansement. Donc c'est toi en
82 tant qu'infirmière qui crée ton protocole et tu n'as pas de médecin à côté de toi donc en fait c'est
83 toi même qui fais ton protocole et quand tu arrives en libéral, tu es une infirmière sans
84 expérience, même que j'ai fait quand même, 2 ans entre guillemets d'onco-hémato, tu sors sur
85 des petites choses style pansements euh types basiques, où chaque pansement à une euh ...
86 enfin euh ... chaque pansement à l'efficacité que tu veux apporter à ta plaie et le problème c'est
87 que ben du coup effectivement, quand tu arrives euh ... moi je suis arrivé en libéral c'était un
88 peu compliqué de savoir quel pansement mettre sur telle ou telle type de plaie.

89 Donc du coup, c'est vrai que le fait de euh ... d'être en libéral et d'être avec tes collègues et
90 qu'elles te forment elles, si tu veux t'apporte en fait... enfin leur raisonnement clinique devient
91 le tiens et donc ça t'aide justement toi, après en tant que professionnel, à savoir adapter tu vois
92 par exemple, quel type de, de, de pansement tu peux mettre sur ta plaie.

93 **MOI** : Oui mais là, si je suis ton raisonnement, le fait que vous ayez la même façon de réfléchir
94 pour les pansements, ça fait une cohésion en fait entre vous, une même ligne de conduite au
95 niveau de la prise en soins ... ça donne du sens ...

96 **LILAS** : Alors que moi du coup je vois... alors c'est, c'est vrai, mais moi je l'ai vu
97 différemment dans le sens où c'est des nénettes qui ont vingt ans de libéral donc vingt ans
98 justement de raisonnement clinique justement sur ce sur ce, sur ce type de soin et donc ben en
99 fait ça a prouvé l'efficacité. Donc en fait je euh ... si tu veux c'est, c'est plus euh ... comment
100 te dire, euh c'est la formation euh c'est, c'est vraiment la formation qui a fait que je me suis
101 rendu compte, c'est la formation de mes collègues qui m'ont fait comprendre du coup que ce
102 raisonnement euh certains raisonnements cliniques par rapport à certains types de plaies avaient
103 des améliorations par rapport à la plaie.

104 **MOI** : D'accord, okay, okay alors là c'est le raisonnement clinique, qui pas forcément sans
105 passer par protocole ni quoi que ce soit, par le raisonnement clinique de tes collègues de trouver
106 du coup des solutions à des plaies.

107 **LILAS** : Oui, c'est ça

108 **MOI** : Bah super, merci

109 **LILAS** : C'est tout ?

110 **MOI** : Oui, on a fait toutes les questions

111 **LILAS** : Ah ouais, toi je ne sais pas ce que les autres t'ont répondu, moi je pense que c'est à
112 peu près ça, fin le raisonnement clinique.

113 Moi le plus, le plus compliqué pour moi à l'école, c'était les démarches cliniques infirmières je
114 n'ai jamais compris. En plus en pratique, tu n'en fais jamais des démarches cliniques
115 infirmières, alors ça, je n'ai jamais rien compris. Euh parce que pour moi dans la réalité ça ne
116 se passe pas comme ça en fait. Moi sur le terrain, vraiment ce que je vois, c'est que tu as beau
117 être à fond dans tes cours, si à un moment donné tu n'as pas l'expérience ou quoi que ce soit
118 ... fin tu ne sauras jamais rien faire. Pour moi entre les cahiers et la vie réelle professionnelle,
119 il y a deux mondes, il y a un monde qui les séparent. Alors effectivement tu as besoin de ces
120 bases-là, si tu veux, ben pour apprendre et tu as besoin comme je t'ai euh A+A est égal 2A.

- 121 Mais après dans la vie réelle, il y a d'autres choses et il y a beaucoup de choses justement, à
122 adapter à la vie du patient.
- 123 **MOI** : Oui je pense aussi oui, que le, le l'expérience professionnelle c'est ce qui te permet de te
124 perfectionner
- 125 **LILAS** : Exactement
- 126 **MOI** : Je te rejoins complètement là-dessus mais tu vois sans le vouloir tu as cité un outil ...
- 127 **LILAS** : Ouais effectivement la démarche clinique avec donc l'aspect bon euh avec les cibles ?
- 128 **MOI** : Oui mais surtout les antécédents les problèmes, les problèmes et puis après avec les
129 jugements clinique le projet de soins ...
- 130 **LILAS** : L'horreur ça a été mon seul rattrapage ...
- 131 **MOI** : J'arrête l'enregistrement ...

XI. ANNEXE XI. Retranscription entretien 5 - Service de neurologie

- 1 **MOI** : Donc voilà, le thème c'est le raisonnement clinique infirmier. On va commencer par les
2 présentations donc quel est ton prénom ?
- 3 **ROSE** : Je m'appelle C*****
- 4 **MOI** : Et depuis combien d'années es-tu diplômée ?
- 5 **ROSE** : Je suis diplômée depuis juillet 2021, je suis un bébé du diplôme. [Rires]
- 6 **MOI** : Depuis combien de temps exerces tu dans ce service ?
- 7 **ROSE** : Depuis août 2021.
- 8 **MOI** : Donc depuis le début ?
- 9 **ROSE** : Ouais depuis le début.
- 10 **MOI** : Par rapport au raisonnement clinique infirmier, pour toi, qu'est-ce que le raisonnement
11 clinique ?
- 12 **ROSE** : Alors en généralité ou tu veux juste une définition ?
- 13 **MOI** : C'est toi qui euh comme tu veux ...
- 14 **ROSE** : Pour moi le raisonnement clinique infirmier, c'est ce qui nous permet euh de savoir
15 comment réaliser nos soins, comment se comporter avec nos patients. Donc ça peut être de tout,
16 sur n'importe quel soin, euh ... ça va être par exemple euh...je prends un truc bateau, par
17 exemple quand tu vas administrer tes traitements bah ça va être tout le raisonnement, ben
18 regarder la prescription euh Savoir pourquoi il a ce traitement ? Donc regarder ses
19 antécédents, te poser des questions, t'interroger, vérifier par rapport à ce qu'il a, par rapport à
20 son bilan sanguin, est-ce que c'est approprié ? Enfin, voilà vérifier aussi parce que, en soit
21 normalement, c'est le rôle du médecin mais il faut toujours vérifier parce que bah parfois il y a
22 des prescriptions, qui ne sont pas très bonnes voilà ... [rises] tu le verras quand tu seras
23 diplômée... Euh après ça va être s'interroger sur tout plein de choses, les risques que ça peut
24 engendrer ? est-ce qu'il prend bien son traitement ? s'il ne les prend pas qu'est-ce que ça va
25 faire ? Voilà enfin tout ... partir d'un truc et se poser un milliard de questions. Ouais c'est ça.

- 26 **MOI** : Donc du coup, pour le mener ce raisonnement, quels outils pourrais-tu utiliser ?
- 27 **ROSE** : Pour le raisonnement clinique ?
- 28 **MOI** : Oui.
- 29 **ROSE** : Beaucoup le Vidal parce que c'est ce qu'on à l'hôpital, euh et après nous à l'hôpital,
30 ben il y a des protocoles donc les protocoles ... Et après ben, fin moi je sais que j'ai gardais
31 mes fiches et tout de l'IFSI donc sur ça, et après ben demander au médecin et autres infirmières.
- 32 **MOI** : D'accord, tu en vois d'autres des outils ?
- 33 **ROSE** : Hummm...
- 34 **MOI** : Que l'on aurait pu apprendre à l'école et qui te servent du coup sur le terrain ...
- 35 **ROSE** : Ben par rapport euh après il y a les trucs euh les échelles de la douleur et tout ...euh
36 après nous je sais que nous on a euh on travaille beaucoup avec les kinés, la psychologue, donc
37 ben leurs échelles à elles euh...
- 38 **MOI** : Le travail en collaboration ?
- 39 **ROSE** : ouais beaucoup, beaucoup, beaucoup ici tu auras beaucoup la kiné, la diét, voilà...
40 l'orthophoniste, tous ces outils-là.
- 41 **MOI** : d'accord, le travail pluridisciplinaire ?
- 42 **ROSE** : Ouais.
- 43 **MOI** : Donc, quels freins rencontrez-vous quant à la mobilisation de ce raisonnement clinique ?
- 44 **ROSE** : Alors par rapport au travail pluridisciplinaire, déjà ben le nombre on n'est pas en
45 nombre, c'est horrible [souples]
- 46 **MOI** : Sous-effectifs ?

