



Groupement d'Intérêt Public
des Établissements de Santé d'Avignon
& du Pays de Vaucluse

I.F.S.I. de l'E.R.F.P.P. du
G.I.P.E.S. d'Avignon et du
Pays de Vaucluse



Le raisonnement clinique, un levier de l'autonomie infirmière

Unité d'enseignement UE 5.6 S6
Analyse de la qualité et traitement des
données scientifiques et professionnels
Rendu le 25 Mai 2021
Directeur de mémoire : DELAHAIE Marie.

BELGHOUL Yasin
Promotion 2018-2021

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

Ce travail est une production personnelle qui a su s'enrichir de l'apport de nombreuse personne que je tiens à remercier.

Mme Delahaie Marie, cadre de santé formatrice et référente de ce mémoire. Elle m'a accompagnée durant ce travail mais elle a surtout aiguisée mon goût pour la recherche et m'a laissée libre dans ma rédaction. Un grand merci à elle pour sa pédagogie et sa patience lors des lectures de cet écrit.

Ce travail est aussi le résultat des rencontres avec certains infirmiers qui m'ont appris à raisonner comme un soignant. Un grand merci à eux pour l'exemple qu'ils véhiculent.

Évidemment je n'oublie pas mes proches, en particulier mes parents qui m'ont encouragés et félicités durant ce travail. De même pour ma sœur et son implication dans la relecture de ce mémoire.

Enfin, une pensée à toi Sarah, mon épouse qui m'a soutenue pendant ce travail et m'a encouragée à donner le meilleur de ma personne.

« Ce dont nous avons le plus besoin aujourd'hui dans le monde de la santé et plus particulièrement dans celui des soins infirmiers, c'est de sortir des chemins battus, d'inventer de nouvelles stratégies, de faire autre chose. »

Rosette Poletti.

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
2	SITUATION D'APPEL.....	2
2.1	Situation d'appel 1.	2
2.2	Situation d'appel 2	4
3	QUESTIONNEMENT.....	7
3.1	Question de départ	10
4	CADRE DE REFERENCE.....	11
4.1	Le raisonnement clinique infirmier	11
4.1.1	Définition.....	11
4.1.2	Histoire et législation	12
4.1.3	Description des modèles théoriques.....	15
4.1.4	Les diagnostics infirmiers.	22
4.1.5	Expérience et raisonnement	23
4.2	La prescription.....	25
4.2.1	Définition.....	25
4.2.2	L'autorité de la prescription.....	26
4.2.3	Autonomie de l'infirmier.....	27
4.2.4	Prescription infirmière.	30
4.2.5	Collaboration infirmière/médecin	32
4.3	La contention	34
4.3.1	Définition.....	34
4.3.2	Les types de contention	34
4.3.3	Les consignes juridiques.....	35
4.3.4	Les arguments cliniques	36
4.3.5	Le vécu patient de la contention.....	38
4.3.6	Le vécu IDE de la contention	39
5	ENQUETE EXPLORATOIRE.....	41
5.1	La méthode choisie.....	41
5.2	Les outils	42
5.3	La population interrogée	43
5.4	Réalisation de l'enquête	44

6	ANALYSE DES DONNEES.....	49
6.1	Le raisonnement clinique	49
6.1.1	La méthode hypothético déductive et les savoirs.....	50
6.1.2	La relation de soin et raisonnement	53
6.1.3	Les diagnostics infirmiers	55
6.1.4	Le raisonnement collectif :	58
6.1.5	Raisonnement clinique et expérience :	59
6.2	La prescription.....	60
6.2.1	L'apport infirmier dans la prescription médicale	60
6.2.2	L'autonomie	62
6.2.3	La collaboration.....	63
6.3	La contention	65
6.3.1	L'importance du sens	66
6.3.2	Les arguments cliniques	67
6.3.3	Les alternatives à la contention.	70
7	PROBLÈMATIQUE.....	72
8	CONCLUSION	75
9	BIBLIOGRAPHIE.....	77
10	ANNEXES	I

INDEX

IDE : Infirmier(s), Infirmière(s)

RC : Raisonnement Clinique

UE : Unité d'Enseignement

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

MPR : Médecine Physique et de Réadaptation

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

EBN : Evidence Based Nurse

CH : Centre Hospitalier

HDJ : Hôpital de jour.