47 **ROSE** : Ouais, le temps ! c'est une catastrophe ! On manque de temps sur plein de choses et du
48 coup on ne fait pas nos soins comme on aimerait les faire et on ne raisonne pas comme on
49 aimerait pouvoir le faire. Parfois on n'a pas le temps de se poser des questions alors que euh...
50 on aimerait et du coup ben on ne va pas au bout du raisonnement clinique et je trouve que c'est
51 dommage pour euh... la poursuite euh enfin la prise en soin du patient. Je trouve qu'elle est
52 parfois bah elle n'est pas euh... elle n'est pas correct quoi, parce que ben voilà. Donc après ce
53 n'est pas dépendant de nous hein c'est euh... mais du coup c'est hyper frustrant.

54 **MOI** : D'accord

55 **ROSE** : Donc, le manque de temps, de moyens, de personnel euh ... beaucoup ça.

56 **MOI** : D'accord. Par rapport à la relation soignant soigné, la relation de soins, quels impacts a
57 le raisonnement clinique sur cette relation ?

58 **ROSE** : Ben je pense qu'à partir du moment où tu raisones et que tu donnes du sens aux soins
59 que tu fais et bah du coup le euh... la, la relation de soin se fait beaucoup mieux parce que du
60 coup tu crées une relation de confiance avec ton patient et lui je pense qu'il apprécie que tu te
61 poses la question. Et si tu vas faire une prise de sang à un patient et qu'il te pose une question,
62 pourquoi vous faites ça ? et que tu ne sais pas lui répondre euh...il ne va pas être content. Ou
63 pareil si tu lui donnes un traitement et que tu ne sais pas lui dire pourquoi bah lui il ne va pas
64 comprendre, il ne va pas avoir envie de prendre ce cachet. Les cachets, ce ne sont pas des
65 bonbons. Donc, je pense qu'à partir du moment euh ... si on ne raisonne pas il euh ... enfin je
66 pense qu'il y a un gros frein au niveau de la relation soignant-soigné, parce qu'il n'y aura pas
67 une euh ...le, le patient ne fera pas confiance et du coup ça va freiner.

68 **MOI** : Okay, donc sur la qualité de soins, comment la réflexion infirmière influence-t-elle cette
69 qualité ?

70 **ROSE** : euh ... vas-y redis la question s'il te plaît.

71 **MOI** : Comment la réflexion infirmière influence la qualité de soins ?

72 **ROSE** : Euh Comment la réflexion infirmière influence la qualité de soins ? euh ...dans le
73 sens si on réfléchit ?

74 **MOI** : oui comment elle peut euh ... qu'est-ce qu'elle apporte au niveau de la qualité de soins ?

75 **ROSE** : Ben je pense qu'il y a une meilleure qualité des soins à partir du moment où on réflex...
76 où on réfléchionne. Si tu ne réfléchionne pas euh ...fin moi je sais que par exemple, ça ne fait pas
77 énormément de temps que je suis infirmière, ou que, bon, ça commence à faire un moment que

78 je suis dans le service mais il y a toujours des choses que je ne sais pas forcément, par rapport
79 à la bonne réalisation des soins, ben je vais regarder dans les protocoles.

80 Et je pense que si tu ne réfléchis pas, que tu ne prends pas le temps de le faire, ben ça impacte
81 forcément sur la qualité du soin et le patient va peut-être recevoir un soin de moins bonne qualité
82 alors que si on avait pris le temps de se poser les bonnes questions bah du coup il aura forcément
83 une meilleure qualité de soin. Je pense que euh ... fin voilà.

84 **MOI** : Tu vois autre chose par rapport à la qualité de soins ? Tu la définirais comment, toi, la
85 qualité de soins ?

86 **ROSE** : Déjà je pense qu'il faut prendre le patient dans sa globalité. Euh, il ne faut pas voir que
87 euh... qu'un soin. Il faut voir dans sa totalité, dans sa globalité le patient. Donc déjà, il faut se
88 poser des questions et c'est vrai que parfois il y a des patients euh ils ont peur. Donc la
89 qualité des soins ça ne va pas être que de faire l'acte médical ou paramédical en lui-même, ça
90 peut être plein de choses, ça va être la prise en charge psychologique euh ... Donc la, la qualité
91 des soins pour moi c'est global ce n'est pas que le soin en lui-même, voilà.

92 **MOI** : D'accord, est ce que tu pourrais me raconter une expérience professionnelle, où le
93 raisonnement clinique t'a aidé à la prise en soin d'un patient ?

94

95 **ROSE** : Ben moi comme je sors de l'école, le raisonnement clinique j'en ai fait beaucoup et
96 donc c'est vrai par exemple, les démarches cliniques, les trucs comme ça, ça aide beaucoup
97 quand on est jeune diplômé, parce que euh ... on se pose beaucoup de questions. Alors que je
98 vois par exemple, certaines qui sont des, des plus anciennes ou tout ça, elles n'avaient pas
99 forcément autant de démarche clinique comme nous on a, ou de raisonnement clinique. Moi du
100 coup ça m'aide parce que je me remets constamment en question. Donc par exemple euh... par
101 rapport euh... nous quand les patients quand ils arrivent en alerte AVC euh ... ben donc pour
102 des AVC et ben le, le raisonnement clinique du coup, ça nous aide à avoir les antécédents et à
103 chercher pourquoi il a fait ça ? Du coup après ça nous aide à nous poser des questions sur le
104 traitement que l'on va pouvoir envisager pour lui, la prise en soin, voilà. Donc, ben en fait, le
105 raisonnement clinique ça devrait être notre métier en euh ... de A à Z mais bon parfois euh ...

106 **MOI** : Mais justement, je pense que c'est un concept juste mal connu ?

107 **ROSE** : Oui clairement je pense que c'est juste ça, parce que ça devrait être pour moi la base
108 euh la base de notre métier, voilà.

109 **MOI** : Merci beaucoup

110 **ROSE** : Mais je t'en prie, c'est normal.

XII. ANNEXE XII. Retranscription entretien 6- Infirmière libérale > 16 ans

- 1 **MOI** : Voilà donc je commence par les présentations quel est ton prénom et depuis combien de
2 temps es-tu diplômé ?
- 3 **JASMINE** : Alors je m'appelle E***** et je suis diplômée depuis 2006, donc ça fait 16 ans.
- 4 **MOI** : Depuis combien de temps exerces-tu dans le secteur du libéral ?
- 5 **JASMINE** : Depuis un an.
- 6 **MOI** : D'accord mon thème comme je te l'ai expliqué sur le raisonnement clinique infirmier,
7 pour toi qu'est-ce que le raisonnement clinique ?
- 8 **JASMINE** : Le raisonnement clinique je dirais euh ... que c'est savoir évaluer la prise en charge
9 euh ... quand on prend en charge un patient, que ça soit euh ... ses besoins, mettre en lien aussi
10 avec les pathologies, les thérapeutiques. Je dirais que c'est faire le lien avec tout ça,
11 éventuellement.
- 12 **MOI** : Quels outils utilises-tu pour le mobiliser ce raisonnement ? Qu'est-ce qui te permet de
13 mobiliser le raisonnement clinique ?
- 14 **JASMINE** : Ben je dirais euh ... après est-ce que j'utilise vraiment des outils, je n'en sais rien
15 c'est quelque chose qu'on fait naturellement avec l'expérience euh ... et en collaboration aussi
16 avec le médecin euh ... surtout quand c'est une prise en charge à domicile, c'est autre chose
17 qu'à l'hôpital. On doit quand même prévenir beaucoup de choses, essayer de maintenir
18 l'autonomie, le plus possible. Donc c'est vraiment faire en sorte qu'à domicile les gens euh voilà
19 conservent un maximum d'autonomie, puisse euh ... voilà continuer de vieillir et d'évoluer à la
20 maison en vivant le mieux possible, que nous, on y passe pour les médicaments, pour la prise
21 en soin que ce soit aussi pour les soins de nursing. On fait aussi beaucoup le lien avec la famille
22 et le médecin. Donc euh ... je pense que je mobilise tout mais est-ce qu'il y a un outil particulier ?
23 Ça je ne sais pas.
- 24 **MOI** : Il n'y a pas d'outils particuliers, c'est vraiment qu'est-ce qui te permet, toi d'évaluer
25 justement l'autonomie du patient ? Comment tu vas le faire ?
- 26 **JASMINE** : Ah ben l'autonomie on va le voir évoluer à la maison ? On va voir déjà au niveau
27 de son environnement, qu'est-ce qui est mis en place ? euh ... S'il manque des choses quels
28 outils on pourrait lui apporter pour lui permettre que ça soit beaucoup plus simple et plus

29 accessible. Donc pour l'autonomie ça serait ça. Ça serait aussi pour l'alimentation, le portage
30 des repas, enfin que ça soit déjà lui qui s'alimente tout seul si c'est possible, est-ce qu'il a euh,
31 est-ce qu'il est encore en capacité ou pas de se faire à manger ou pas ? Donc à ce moment-là
32 euh ... on a des associations qui viennent porter les repas, il y a parfois les familles qui sont
33 présentes, il y a parfois aussi la possibilité d'avoir des aides ménagères, qui viennent et qui
34 cuisine. Ça c'est pour tout ce qui l'alimentation. Pour tout ce qui est le nursing euh alors déjà on
35 a nous, nous on fait tout ce qui est soin de nursing à la maison donc nous on voit euh voilà si
36 c'est plus une douche ou plus un accompagnement, le guider dans sa euh dans sa toilette quand
37 juste il commence à vieillir et perdre un peu l'autonomie ou alors carrément des prises en
38 charges plus lourdes avec des toilettes au lit euh des toilettes, oui des toilettes au lit. Dans ce
39 cas-là on adapte tout le matériel euh ... type euh ... fauteuil roulant, cadre, lit médicalisé euh
40 ...une douche accessible, éviter les baignoires, des assises à l'intérieur des douches ou des
41 baignoires. Puisqu'après on ne fait pas comme on veut à la maison ce n'est pas aussi bien pensé
42 qu'à l'hôpital. Donc on essaie de faire au mieux et surtout pour la sécurité. Après il y a aussi
43 euh ... donc tout ce qui est thérapeutique, donc nous on a la possibilité aussi de prendre en
44 charge donc les médicaments, de les préparer, de s'occuper des ordonnances c'est à dire de, de
45 quand on est arrivé au terme de la prescription, de les prescrire. Quand on voit que les
46 thérapeutiques et parfois ça arrive hein les gens sont en forme, l'autonomie baisse, les problèmes
47 cardio arrivent, on est obligé de changer les médicaments cardiaques parce que ce n'est plus
48 adapté. Pareil quand on a euh ...enfin beaucoup, beaucoup de choses, donc nous on est le lien
49 avec tout ça et surtout le lien avec le docteur et différents spécialistes. Parce que quand même,
50 mine de rien, les gens à domicile contrairement à l'hôpital où ils ont des visites quotidiennes
51 par le médecin, nous on n'a pas de médecin qui viennent tous les jours les voir en fait c'est
52 quand il y a un problème que nous on les appelle et c'est eux qui passent.

53 **MOI** : Donc vous faites l'intermédiaire ?

54 **JASMINE** : On fait toujours l'intermédiaire, on ne fait jamais rien toutes seules mais on a quand
55 même une certaine autonomie. On a voilà beaucoup plus de euh ...il y a beaucoup plus de
56 choses où on va avoir euh ...on va être les premières à le mettre en place sans que euh ...on va
57 dire, on va suggérer souvent au médecin, bon ben il y a ça, ça et ça, qu'est-ce que vous en
58 pensez ? Est-ce qu'on pourrait faire ça comme ça ? Fin voilà.

59 **MOI** : Et est-ce que tu penses, comparer le libéral de l'hôpital, le raisonnement clinique, tu le
60 mobilises d'une façon différente ?

61 **JASMINE** : Alors euh ... Oui et non, je dirais oui et non. Oui euh ... oui un petit peu
62 différemment, parce que du coup, je reviens sur ce que j'ai dit mais euh ... euh on n'a pas un
63 médecin en permanence à côté de nous, donc on va être davantage être vigilante et entreprendre
64 des choses que peut-être dans le cadre hospitalier euh on ira de suite voire le médecin et on
65 mettra de suite en place. Euh voilà, je dirais que c'est un peu différent mais après les liens se
66 font euh ... ils se font euh, ils se font quand même de la même manière.

67 Après moi particulièrement, j'ai fait beaucoup de médecine pour ainsi dire que de la médecine
68 et tu mobilise tout hein, c'est vrai que tu as absolument de tout hein. Tu as des pathologies post

69 chir. comme énormément de euh de euh de patho euh... toutes sortes de, de pathologies ou des
70 maladies chroniques, on mobilise beaucoup de choses, on mobilise tout. Comme à domicile
71 c'est juste que la façon de procéder est différente.

72 **MOI** : D'accord, quels freins rencontres tu dans le milieu du libéral quant à la mobilisation du
73 raisonnement clinique infirmier ? Je pense que tu as commencé à y répondre en disant que déjà
74 la disponibilité du médecin donc le fait qu'il soit moins disponible, moins accessible, ça met
75 déjà un frein, est ce que tu en vois d'autres ? L'aménagement du domicile tu m'as dit aussi ...

76 **JASMINE** : Ouais, je dirais surtout l'accessibilité aux examens complémentaires par exemple,
77 voilà si on a euh on rencontre un problème avec un patient, on voit, enfin on voit, on suppose
78 de par les symptômes, qu'il est en train de décompenser sur le plan cardiaque, on le voit petit à
79 petit euh... ben c'est beaucoup euh tout est beaucoup plus long, alors après on essaie de prévenir
80 euh bon souvent si c'est d'un coup, évidemment on hospitalise. Mais sinon on essaie de voilà
81 d'appeler le médecin, qu'il passe, de mettre en place les traitements, éventuellement faire un
82 scanner, éventuellement faire une prise de sang, tout ça. Donc je dirais l'accessibilité aux euh
83 aux examens.

84 **MOI** : D'accord ça c'est un frein, tu en vois d'autres ?

85 **JASMINE** : La disponibilité du médecin et, et euh bien sûr aussi les, les, les, les équipes
86 paramédicales aussi tu vois, par exemple, pas paramédical Si paramédical. Par exemple euh
87 ... enfin on voit qu'il y a quelqu'un, surtout les personnes âgées, on a on a beaucoup de
88 personnes âgées qui perdent de l'autonomie donc ça, ça, ça les rend un peu euh ...voilà la
89 dépression pour le faire grosso modo comme ça, c'est vite dit mais voilà des, des gens qui
90 s'isolent qui se replient sur eux-mêmes. Voilà, par exemple quand on est à l'hôpital quand on
91 sent que euh ...qu'il y a quelqu'un qui s'enlise un peu on va de suite faire appel à la psychologue
92 qui est disponible alors que là il faut prendre rendez-vous mais c'est, c'est le cas pour la
93 psychologue comme pour toute prise en charge... ce qui est prise en charge dentaire, tout ce
94 qui est prise en charge ORL et autres quoi.

95 **MOI** : D'accord et le cadre familial, est-ce que ça interfère dans ta, dans ta réflexion infirmière ?

96 **JASMINE** : Bah ça dépend des familles, on a des familles qui sont euh... qui sont euh bon
97 nous on n'a pas à se plaindre hein on a quand même de, de, de, euh une superbe patientiel et
98 des, des familles qui sont globalement très présente mais parfois oui c'est un peu compliqué
99 avec la famille, parce que des fois la famille euh ne suis pas forcément ce que euh ce que nous,
100 on préconise. Ils vont être un peu laxistes et les choses vont s'envenimer. Par exemple, je pense
101 notamment à la prise en charge d'une patiente, à domicile qui commençait à, de plus en plus à
102 se grabatiriser euh à se grabatiriser pardon. Des escarres qui sont apparus, c'est des familles qui
103 n'ont pas une très bonne hygiène au quotidien, que ça soit sur eux ou dans la maison donc on a
104 insisté euh ...sur euh ...le fait d'avoir tout le temps des serviettes propres, des draps propres.
105 Euh que les protections, parce que nous, on ne passés que le matin, que les protections soient
106 euh ... parce qu'elle était incontinente cette dame en l'occurrence, que les protections soient

107 changées, c'était une escarre sacrée, soient changées plusieurs fois dans la journée et eux pour
108 des soucis d'économie euh... en achetées pas beaucoup donc ils l'a laissée toute la journée euh
109 ... enfin oui du coup c'était compliqué.

110 **MOI** : D'accord du coup ça interfère dans ...

111 **JASMINE** : Voilà ça peut interférer dans la prise en soin et parfois dans notre réflexion, parce
112 que du coup nous on se dit au départ, ben là pour le cadre du pansement on va faire tel, tel ou
113 tel protocole, ça devrait aller avec une alimentation, des compléments et autres. Et puis
114 finalement si derrière la famille ne va pas dans notre sens de soin et bien au contraire la
115 perspective de guérison qu'on avait envisagée, elle est complètement remaniée parce que euh
116 et bien parce que derrière la famille nous ne suit pas et du coup ça se complique plutôt que de
117 s'améliorer.

118 **MOI** : D'accord donc ça peut être un frein ...