1 INTRODUCTION

L'infirmier. Tantôt producteur de soin, tantôt confident, intermédiaire, éducateur voir chercheur. Son champ d'action est immense et pour cause, « *Les soins infirmiers représentent une réalité complexe située au point de convergence des sciences médicales, des sciences humaines et des sciences de l'éducation* » (T. Psiuk, 2010) Cette pluralité d'action place les métiers d'infirmiers au centre du système de soin actuel.

Citer les métiers infirmiers au pluriel n'est pas une erreur mais une réalité, prendre en charge un nourrisson aux urgences et gérer un patient agité en psychiatrie sont réellement deux exercices différents. Pourtant, ils partagent les mêmes compétences dont une qui constitue l'ossature de l'exercice infirmier, le raisonnement clinique.

Le travail de fin d'études en soins infirmiers doit porter sur une thématique ayant un intérêt pour moi mais aussi pour la profession. Alors qu'il est usuel de scinder l'exercice infirmier en une partie technique et une autre dite relationnel, je pense qu'il est nécessaire de cultiver la partie réflexion. Étudier le raisonnement infirmier est l'occasion de continuer ma réflexion initiée lors de mes stages.

J'ai en effet pu rencontrer des situations de soin où la prescription médicale ne suffisait pas pour y répondre, souvent la question que je me posais fut « Qu'aurais-je fait en tant qu'infirmier ? ». Mes rencontres avec des infirmiers ont confirmé cette idée que suivre aveuglément une prescription ne permettait pas de libérer le potentiel de l'infirmier.

Ce mémoire est donc une opportunité pour moi de réaliser une réflexion sur le raisonnement clinique, moteur de l'exercice infirmier, et d'apporter peut-être une piste de recherche supplémentaire.

Ce travail commencera par deux situations de soin que je tenterai de questionner puis d'analyser en vue de commencer une réflexion sur la thématique du raisonnement clinique infirmier.

Cette réflexion se fera au travers de la littérature scientifique. Elle portera sur le raisonnement clinique ainsi que des notions connexes comme la prescription et l'histoire du diagnostic infirmier. J'irai ensuite au contact de professionnel afin d'apporter de la réalité à la réflexion puis d'opposer cette réalité au théorique.

2 SITUATION D'APPEL

J'ai fait le choix de décrire deux situations pour mon mémoire. Ce choix s'imposait selon moi aux vues de la réciprocité de celles-ci. En effet, ces deux situations abordent toutes les deux plusieurs thématiques dont une qui est particulièrement pertinente de soulever dans la pratique infirmière.

2.1 SITUATION D'APPEL 1.

La situation se déroule dans un service de médecine physique et réadaptation, (MPR). Le service de MPR prend en charge diverses affections d'ordre orthopédique (traumatisme) et neurologique (AVC). Une majorité des patients possèdent des difficultés à se déplacer aux vues de leurs affections. De plus, le service vise à accompagner les patients présentant des déficiences et à se réapproprier leur nouveau corps.

Pour cela, une équipe pluridisciplinaire est réunie afin de satisfaire toutes les sphères de la problématique du patient. Elle se compose de trois médecins dont un MPR et un neurologue, une équipe infirmier et AS ainsi que plusieurs kinésithérapeutes et d'un ergothérapeute.

Ces professionnels se répartissent au sein du service dans deux structures distinctes :

- Le côté hospitalisation composé de trente lits répartis en six chambres doubles et dix-huit chambres seules. Ce secteur assure la prise en charge médical et paramédical des patients avec les soins de nursing et les surveillances médicales.
- Le côté plateau technique est, quant à lui, dédié à la réadaptation. Les patients bénéficient de l'accompagnement des kinésithérapeutes assistés par des machines de sport.

Dans ce service, je prenais en charge Mr D, 48 ans, rentré en service de MPR il y a trois mois pour dégradation rapide du système nerveux. Celle-ci est survenue suite à un coma éthylique sur une plage dans un contexte d'addiction et de dépression. Le coma a duré 4 heures entraînant une insolation sérieuse.

L'association de ces deux évènements ont provoqué aujourd'hui de graves déficiences neurologiques. En effet, on retrouve chez ce patient des troubles de l'équilibre (assis et debout) avec une impossibilité de marcher seul, une aphasie, trouble de la déglutition accompagnée d'importants troubles cognitifs.