119 **JASMINE** : Ça peut être un frein comme au contraire ça peut être un support. Et à l'inverse on
120 a eu un énorme support, on a eu une patiente qui est décédée à domicile, qui vivait chez sa fille.
121 Et pareil, elle s'est doucement laissée glisser, donc perte d'appétit, perte d'autonomie, perte de
122 mobilité. Et voilà de suite on a fait venir un matelas anti escarres, des compléments
123 alimentaires, euh... nous on l'a massée quand on passait mais sa fille le faisait, enfin elle
124 respectait vraiment euh ...et en fait elle est, elle est vraiment décédée vraiment superbement, si
125 on peut le dire, à la maison parce que tout avait été mis en place mais c'était surtout la famille
126 quoi.

127 **MOI** : D'accord donc sur la relation soignant-soigné, quels impacts a le raisonnement clinique
128 sur cette relation ?

129 **JASMINE** : [Silence] Ben je dirais qu'elle vient l'étayer parce que du coup euh, du coup les
130 gens nous font confiance, euh ... ce n'est pas tout de bien s'entendre avec ses patients, on n'est
131 pas là pour euh ...on est là avant tout pour les soigner, pour les prendre en charge et quand ils
132 voient qu'on s'investit, qu'on a un bon diagnostic, que derrière ils voient l'amélioration ou le
133 maintien euh, euh... déjà de ce qui été mis en place, enfin que rien ne se dégrade du moins. Je
134 pense que c'est que euh, que bénéfique, si derrière euh, voilà, après il faut faire, il faut faire du
135 lien, il faut expliquer les choses. Surtout à la maison, encore une fois, c'est nous qui expliquons
136 plus que le médecin hein donc euh c'est nous qui prenons beaucoup de temps, qui voyons les
137 choses, on y passe tous les jours, parfois deux fois par jour. Donc oui ça, ça vient qu'étayer
138 notre relation soignant-soigné.

139 **MOI** : Sur la qualité de soin, comment la réflexion infirmière influence la qualité de soin ?

140 **JASMINE** : Positivement, parce qu'ils voient que euh ...que euh...on prend en compte
141 vraiment, je dirais, le patient dans sa globalité. Que ça soit voilà pour, pour sa prise en soin du
142 corps, de l'alimentation, de son environnement, du lien avec la famille, du lien avec les
143 professionnels, le médical et le paramédical.

144 **MOI** : Peux-tu me donner une définition de la qualité du soin ?

145 **JASMINE** : Alors pour moi la qualité de soin euh c'est prendre en charge globalement le
146 patient, c'est à dire être capable de repérer voilà l'ensemble des besoins du patient euh
147 ...d'essayé voilà de euh d'accéder voilà à l'état de santé que lui euh que lui souhaite. Faire en
148 sorte voilà euh avec tous les moyens matériel et humain disponible on puisse euh voilà euh ...
149 on puisse, on puisse arriver à répondre, à répondre à ses besoins. Voilà, je dirais que pour moi
150 la qualité de soins ça serait ça, c'est vraiment prendre en compte l'ensemble, voilà l'ensemble
151 de ses besoins et d'atteindre la qualité de, de santé enfin que le patient souhaite avoir, quoi.

152 **MOI** : Okay, tu as commencé un peu à répondre à cette partie-là mais est-ce que tu as une
153 expérience professionnelle particulière ou le raisonnement clinique t'a aidé à la prise en soin
154 d'un patient ?

155 **JASMINE** : Est-ce qu'elle est particulière, je ne sais pas. Après est ce qu'elle est riche ? Je
156 dirais oui, parce que moi j'ai fait dans mon parcours tous les services, j'ai fait de la cardio, de la
157 diabète, du long séjour, de la maison de retraite, de la médecine, des soins continus et j'ai fini
158 par le libéral. Donc je dirais que c'est riche dans le sens où j'ai depuis tout le temps euh beaucoup
159 mobilisé des choses voilà, ça n'a jamais été redondant. Ce n'est pas comme de la euh ...enfin
160 je je, je ne pénalise pas enfin ce n'est pas négatif quand je dis la chirurgie, c'est plus que, quand
161 on est dans des services plus fermés on est vite je trouve euh enlisé dans ces protocoles et on a
162 un peu du mal parfois à, à arriver à faire autre chose. Alors que c'est vrai la médecine, on voit
163 absolument de tout, de tout, de tout, de tout et puis même de la chirurgie parce que même si on
164 n'est pas en poste immédiat euh... J4 après, ils sont souvent renvoyés en médecine donc oui
165 c'est, c'est riche d'informations et de liens.

166 **MOI** : D'accord, ben je te remercie. Est-ce que tu as autre chose sur le raisonnement clinique
167 à compléter ou tu penses avoir fait le tour ?

168 **JASMINE** : Euh oui après pas ne pas avoir peur de euh même jeune diplômé à poser des
169 questions, euh on ne peut pas tout savoir, on ne sait jamais tout, ça c'est sûr. Même moi encore
170 j'ai pleins de choses à apprendre. Mais vraiment tous les professionnels qu'il y a autour de nous
171 que ça soit d'autres collègues infirmières, nos binômes aide-soignants, nos collègues médecins,
172 que ça soit les psychologues, les neuro-psy et autres enfin, c'est vraiment riche de savoir, riche
173 de compétences et chacun peut vraiment venir étayer notre propre pratique et ça c'est euh ça
174 c'est enfin, c'est ce qui fait que notre métier est super quoi. [Sourires]

175 **MOI** : Super, merci beaucoup.

176 **JASMINE** : De rien.

XIII. ANNEXE XIII. Grille d'analyse des entretiens

Questions	Cadre de référence	FLEUR	COQUELICOT	LYS	LILAS	ROSE	JASMINE
Qu'est-ce que pour vous le raisonnement clinique ?	<p>« Processus intellectuel méthodologique permettant une analyse des données cliniques issues d'une situation de soins afin d'identifier les problématiques de santé potentielles ou réelles de santé d'un patient et/ou de poser un diagnostic dans le domaine infirmier, et favoriser une prise en charge de qualité par des actions adaptées. Il s'appuie sur l'examen</p>	<p>« <i>Son jugement par rapport à tous ce que l'infirmière lui a donnée comme renseignements, parce qu'elle a collectée toutes les informations</i> » L.3-4 « <i>L'anamnèse de la patiente</i> » L.5-6 « <i>La collecte de données</i> » L.6 « <i>...ce raisonnement, cette réflexion</i></p>	<p>« <i>...démarche psychique mais qui vient du fait de l'observation. Et de cette démarche psychique tu arrives étape par étape à déterminer... quand un patient ne va pas bien... est-ce qu'il n'y a pas de l'anxiété ? Est-ce qu'il n'y a pas de l'angoisse ?</i> » L.9-14</p>	<p>« <i>Faire des liens...</i> » L.7 « <i>...ça doit se faire naturellement en fait ...on fait un soin mais savoir pourquoi on le fait et quels résultats on attend...chaque soin on recherche quelque chose... si ça a été efficace ou pas ...</i> » L.11-14 « <i>...de répondre...aux</i></p>	<p>« <i>...le raisonnement clinique...tu as une situation...de cette situation va découler ...idées et il va falloir apporter...des solutions...à ce problème ou à ce patient.</i> » L.13-15 « <i>...ton protocole actuel ne marche plus vraiment réadapter en fait et avoir ce raisonnement clinique de te dire,</i></p>	<p>« <i>...le raisonnement clinique infirmier, c'est ce qui nous permet de savoir comment réaliser nos soins, comment se comporter avec nos patients...sur n'importe quel soin...</i> » L.14-16 « <i>...quand tu vas administrer les traitements...ça va être tout le raisonnement, regarder la</i></p>	<p>« <i>... c'est savoir évaluer la prise en charge ... quand on prend en charge un patient, que ça soit ... ses besoins, mettre en lien aussi avec les pathologies, les thérapeutiques... c'est faire le lien avec tout ça...</i> » L.8-10 « <i>Donc on essaie de faire au mieux et surtout pour la sécurité.</i> » L.43</p>

	<p>clinique, dont l'observation fait partie, la qualité des données cliniques recueillies et catégorisées, grâce à un relationnel adapté, et la mobilisation des connaissances théoriques » (Martin, 2019, p. 15)</p> <p>« 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'hypothèse de</p>	<p><i>clinique que nous les infirmières ... les remettre au médecin... » L.22-25</i></p> <p>« Moi c'est une réflexion clinique ...démarche de soins » L. 40-41</p> <p>« ... récupérer certaines données sur l'état du patient elles vont se questionner sur les symptômes... mettre aussi en lien avec tout ce qui est théorie... poser un diagnostic infirmier... planification de soins, une</p>	<p>« ...tu vas commencer à poser des questions...mener à un raisonnement clinique. Tout comme l'observation qui va aussi ... donc c'est toute une démarche psychique qui t'amène à essayer d'être au plus juste au niveau, ..., de ton diagnostic infirmier. » L.15-18</p> <p>« ... plus tu es au plus près ... du diagnostic infirmier...distinct ion entre</p>	<p><i>problèmes du patient ; » L17-18</i></p> <p>« ...on fait des liens aussi avec les examens...c'est important de comprendre pourquoi on fait certains soins aussi...Pour la sécurité du patient aussi » L.42-44</p> <p>« ...ce n'est pas évident d'adapter des doses d'insulines ... » L.86-87</p> <p>« ... on est tout le temps dans le raisonnement clinique ...on manipule des pompes à insuline,</p>	<p><i>qu'est-ce qu'il serait le plus adapté pour ce patient... » L.17-19</i></p> <p>« Un raisonnement clinique c'est une discussion avec tes collègues... » L.29-30</p> <p>« ...toi-même qui fais ton protocole et quand tu arrives en libéral... » L.85</p> <p>« ... la formation de mes collègues qui m'ont fait comprendre du coup ...que certains</p>	<p><i>prescription, savoir pourquoi il a ce traitement ? ...regarder ses antécédents, te poser des questions, t'interroger, vérifier par rapport à son bilan sanguin... est-ce que c'est approprié ? » L.17-20</i></p> <p>« ...il faut toujours vérifier parce que parfois il y a des prescriptions qui ne sont pas très bonnes... » L.21-22</p> <p>« ...s'interroger sur tout plein de</p>	<p>« ...de prendre en charge donc les médicaments, de les préparer, de s'occuper des ordonnances... de les represcrire... » L.45-46</p> <p>« ...on est obligé de changer les médicaments cardiaques parce que ce n'est plus adapté. » L.48-49</p> <p>« ...je dirais que c'est un peu différent mais après les liens se font ... ils se font quand même de la</p>
--	---	--	--	---	--	---	--

	<p>réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable ». (Psiuk, 2012, p. 18)</p>	<p>conduite à tenir... prioriser les soins... » L.43-50</p> <p>« ... prise en charge globale du patient quoi, une prise en charge holistique » L.52</p> <p>« ... on va s'adapter donc à l'état de santé du patient, ... de personnaliser le soin pour répondre au mieux et au plus juste aux besoins du patient ... en tenant compte de ses ressources, de ses valeurs dans le respect de la dignité » L.55-58</p>	<p>diagnostic infirmier et médicale, plus je pense que t'es au plus près, plus ta connaissance de ce qui touche au patient... » L.61-64</p> <p>« ...je cherchais à avoir plus d'informations, parce que le premier accueil, c'est assez particulier en psychiatrie, la personne va avoir tendance soit à tous débiller ...au contraire... ils vont être plus dans la rétention</p>	<p>donc on est tout le temps dans l'anticipation...De s fois on anticipe les hypoglycémies... » L.131-133</p> <p>« Donc le raisonnement clinique on l'a toujours quoi, ça euh ça évite les problèmes et anticiper c'est important quoi, dans notre métier. » L.145-146</p> <p>« ...c'est vrai que ça fait routinier de euh...de prendre une tension, une température et une</p>	<p>raisonnements cliniques par rapport à certains types de plaies avaient des améliorations par rapport à la plaie ». L.103-105</p> <p>« Pour moi entre les cahiers et la vie réelle professionnelle, il y a deux mondes, il y a un monde qui les séparent...Mais après dans la vie réelle, il y a d'autres choses et il y a beaucoup de choses justement, à adapter à la vie</p>	<p>choses, les risques que ça peut engendrer ? ... » L.24-25</p> <p>« ...je sors de l'école, le raisonnement clinique j'en ai fait beaucoup... les démarches cliniques, les trucs comme ça, ça aide beaucoup quand on est jeune diplômé...on se pose beaucoup de questions... ça m'aide parce que je me remets constamment en question. » L.95-97</p>	<p>même manière. » L.66-67</p> <p>« ...j'ai fait beaucoup de médecine et tu mobilise tout ... on mobilise beaucoup de choses, on mobilise tout. » L.68-71</p> <p>« ...il faut faire du lien, il faut expliquer les choses... » L.133-134</p> <p>« ...j'ai fait dans mon parcours tous les services...Donc je dirais que c'est riche dans le sens où j'ai toujours mobilisé des choses...la</p>
--	--	---	---	---	--	---	---

		<p>« Le raisonnement clinique en fait c'est pratiquement tout le temps ... quand on prend en fait des décisions. » L.61-62</p> <p>« Entre ce que l'on a appris, la pratique, ça permet de mieux comprendre ce que l'on fait... et si on n'a pas collecté en fait les données auparavant, on peut se précipiter dans la décision sans que forcément elle soit adaptée au patient » L.67-74</p>	<p>d'informations. » L.104-107</p> <p>« ...j'ai commencé à me poser des questions parce qu'il y avait un truc ... l'instinct entre guillemets, le flair je dirais infirmier qui fait que je me suis posé des questions et je me suis dit il y a un truc qui me euh qui me questionne. » L.108-111</p> <p>« ...ça m'a questionné...je suis partie voir mes collègues plus expérimentés que moi...pose lui la</p>	<p>saturation...c'est ça qui nous qui nous déclenche un raisonnement et dire ça ce n'est pas normal il y a quelque chose qui ne va pas » L.148-150</p> <p>« Je pense qu'il y est tous le temps ce raisonnement, pour éviter ces complications. » L.154</p> <p>« ... d'être très vigilante, de prévoir ...vigilante sur l'état du patient. » L.159-160</p> <p>« ... voir comment il respire et son</p>	<p>du patient. » L.121-124</p>	<p>« ...le raisonnement clinique du coup, ça nous aide à avoir les antécédents et à chercher pourquoi... ça nous aide à nous poser des questions sur le traitement que l'on va pouvoir envisager pour lui, la prise en soin... » L.102-104</p> <p>« ...le raisonnement clinique ça devrait être notre métier...la base de</p>	<p>médecine, on voit absolument tout...c'est riche d'informations et de liens. » L.155-164</p> <p>« ...même jeune diplômé à poser des questions...on ne peut pas tout savoir...vraiment tous les professionnels ...d'autres collègues infirmières, nos binômes aide-soignants, nos collègues médecins, que ça soit les psychologues, les neuro-psy et autres... c'est</p>
--	--	---	---	--	---------------------------------------	--	--

		« ...d'affiner le diagnostic... » L.207	question franchement. » L.120-126 « ...le raisonnement clinique a été important...que ce soit affuté, ça été important. Je ne sais pas si... j'aurais pu voir ça ou pas. » L.143-144	état général c'est très important... quand on rentre dans une chambre on regarde le patient... L'aspect visuel quoi déjà on arrive avoir un petit peu son état clinique, donc c'est important » L.160-164		notre métier... » L.105-109	riche de savoir, riche de compétences et chacun peut vraiment venir étayer notre propre pratique... » L.167-172
Quels outils utilisez-vous pour mobiliser le raisonnement clinique ?	- La démarche clinique infirmière. (Psiuk T. , Raisonnement clinique et personnalisation des soins, 2009, p. 8) - Le jugement clinique (Nagels, 2017, p. 13)	« Les entretiens, il y à l'écoute, l'observation...disponibilité du soignant... sans disponibilité...l'observation va être limitée,	« Ma cervelle, mes connaissances...ce que tu as appris autant que ce soit à l'époque où tu étais étudiante... mais surtout ce que tu apprends	« ...les motifs d'hospitalisations ...reflète un petit peu le problème. Le problème induit sûrement des surveillances ... enfin un soin pour	« ...mon expérience... » L.23 « ...ce que j'ai appris au fur et à mesure de mes études... » L.26 « ... une discussion avec tes	« ...le VIDAL parce que c'est ce qu'on a à l'hôpital » L.30 « ...les protocoles... » L.31 « ...j'ai gardais mes fiches et tout	« ... quelque chose qu'on fait naturellement avec l'expérience... et en collaboration aussi avec le médecin... maintenir l'autonomie le