Il peut cependant communiquer via des gestes, il a déjà pu montrer un refus de soin via un geste de sa main ce qui montre un certain raisonnement conservé.

L'ensemble de ces conséquences rendent le patient extrêmement dépendant. Cette personne était pourtant très active auparavant. Avant sa dépression à la suite d'un divorce, il était électricien et aimait beaucoup les tâches manuelles.

Aujourd'hui, il est nécessaire de l'accompagner dans tous les gestes de la vie quotidienne, de l'alimentation à la toilette en passant par les déplacements au sein du service.

Il est la plupart du temps assis sur son fauteuil, recroquevillé. Son trouble de la déglutition associé à une hypersialorrhée provoque le débordement de salive de sa bouche. Sa tête est constamment baissée, son regard semble la plupart du temps vide. Par moments, ses membres supérieurs trémulent, signe lié au sevrage alcoolique.

Malgré son incapacité à se déplacer seul, Mr D semble tout de même essayer de se lever par moments, de jour comme de nuit ce qui lui a déjà valu un traumatisme crânien suite à une chute. Afin de prévenir cet accident, l'équipe paramédicale a décidé de mettre en place des contentions types sangles aux poignets et chevilles au lit lors du coucher et ceinture pelvienne de jour au fauteuil, sans prescription médicale.

La journée de Mr D commence aux alentours de 8 h, lors de la distribution du petit-déjeuner, un soignant l'aide à manger ses tartines qu'il faut tremper dans le café avant, les fausses routes sont récurrentes chez lui.

Vient ensuite la toilette qui est faite entre 9h et 11h. Les horaires changent selon l'ordre de passage aux kinésithérapeutes. C'est également durant ce moment que les traitements sont distribués.

Mr D se rend au plateau technique deux fois par semaine le matin. Les professionnels soignants du plateau technique l'accompagnent sur un trajet de cent mètres qu'il doit faire debout en compagnie d'un soignant qui le soutient d'un côté et de la main courante de l'autre côté. L'objectif thérapeutique pour ce patient est avant tout de maintenir l'autonomie restante.

Le déjeuner est servi à 12h dans une salle à manger commune où tous les patients mangent ensemble. Mr D mange dans sa chambre, je n'ai jamais osé demander la raison. Un soignant se détache pour l'aider à manger.

L'après-midi, Mr D reste en chambre ou se déplace dans le service avec son fauteuil. Bien qu'il n'ait pas un contrôle total de son corps, il s'aide de ses pieds pour se déplacer.

Mr D restera ainsi jusqu'au dîner qu'il prend habituellement avec ses parents et son ex-femme qui viennent chaque soir. C'est un moment assez particulier pour lui, son faciès change, on y perçoit un semblant de sourire, ses gestes sont plus assurés et il mange plus.

20h. Heure à laquelle le patient est installé au lit par les soignants, deux heures après avoir pris ses traitements, parmi eux, on retrouve un neuroleptique et un anxiolytique.

Un soir aux alentours de 20h, je me rends dans la chambre accompagnée de l'infirmière pour aider le patient à se mettre au lit. On le change tout d'abord en lui mettant une grenouillère puis nous réalisons le transfert lit-fauteuil.

Durant ce moment, les gestes de Mr D sont plus lents et hasardeux, il semble également plus somnolent, sûrement due aux traitements qu'il prend.

Lors de la mise en place des sangles aux chevilles et poignets, le patient n'opposait aucune résistance. Je réalisais ce geste de la même manière que l'infirmière de l'autre côté. Cette contention s'attache par des aimants, il faut au préalable les serrer idéalement, c'est-à-dire pas trop fort afin de ne pas léser la peau ni trop faiblement car le patient a tendance à tirer frénétiquement dessus durant la nuit. La sangle était posée par-dessus la grenouillère.

La mise en place de ces contentions était marquée par un silence pesant dans la pièce. Comme dis plus haut, le patient restait impassible durant le geste mais je dois avouer que je me sentais mal à l'aise lorsque je posais ces contentions. Je ressentais ici un sentiment d'illégitimité sur ce patient. Nous n'avons pas énoncé le soin que nous allions réaliser ni recherché le consentement du patient. C'était la première fois que je réalisais cela et il me paraissait assez contradictoire avec ce que l'on attend d'un soignant.