	<p>- La démarche de soin (Psiuk T. , Raisonnement clinique et personnalisation des soins, 2009, p. 9)</p> <p>- Le diagnostic infirmier (Psiuk A. M.-T., 1996, p. 14)</p> <p>- Le modèle tri focal a pour objectif d'identifier les problèmes de santé réels et potentiels (Arlette Marchal, 2010, p. 54)</p>	<p><i>l'écoute... » L.78-80</i></p> <p><i>« Les réunions cliniques...il y a tous les professionnels de santé qui sont réunis, alors là chacun apporte certains éléments ... il va avoir en fait des éléments peut être nouveaux ... » L.84-87</i></p> <p><i>« Les relève aussi... la passation en fait d'équipe. Entre les différents professionnels... c'est des outils supplémentaires pour étayer toutes</i></p>	<p><i>sur le terrain » L.20-21</i></p> <p><i>« ...à l'IFSI tu as les bases, mais ton raisonnement clinique tu le développes sur le terrain. C'est là où t'acquières...le maximum de tes connaissances, et ces connaissances, font que justement tu avances » L.22-24</i></p> <p><i>« ...il y a aussi l'équipe derrière...tu ne peux pas forcément avoir les mêmes idées, mais justement le fait que l'on</i></p>	<p><i>résoudre tout ça. » L.23-25</i></p> <p><i>« ...il y a tout le reste, le comportement, voir l'alimentation...Les habitudes du patient... ça fait partie du recueil de données ...de situer un petit peu le patient. » L.30-32</i></p> <p><i>« Voir s'il va être compliant... » L.33</i></p> <p><i>« ... le recueil de données est très important...on arrive ... à situer la personne, ses besoins, ses</i></p>	<p><i>collègues elles de son expérience...on apporte tout ça ensemble, un raisonnement clinique pour aborder ... le domicile d'un patient...qui serait un peu compliqué donc on va essayer de trouver des solutions. » L.30-35</i></p> <p><i>« ...tu te retrouves souvent avec des protocoles où il n'y a pas de protocole ...c'est toi en tant qu'infirmière qui crée ton</i></p>	<p><i>de l'IFSI... » L.31-32</i></p> <p><i>« ...demander au médecin et autres infirmières. » L.32</i></p> <p><i>« ...échelles de la douleur et tout ... » L.36</i></p> <p><i>« ...on travaille beaucoup avec les kinés, la psychologue, donc ben leurs échelles à elles... » L.37-38</i></p> <p><i>« ...les démarches cliniques...ça aide beaucoup quand on est jeune diplômé... » L.96-97</i></p>	<p><i>plus possible. » L.15-18</i></p> <p><i>« On fait aussi beaucoup le lien avec la famille et médecin. L.21-22</i></p> <p><i>« On va voir au niveau de l'environnement, qu'est ce qui est mis en place...on pourrait lui apporter pour lui permettre que ça soit beaucoup plus simple et plus accessible. » L.26-28</i></p> <p><i>« ...il y a parfois les familles qui</i></p>
--	--	---	--	--	--	--	---

		<p>les informations qu'on puisse avoir sur le patient »</p> <p>L.88-92</p> <p>« Moi c'est une réflexion clinique ...démarche de soins » L. 40-41</p> <p>« ...la démarche clinique et la démarche de soin pour moi ... c'est pareil » L.137-138</p> <p>« ...échange entre tous les professionnels... »</p> <p>L.198</p>	<p>travaille en équipe et qu'on puisse en discuter entre nous, va permettre d'être au plus pointus... ». L.24-27</p> <p>« ...des échelles d'évaluation, des choses comme ça ... ça dépend sur quelle pathologie tu vas te situer. »</p> <p>L.30-31</p> <p>« ...consulter le dossier de soins infirmiers, voir si tu connais le patient ... » L.35-36</p> <p>« ... avoir la famille comme ressource et c'est</p>	<p>attentes et voir ce qu'il est capable de faire. » L.36-38</p> <p>« ...des surveillances ... surveillances du traitement mis en place... s'il est efficace ou pas...s'il y a un souci alerter le médecin. » L.40-42</p> <p>« ...l'éducation c'est quand même sur des personnes qui sont quand même compliantes... »</p> <p>L.57-58</p>	<p>protocole... »</p> <p>L.82-84</p> <p>« ...d'être avec tes collègues et qu'elles te forment elles, si tu veux t'apporte ... leur raisonnement clinique devient le tiens ...ça t'aide justement toi, après en tant que professionnel, à savoir adapter... »</p> <p>L.91-93</p> <p>« ...c'est des nénettes qui ont vingt ans de libéral ... vingt ans justement de raisonnement clinique ...sur ce type de soin et</p>		<p>sont présentes... »</p> <p>L.32</p> <p>« ...pour tout ce qui est nursing...plus un accompagnement, le guider...on adapte tout le matériel... » L.35-37</p> <p>« ...donc nous on est en lien avec tout ça et surtout le lien le docteur et différents spécialistes. »</p> <p>L.49-50</p> <p>« ...on va suggérer souvent au médecin... » L.58</p> <p>« ...des familles qui sont</p>
--	--	--	--	---	--	--	--

			<p><i>important de travailler avec la famille. » L.37</i></p> <p><i>« ... ce travail-là avec les familles...important de l'accentuer. »</i></p> <p>L.57-58</p> <p><i>« ... à l'entretien... il me parle de sa problématique, c'était un premier accueil... » L.101</i></p> <p><i>« ...je pense que l'expérience a beaucoup d'importance dans le raisonnement clinique, parce que peut être que si j'avais été</i></p>		<p><i>donc ben en fait ça a prouvé l'efficacité. » L.99-101</i></p> <p><i>« ...le plus compliqué pour moi à l'école, c'était les démarches cliniques infirmières... »</i></p> <p>L.115-116</p>		<p><i>globalement très présente... » L.99</i></p> <p><i>« Ça peut être un frein comme au contraire ça peut être un support. Et à l'inverse on a eu un énorme support... »</i></p> <p>L.119-120</p>
--	--	--	--	--	---	--	---

			quelques années en arrière je n'aurais peut-être pas vu ça... ». L.117-119				
Quels freins rencontrez-vous quant à la mobilisation du raisonnement clinique ?		« L'absence de disponibilité ... on n'a pas le temps de prendre le temps avec le patient... ça met des freins justement à cette réflexion ... à ce moment-là agir dans la précipitation et pas prendre forcément les bonnes décisions » L.95-100	« ...manque de connaissances sur certaines pathologies... des choses qui peuvent t'échapper. » L.33-35 « ...la famille rentre vraiment dans la prise en charge du patient. Je trouve qu'en France ... ce n'est pas suffisant... ça peut énormément t'apporter... des	« ...si le patient est plus ou moins compliant... sa prise en charge va être difficile... » L.51 « ...à l'hôpital ils respectent les règles...à la maison...ils se lâchent un petit peu. » L.56-57 « ...ils sont tous valides...ils arrivent à raisonner...	« ...l'inexpérience ... la non connaissance... » L.40 « ...si tu as une mésentente avec une de tes collègues et que vous n'êtes complètement pas d'accord...ça ne mettra jamais à bien le raisonnement clinique... » L.41-43	« ... normalement c'est le rôle du médecin mais il faut toujours vérifier... » L.21 « ...on n'est pas en nombre, c'est horrible. » L.45-46 « ...On manque de temps sur plein de choses ... on ne fait pas nos soins comme on aimerait les faire et on ne raisonne	« ... contrairement à l'hôpital où ils ont des visites quotidiennes par le médecin, nous on n'a pas de médecin qui viennent tous les jours les voir en fait c'est quand il y a un problème que nous on les appelle et c'est eux qui passent. » L.51-53

		<p>« Le sous-effectif du personnel... effectif réduit donc forcément ça va impacter sur la qualité en fait euh...ben du travail, la qualité du soin et la qualité qu'on va apporter auprès du patient ... »</p> <p>L.100-106</p>	<p>choses que tu ne vois pas et que tu ne sais pas. »</p> <p>L.39-42</p> <p>« ...plus d'interactions avec les familles, il y a des choses qu'on pourrait mettre en place... » L.45-46</p> <p>« ...personne de confiance ou pas la personne de confiance... ça n'a pas de rapport. »</p> <p>L.48-49</p>	<p>l'éducation c'est quand même sur des personnes qui sont quand même compliantes... »</p> <p>L56-58</p>	<p>« ... le médecin qui n'est pas d'accord avec vous...toi tu sais que ton raisonnement clinique est efficace ou qu'il est intéressant à questionner... »</p> <p>L.44-46</p> <p>« ...tu n'as pas de médecin à côté de toi donc ... » L.84</p> <p>« ...infirmière sans expérience... »</p> <p>L.85-86</p> <p>« ...le plus compliqué pour moi à l'école, c'était les démarches</p>	<p>pas comme on aimerait pouvoir le faire... on n'a pas le temps de se poser des questions... on ne va pas au bout du raisonnement clinique... » L.48-51</p> <p>« ...c'est dommage pour la poursuite de la prise en soin du patient...elle n'est pas correct...Donc après ce n'est pas dépendant de nous... » L.51-54</p> <p>« ... certaines qui sont des, des plus anciennes ou tout ça, elles n'avaient</p>	<p>« ...on n'a pas un médecin en permanence à côté de nous, donc on va être davantage être vigilante et entreprendre des choses que peut-être dans le cadre hospitalier...on ira de suite voire le médecin et on mettra de suite en place. » L.63-66</p> <p>« ...l'accessibilité aux examens complémentaires ...tout est beaucoup plus long... » L.77-80</p> <p>« La disponibilité du médecin...aussi les équipes</p>
--	--	---	---	---	---	---	---