Cinq semaines plus tard, Le patient intègre un centre plus adéquat à sa problématique suite à l'évaluation d'un neuropsychologue.

2.2 SITUATION D'APPEL 2

La situation se déroule dans un service psychiatrique d'accueil crise fermée. Ce lieu accueille les patients hospitalisés sous contrainte. Il a pour mission de prendre en charge les patients souffrants de troubles psychiatriques en phase aiguë : dépression grave, état délirant, agitation psycho-motrice, conduites addictives...

Parmi les objectifs du service, on retrouve le travail sur la compliance au soin. Le service est associé à deux autres, l'un est ouvert et l'autre est dédié à la réhabilitation. Le patient pourra, quand il sera prêt et volontaire, intégrer le service de réhabilitation

Dans la situation, les protagonistes sont :

- Mr X : le patient présentant un trouble schizophrénique.
- Mr P le médecin référent du patient
- Les infirmiers dont Mme A.

Mr X est hospitalisé en soin sous contrainte à la demande d'un représentant de l'État (SDRE). Il souffre de schizophrénie sévère chronique, son délire reste très persistant malgré les efforts des soignants et les thérapeutiques administrées. Ce dernier est axé sur sa religion avec des thématiques mégalomaniaques, mystique mais également de persécution ce qui rend parfois difficile la prise en charge. Cela fait six mois qu'il est dans le service mais depuis deux jours, il est en chambre d'isolement pour une agitation extrême et celui-ci a déclaré certains propos pouvant évoquer un danger d'hétéro-agressivité.

En effet, il a dans un premier temps exprimé la volonté de tuer un autre patient avec qui des conflits existent, à cela s'accompagnait des regards noirs et un désir de mettre fin à ses jours a été perçu par l'équipe au travers de ses paroles.

Enfin, son comportement en chambre d'isolement devenait de plus en plus agité (criait et tapait sans cesse contre le mur) au point où les soignants déclaraient avoir peur de rentrer dans la chambre et sentaient la prise en charge de ce patient se complexifier.

Ces éléments ont été déclarés durant la relève de 13h, en présence du médecin référent. L'échange autour de la question a été quelque peu tendu, en effet, plusieurs décisions ont été proposées comme lui enlever les draps et vêtements de la chambre pour éviter toute tentative d'autolyse mais également la mise en place des entraves afin d'empêcher tout acte de violence envers les soignants.

Le médecin avait déjà prescrit la mise en place de la contention aux alentours de 10h.

Malgré la réticence collective pour la mise en place des entraves, plusieurs soignants acceptaient la proposition de la contention mais les conséquences du soin étaient appréhendées. Il s'avère en effet qu'en psychiatrie, les actions des soignants envers les patients peuvent induire chez ces derniers une mauvaise représentation des soignants, ils deviennent alors « *le mauvais objet* ». Si cela se produit, c'est la relation de confiance entière qui est à refaire. C'est d'autant plus problématique chez ce patient qui exprime des idées délirantes de type persécution et qui a subi des actes de tortures en Tunisie. La contention peut alors faire écho à ce passé douloureux. D'autres infirmiers ne se sentaient pas de mettre des entraves à ce patient, ils étaient touchés émotionnellement et le déclaraient ouvertement.

Mme A demandait que l'on mette les entraves maintenant, étant donné qu'un Dr avait déjà prescrit l'acte.

Elle expliquera plus tard que, selon elle, à partir du moment où le médecin rédige une prescription, les infirmiers devaient réaliser l'acte. Cette parole est motivée par le fait que bien souvent, les médecins ne se positionnent pas assez, selon elle, et qu'il faut saisir ces moments

où le médecin tranche dans un débat. D'autres estimaient que cette décision devait être prise en équipe pluridisciplinaire, qu'un seul avis médical ne suffisait pas pour agir sans poser la réflexion et que l'avis paramédical devait être pris en compte car ce sont eux qui allaient se charger de cet acte.

Après la relève de 13h, la mise en place des entraves sera réalisée grâce à des renforts d'autres secteurs afin de préserver la relation de confiance. Je n'ai pas été autorisé à participer.

Par la suite, les membres de l'équipe se sont posés afin de discuter de ce qu'il s'est passé. Chacun a pu expliquer son ressenti mais également ces motivations et paroles durant la relève suivante.

Le lendemain, les échanges avec le patient ont été durs, le patient a exprimé sa colère face au manque de dignité que renvoi ces entraves par ces mots : « *Ça ne vous choque pas cette indignation ?* » Il a également déclaré qu'ils n'avaient plus confiance vis-à-vis des soignants. Ces phrases n'ont pas manqué de toucher un infirmier, ce dernier annoncera plus tard lors de la relève que c'est toute sa valeur soignante qui a été touchée mais également son rôle propre.

Ce soin a indéniablement affecté la relation de confiance comme certains soignants l'avaient prédit. L'équipe paramédicale a ensuite décidé (sans accord médical) d'enlever les entraves à certains moments comme pour faire ses besoins car le patient estimait que cette liberté devait lui être rendu. Cela a d'ailleurs permis d'apaiser les tensions.

Ce même jour, l'après-midi, les infirmiers se sont rendu compte que le patient n'avait pas de prescription d'anticoagulant. Pourtant la mise en place des entraves induit un alitement prolongé au lit et donc un risque de thrombose veineuse.

Les infirmiers ont donc réalisé l'injection d'Enoxaparine Sodique sans prescription car le patient été coopérant au moment présent, ils ont ensuite appelé un médecin généraliste afin d'avoir une prescription pour les prochaines injections.

J'ai été impressionné de voir comment la décision de la contention affectait autant les infirmiers. Je pensais, avant ce stage, que la mise en contention était monnaie courante dans ce genre de service.

Cette réflexion était basée sur ce que je voyais en service de soin général où les patients difficiles sur le plan psychiatrique étaient rapidement entravés sur simple demande de quelques soignants avec, parfois, aucune prescription établie.

Lorsque j'ai fait part de ma pensée à une infirmière, celle-ci m'a indiqué que dans ce service, les contentions étaient rarement mises. Les soignants essayent au maximum de diminuer le recours à ce soin.

3 QUESTIONNEMENT

Ces deux situations riches d'enseignement m'ont permis de me questionner sur certains aspects de l'exercice infirmier.

Les entraves sont la première thématique qui m'interroge. Personne n'est prêt à être entravé au lit, privé de tout mouvement. Réaliser ce soin représente un lourd poids pour les soignants mais aussi de lourdes conséquences sur plusieurs points.

Premièrement, c'est la relation de soin qui peut être affectée. En effet, en psychiatrie, la plupart des soins dépendent de la relation que l'on mène avec le patient mais comment nouer une relation de confiance après un soin comme celui-ci ? De plus, le soin sous contrainte influe également et inévitablement sur la relation de soin. Est-elle toujours possible dans ce type de structure ? Mr X l'a d'ailleurs exprimé lui-même lorsqu'il énonce son manque de confiance envers les soignants. Quant à Mr D, malgré son manque de communication, il n'en pensait peut-être pas moins. Enfin, cette relation de confiance, déjà fragile avec Mr X, ne devient que plus rare après ce soin. Alors comment harmoniser la relation avec les soins dit « sensibles » ?

Ensuite, après la relation de soin, c'est l'asymétrie de celle-ci qui est amplifiée. Cette asymétrie est assez floue en psychiatrie car la plupart ne se sentent pas malades contrairement aux soins généraux où la manifestation biologique vient accentuer l'évidence de la pathologie et donc de l'asymétrie.

Cependant, ici, le déséquilibre est marqué par la mise en place de l'entrave qui accentue le pouvoir du soignant sur le patient. Dans le cas de Mr D il y avait d'un côté un homme allongé, ne pouvant ni bouger ni parler et de l'autre, deux personnes, libres de leurs mouvements ayant un pouvoir sur le patient. Ce soin permet de s'interroger sur le pouvoir du soignant, quel est son degré ? Jusqu'où les décisions du soignant peuvent aller ?

Ces questions font échos avec le soin sous contrainte en psychiatrie que j'ai mentionné et sont importantes à traiter puisqu'elles permettent d'anticiper certaines dérives mais aussi de fournir aux soignants un cadre pour assurer une prise en charge de qualité.

Enfin, pour finir sur la contention, une autre personne est touchée par ce soin, l'infirmier. Ce soignant qui se retrouve lui aussi emprisonné.