					<p><i>cliniques infirmières je n'ai jamais compris.</i></p> <p><i>En plus en pratique, tu n'en fais jamais des démarches cliniques infirmières...parce que dans la réalité ça ne se passe pas comme ça... »</i></p> <p>L.115-118</p> <p><i>« Pour moi entre les cahiers et la vie réelle professionnelle, il y a deux mondes, il y a un monde qui les séparent. »</i></p> <p>L.121-122</p> <p><i>« ...tu n'as pas l'expérience ou</i></p>	<p><i>pas forcément autant de démarche clinique comme nous on a, ou de raisonnement clinique »</i></p> <p>L98-99</p>	<p><i>paramédicales...il faut prendre rendez-vous pour la psychologue, ou toute prise en charge... »</i></p> <p>L.86-94</p> <p><i>« ...parfois oui c'est un peu compliqué avec la famille, parce que des fois la famille...ne suis pas forcément ...ce que nous, on préconise. Ils vont être un peu laxistes et les choses vont s'envenimer. »</i></p> <p>L99-101</p> <p><i>« ...ça peut interférer dans la</i></p>
--	--	--	--	--	---	---	---

					<p><i>quoi que ce soit...tu ne sauras jamais rien faire. » L.119-120</i></p>		<p><i>prise en soin et parfois dans notre réflexion...on va faire tel ou tel protocole... si derrière la famille ne va pas dans notre sens de soin ...la perspective de guérison qu'on avait envisagée... est complètement remaniée... se complique plutôt que de s'améliorer. »</i> L.112-117</p>
<p>Quel impact a le raisonnement clinique sur la relation soignant-soigné ?</p>	<p>Du latin « <i>relatio</i> » qui signifie rapport, la relation est un lien qui met en rapport une personne à une autre, et le verbe soigner</p>	<p>« ... ça permet en fait d'établir une relation de confiance donc avec les patients. De prendre le</p>	<p>« ... plus tu es au plus près ... du diagnostic infirmier...distinct ion entre diagnostic</p>	<p>« ...raisonnement clinique... ils ne sont pas opposés aux soins, ... ils acceptent souvent quand même tous</p>	<p>« Tout dépend ...la manière d'aborder ton raisonnement clinique...sans expliquer le pourquoi le</p>	<p>« ... à partir du moment où tu raisonnes et que tu donnes du sens aux soins que tu fais ... la relation</p>	<p>« ...je dirais qu'elle vient l'étayer parce que du coup...les gens nous font confiance... ce</p>

	<p>« soniare » signifie « s'occuper de ».</p> <p>La relation soignant/soigné met donc en rapport le soignant dans un contexte de « prendre soin » du soigné, qui lui est en situation de vulnérabilité ce qui en fait une relation asymétrique.</p> <p>La relation soignant-soigné est complexe, elle est d'abord une « rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ».</p>	<p><i>temps avec le patient...d'enrichir du coup l'anamnèse, la collecte de données... »</i></p> <p>L.115-117</p> <p>« ...des fois la relation est très difficile donc à établir avec certains patients...parce qu'ils ne sont pas très bien, qu'ils n'ont pas envie de se livrer, donc là il faut, il faut une relation de confiance en fait qui s'établit petit à petit avec le patient, avec le soigné...Là du</p>	<p><i>infirmier et médicale, plus je pense que t'es au plus près, plus ta connaissance de ce qui touche au patient..., plus tu peux arriver justement développer cette proximité avec le patient. »</i> L.61-65</p> <p>« ... quand un patient ne va pas bien ... tu vas toujours chercher plus loin à comprendre qu'est ce qui a pu déclencher... ou est-ce que c'est juste quelqu'un qui recherche de</p>	<p><i>les soins, tous les examens ... c'est pour leur personne...pour leur confort... »</i></p> <p>L.64-67</p> <p>« ...ils savent qu'ils auront des examens ...des prises de sang ... ils sont habitués... » L.72-74</p> <p>« ... à force on connaît...on a des affinités avec certains patient... » L.80-81</p> <p>« ...ils recherchent leur infirmière, celle qu'ils ont connu les autres</p>	<p><i>pourquoi du comment, là ça va être très compliqué, il va y avoir une relation de supériorité. »</i></p> <p>L. 49-52</p> <p>« ...en libéral ...si tu abordes, quelconque relation avec ton patient où il y a une supériorité... ton patient tu ne le garderas pas ou c'est compliqué. ...pour moi c'est vraiment la manière d'aborder les choses et qu'elles soient cohérentes avec la vie du patient ...c'est quelque</p>	<p><i>de soin se fait beaucoup mieux... tu crées une relation de confiance avec ton patient et lui je pense qu'il apprécie que tu te poses la question. »</i> L.59-62</p> <p>« ... il te pose la question, pourquoi vous faites ça ? et que tu ne sais pas lui répondre...il ne va pas être content... si tu lui donnes un traitement et que tu ne sais pas lui dire pourquoi... il ne va pas</p>	<p><i>n'est pas tout de bien s'entendre avec ses patients... on est là pour les soigner, pour les prendre en charge... on s'investit, qu'on a un bon diagnostic... l'amélioration ou le maintien...c'est que bénéfique... »</i></p> <p>L.128-133</p> <p>« ...il faut faire du lien, il faut expliquer les choses... Surtout à la maison...c'est nous qui expliquons plus que le médecin...c'est nous qui prenons</p>
--	---	--	---	--	--	--	---

	<p>(Manoukian, 1997, p. 5)</p> <p>La relation soignant-soigné est déterminée par le soin. Elle intervient au cours d'un acte de soin qui « se situe au sein d'une relation soignant-soigné ».</p> <p>(Manoukian, 1997, pp. 3-4)</p>	<p><i>coup il faut qu'il y ait une grande disponibilité...dans l'empathie sans être dans la compassion... »</i></p> <p>L.120-124</p> <p><i>« ...lorsqu'on s'investit trop dans une relation avec le patient...on peut...inconsciemment lui apporter une mauvaise réponse »</i></p> <p>L.130-132</p> <p><i>« ...adaptation thérapeutique ... le traitement le plus juste aux signes que la patiente a présentée. »</i></p> <p>L.203.204</p>	<p><i>l'attention aussi des fois. »</i></p> <p>L.66-73</p> <p><i>« ...on a des personnes qui ont des multiples plaintes...même si eux ils somatisent...elle est peut-être un peu psy qu'autre chose. »</i></p> <p>L.73-75</p>	<p><i>années...ils recherchent une expérience professionnelle...ils peuvent discuter...de leurs habitudes, de leurs expériences avec nous parce que ce n'est pas évident d'adapter des doses d'insulines...ils aiment bien avoir un personnel qui a une connaissance sur le diabète... »</i></p> <p>L.83-88</p> <p><i>« Les nouvelles infirmières ils n'aiment pas trop parce qu'elles ne savent pas adapter</i></p>	<p><i>chose qui doit être vu dans sa globalité »</i></p> <p>L.53-57</p> <p><i>« ...inclure le patient dans le raisonnement clinique...ou lui faire comprendre que ce je pense c'est la bonne solution, sans lui imposer »</i></p> <p>L.59-60</p> <p><i>« Le mener à comprendre que ce que je lui propose c'est quand même la meilleure solution. »</i></p> <p>L.62-63</p>	<p><i>comprendre... »</i></p> <p>L.62-65</p> <p><i>« ...si on ne raisonne pas ... je pense qu'il y a un gros frein au niveau de la relation soignant-soigné... le patient ne fera pas confiance et du coup ça va freiner. »</i></p> <p>L.66-68</p>	<p><i>beaucoup de temps, qui voyons les choses...Donc oui ça va étayer notre relation soignant-soigné. »</i></p> <p>L.133-137</p>
--	---	---	---	---	--	--	--

				<p><i>les doses. » L.89-90</i></p> <p><i>« ...après on ne parle pas forcément que du diabète quoi, on parle de la vie de tous les jours parce qu'un diabétique ...vit avec sa maladie 24h sur 24 ... on est dans leur vie ... projet de grossesse ben il faut le préparer pour une diabétique ... on est aussi dans le projet personnel... »</i></p> <p>L.93-96</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