Ce mot n'est pas choisi au hasard puisque c'est bel et bien ce sentiment que j'ai ressenti lors de mon geste. Cette impression d'être soi-même pris au piège par une obligation venant contredire une idéologie qui m'a poussée à apprendre ce métier. C'est ce que l'on nomme, la dissonance cognitive.

En effet, il paraît inhabituel voir contradictoire pour un soignant d'attacher et donc de causer un mal à un patient dans le but de le soigner. Pourtant, qu'en est-il lorsqu'il faut faire pénétrer au sein même du pénis une sonde à demeure ? La dissonance semble moins présente à contrario de la douleur qui, elle, est bien là. Ce qui différencie ces deux soins ce n'est peut-être pas l'acte en lui-même mais plutôt ce à quoi il renvoie. La contention renvoie à des représentations péjoratives telle que la punition. C'est peut-être cette assimilation qui a engendré ce silence pesant dans la chambre de Mr D et l'agitation de Mr X.

Concernant les émotions des soignants, certains infirmiers en psychiatrie ont pu les exprimer après la mise en place des entraves. Ces émotions peuvent-elles entraver l'exercice de l'infirmier ? Il est important de rappeler qu'un infirmier à tout de même remis son rôle propre en question suite aux paroles de Mr X.

De plus, ces émotions et sentiments qui s'accumulent dans l'exercice professionnel peuvent peut-être rester présent bien plus longtemps chez le soignant. Lorsqu'un soignant pose sa blouse au vestiaire le soir, pose-t-il également tous les faits et émotions de la journée ? Quels est le poids de ces émotions sur la pratique de l'infirmier et sur la vie personnelle ?

Après avoir analysé certaines conséquences de la contention, j'aimerais maintenant m'attarder sur le raisonnement clinique dans le cadre du soin sous contention dans les deux situations qui soulèvent certains aspects similaires.

Alors que ce soin s'inscrit dans le rôle prescrit, c'est-à-dire qu'il doit d'abord être prescrit par un médecin, on remarque une nette implication des infirmiers dans la décision des contentions.

Concernant la première situation, le soin n'était pas prescrit, ce qui pose certaines questions comme les raisons qui ont poussés les infirmiers à prendre cette décision. On peut facilement comprendre sa nécessité aux vues des chutes répétées du patient qui était un problème avéré. Cependant les infirmiers avaient-ils envisagés les autres options avant celle-ci ?

Les médecins n'avaient pas fait de prescription alors qu'ils savaient que ce soin été réalisé, la décision a-t-elle été prise uniquement par l'équipe paramédicale ?

Le choix de réaliser cet acte n'est pas anodin, il demande forcément une justification, en l'absence d'avis médicale, existe-t-il un autre avis qui compte ?

Concernant la seconde situation, Il est habituel que les infirmiers suivent la prescription du médecin. Pourtant ici, les infirmiers ont tenu à discuter la prescription avant de réaliser le soin car ils sont en première ligne dans celui-ci. Ils sont plus présents auprès du patient et les connaissent donc mieux.

Compte tenu de ces informations, les infirmiers pourraient-ils se passer de l'avis médical dans certaines circonstances ? Quel est la relation entre les compétences des infirmiers et la prescription ?

Ces questions semblent légitimes lorsqu'on réfléchit aux comportements des soignants concernant l'anticoagulant non prescrit par le psychiatre. Ce sont les infirmiers qui ont jugés bon de l'administrer à un certain moment (lorsque le patient fut calme).

De même, malgré la prescription de la contention, les soignants ont décidé, par moments, de les enlever car ils ont jugé bon de le faire. Cette décision fut liée à un raisonnement préalable et c'est ce jugement qu'il est intéressant de questionner.

Après avoir parlé de la contention et ses conséquences ainsi que du raisonnement infirmier, J'aimerais maintenant me concentrer sur la prise en charge spécifique des patients présentés. Ces derniers possèdent chacun leurs caractéristiques propres qu'il est nécessaire de questionner.

Dans la première situation, c'est un patient atteint de troubles neurodégénératifs le rendant dépendant. Cela peut poser problème pour la relation soignante. En effet, si celle-ci naît d'une communication alors comment apporter de la relation avec une personne non-communicante ?