				<p><i>« ...ils sont reconnaissants... il y a certains qui sont difficiles mais certains ... très reconnaissants »</i></p> <p>L.98-99</p> <p><i>« ...Ils ont confiance... »</i></p> <p>L.111</p> <p><i>« ... les personnes savent ce qu'elles doivent faire et que l'on leur explique un petit peu et que les médecins sont à côté, c'est vrai que ça les rassure... »</i></p> <p>L.122-123</p> <p><i>« ...chez des enfants on essaie de garder les</i></p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

				parents à côté quoi... c'est important même si on rassure des fois plus les parents que, que l'enfant. » L.126-128			
Comment la réflexion infirmière influence la qualité du soin ?	« La qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de	« ...alors en l'améliorant donc on va améliorer la qualité de soins, en répondant aux besoins du patient... en prenant en compte ses valeurs, le respect de ses droits, de sa dignité ...c'est pour améliorer sa prise en charge » L.142-144	« La qualité de soin... c'est offrir un soin de qualité c'est à dire un soin autant... bon pour le patient, agréable pour le lui. » L.82-84 « ...que le pansement est douloureux, anticiper justement, de donner des antalgiques avant...pour que	« La qualité de soins ... on en parle de moins en moins maintenant...ce n'est pas pareil qu'avant...on essaie quand même d'être pointilleux. » L.102-104 « ...la qualité... ils me disent tout le temps qu'on est très professionnel...	« ...si tu es convaincus de ce que tu penses, être bon...pour moi tu feras un bon soin... Parce que si tu penses que ce tu fais ce n'est pas bon automatiquement tu ne vas pas le faire de tout ton cœur. » L.69-71 « ... Logiquement, tu fais toujours les choses du mieux	« ...il y a une meilleure qualité des soins à partir du moment où on réflexionne. » L.76-77 « ...il y a toujours des choses que je ne sais pas forcément...à la bonne réalisation des soins, je vais regarder dans les protocoles. » L.79-80	« ...on prend en compte vraiment ... le patient dans sa globalité. Que ça soit pour sa prise en soin du corps ...du lien avec la famille...avec les professionnels, le médical et paramédical. » L.139-142 « ... c'est prendre en charge globalement le

	<p><i>résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». (OMS)</i></p> <p><i>« Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celle-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire</i></p>	<p><i>« ...quand on a eu déjà la collecte de données... on a eu des informations... sur sa religion ou son régime...on va faire attention.... On va prendre en considération quand même ces paroles...S'il y a la possibilité on essaye de répondre à ça. »</i></p> <p>L.147-156</p> <p><i>« ...il y a une obligation de moyens mais pas de résultats... »</i></p> <p>L.161</p> <p><i>« ...réflexion clinique...les réunions</i></p>	<p><i>le soin se passe pour le mieux...qu'on a fait correctement les choses...au mieux pour le patient... »</i> L.84-87</p> <p><i>« ...penser le soin en amont, préparer le soin, avoir les connaissances fiables pour assurer une qualité de soin optimale. »</i> L.89-90</p>	<p><i>Être professionnel ça veut dire qu'on fait les choses correctement...ils ont confiance...je pense qu'on fait de bons soins. »</i></p> <p>L.109-112</p> <p><i>« ...on se préoccupe de la personne donc c'est important...des fois on cadre des enfants aussi donc ce n'est pas évident... les parents sont là...le fait de diriger un test, de savoir ce qu'on fait et être professionnel »</i></p> <p>L.113-117</p>	<p><i>que tu peux et avec les moyens que t'as...ton raisonnement clinique doit toujours...en tant qu'infirmière ... être professionnel, logiquement ça sera toujours pour avoir la meilleure qualité de soins que tu peux offrir. Sinon ... c'est que tu ne fais pas de raisonnement clinique. »</i> L.73-77</p> <p><i>« La remise en question du soignant est primordial pour assurer une</i></p>	<p><i>« ...je pense que si tu ne réfléchis pas, que tu ne prends pas le temps de le faire, ça impacte forcément sur la qualité du soin et le patient va peut-être recevoir un soin de moins bonne qualité alors que si on avait pris le temps de se poser les bonnes questions...il aura forcément une meilleure qualité de soin... »</i> L.81-84</p> <p><i>« ... il faut prendre le patient dans sa</i></p>	<p><i>patient, c'est à dire être capable de repérer... l'ensemble des besoins du patient...d'accéder voilà à l'état de santé que lui souhaite. »</i> L.144-146</p> <p><i>« ...tous les moyens matériel et humain disponible...arriver à répondre à ces besoins. »</i> L.147-148</p> <p><i>« ...prendre en compte l'ensemble de ses besoins et d'atteindre la qualité de santé que le patient</i></p>
--	---	--	--	---	---	---	--

	<p><i>des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés »</i> (Hesbeen, 2008, p. 55)</p> <p>La qualité du soin ne peut être réduit à l'acte technique lui-même mais doit être accompagné de la dimension relationnelle afin de répondre à une perspective soignante ; « <i>la perspective soignante est</i></p>	<p><i>cliniques... raisonnement clinique... ça permet d'avoir...un maximum d'informations ...ça nous rapproche donc au plus juste en fait de l'évaluation de cet état de santé donc du patient... ça va être une décision d'équipe... »</i> L.167-171</p> <p>« <i>...il y a une concertation d'équipe...il n'y a pas d'action sans réflexion... »</i> L.178-181</p>		<p><i>« ... les personnes savent ce qu'elles doivent faire et que l'on leur explique un petit peu et que les médecins sont à côté, c'est vrai que ça les rassure... »</i> L.122-123</p>	<p><i>qualité de soin. »</i> L.78</p>	<p><i>globalité...il ne faut pas voir qu'un soin. Il faut voir dans sa totalité, dans sa globalité le patient...il faut se poser des questions ...parfois il y a des patients ...ils ont peur. »</i> L.87-89</p> <p>« <i>Donc la qualité des soins ça ne va pas être que de faire l'acte médical ou paramédical en lui-même, ça peut être plein de choses, ça va être la prise en charge</i></p>	<p><i>souhaite avoir... »</i> L.149-150</p>
--	--	---	--	--	--	---	--

	<p><i>absente lorsqu'un professionnel se rend au chevet d'un malade pour y poser des gestes laissant à d'autres la dimension relationnelle ou en la reportant à un autre moment ».</i> (Hesbeen, 2008, p. 46)</p>					<p><i>psychologique... »</i> L.90-9 « ...la qualité des soins pour moi c'est global ce n'est pas que le soin en lui-même, voilà. » L.91-92</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

Résumé : Le raisonnement clinique, l'essence de la pratique infirmière

Le raisonnement clinique infirmier est un concept qui a été mis en valeur par la nouvelle réforme de 2009, cependant il a toujours été mobilisé par les infirmiers mais pas forcément connu sous ce nom.

Pour réaliser ma recherche sur ce concept qui est au cœur du métier d'infirmier, j'ai enrichi ma réflexion par des lectures orienté par trois concepts qui ressortent de ma question de départ : le raisonnement clinique, la relation soignant-soigné et la qualité de soin. Pour cela j'ai utilisé des bases de données fiables ainsi que des lectures d'ouvrages d'auteurs de référence de ces concepts. Ensuite dans la partie exploratoire, j'ai entrepris une recherche de type qualitative afin d'analyser des données subjectives. J'ai donc mené des entretiens semi-directifs auprès de six infirmières de trois secteurs différents, la psychiatrie, les soins généraux et le libéral.

Cette partie de mon travail écrit a mis en valeur des concepts qui ont retenus mon attention et que j'ai ensuite confrontés avec le cadre de référence. Il en ressort que peu importe le nombre d'années de diplôme, la réflexion des infirmières se rejoignent et ne comporte que très peu de convergences avec la théorie. D'autres concepts ont éveillé ma curiosité intellectuelle, ce qui oriente ma recherche sur l'autonomie de l'infirmière grâce au raisonnement clinique.

Mots clés : raisonnement clinique, réflexivité, relation de soin, qualité de soin, autonomie

Nombre de mots : 213 mots

Abstract: Clinical skill, the essence of healing practice

In 2009 a new reform highlighted the clinical nursing skill concept despite it being used by nurses for some time now, despite it not being necessarily known as such.

This concept is at the heart of the nursing profession and in order to carry out my research I had to enhance my reflection with readings based three concepts that emerged from my initial question: clinical skill, the relationship between the carer and the patient and the quality of care. I used data collection as well as read reliable publications and books on the different themes. Afterwards, I undertook a qualitative type of research in order to analyze subjective data and proceeded to conduct semi-structured interviews with six nurses from three different sectors: psychiatry, general care and private practice.

Through my written work concepts have been highlighted and attracted my attention. I proceeded to confront them with the reference framework. No matter how many degrees and years of practice, the nurses' thinking on the subject is similar and has very little convergence with the theory. which directs my research on the nurse's autonomy due to clinical skill.

Keywords: Clinical skill, reflexivity, caregiving relationship, quality of care, autonomy

Number of words: 186 words