Il faut s'adapter à une nouvelle façon de se faire comprendre et comprendre l'autre. Quel est donc la manière de prendre soin d'un patient avec des troubles neurodégénératif ? Tout le monde n'est pas à l'aise dans une telle relation, peut-être est-ce pour cela que je n'ai pas parlé durant le soin avec Mr D. Cela dit, le manque de communication de la part de Mr D ne devrait pas m'empêcher d'annoncer le soin, si toute fois on considère cela comme un soin.

Dans la seconde situation, le soin en psychiatrie et plus particulièrement le soin sous contrainte constitue une autre dimension de mon questionnement. Comment prendre soin d'une personne qui ne souhaite pas être soignée ? Quelle est la légitimité du soignant ici ?

Concernant le patient en lui-même, ce patient qui semble si désordonné, quel est la mission de l'infirmier auprès de lui ? Ces patients sont souvent dans le déni de leurs pathologies ce qui pose les questions suivantes : Comment prendre soin d'une personne qui n'admet pas sa maladie et qui refuse de l'aide ? Par où commencer et sur quoi s'appuyer ? Cette dernière question est importante en psychiatrie, discipline où le protocole prend moins de place qu'en soin généraux pour laisser place à l'imprévu, à la personnalisation des soins et à l'improvisation du soignant.

Concernant, la recherche du consentement de Mr D, là aussi une question se pose, faut-il se fier à son accord ? De plus, aux vues de ces traitements, peut-on considérer sa réponse comme émanant d'un raisonnement libre ?

Bien que ces questions paraissent provocantes, il y a des patients pour qui le consentement compte moins que les autres, je parle notamment des patients présentant des troubles psychiques. Ces patients se retrouvent souvent dans des services que l'on qualifie de « fermé » dans lesquelles les patients sont admis sous contraintes. Ce genre de service pose une nouvelle fois la question du consentement. Le consentement paraît ici n'être qu'un idéal et pourtant c'est un idéal que les soignants doivent s'efforcer d'atteindre. Quel est l'outil principal de l'infirmier pour cela ?

Les réponses sont complexes puisqu'il y a un conflit entre donner satisfaction à la volonté du patient ou à son intérêt. Sur quoi l'infirmier doit-il se fier ? Voilà une question pertinente dans la pratique soignante.

Enfin, pour finir, j'ai également pu voir dans ces situations le travail d'équipe avec ses avantages mais également ses aléas. En effet, la congruence dans ce genre de soin est primordiale. J'ai observé dans l'équipe d'infirmier en psychiatrie que la mise en place de la contention suscitait beaucoup de divergences entre le médecin et les infirmiers, de plus, la contention était régulièrement réévaluée (comme l'enlever lors des besoins du patient). L'équipe de la première situation, quant à elle, ne réévaluait pas la nécessité de la contention, comme si celle-ci était évidente au vu du patient. Il serait donc intéressant de questionner si le soin en psychiatrie offre davantage de place au jugement infirmier.

3.1 QUESTION DE DEPART

Mon questionnement des deux situations précédentes permet, à ce stade, d'isoler plusieurs thématiques. Cependant, mon travail de recherche ne peut évidemment pas se porter sur l'ensemble des sujets cités dans le questionnement. J'aimerais donc concentrer mon travail sur un point en particulier, le raisonnement clinique de l'infirmier.

Ce point est, à mon sens, un dénominateur commun à mon questionnement. En effet, j'ai souvent posé la question du comment ainsi que de la manière de réaliser certains soins ou d'opérer . Le raisonnement clinique peut être une réponse à ces questions.

Cette réflexion que l'infirmier entreprend au quotidien a une place prépondérante dans son exercice et cela dès sa formation puisqu'on le retrouve durant la moitié de la formation

infirmière. Durant un soin, c'est peut-être ce raisonnement qui permet d'aborder le patient psychotique ou de juger d'une certaine prise en charge lorsqu'aucun protocole n'est disponible. C'est également ce dernier qui permet d'anticiper certaines problématiques comme le risque de thrombose veineuse profonde de monsieur X.

Mais ce raisonnement n'est pas seul dans la prise en charge du soigné. Il est accompagné, épaulé voir supervisé par une autre instance, la prescription du médecin. J'ai pu observer la relation qu'entretiennent ces deux instances dans mes situations où l'infirmier n'a pas attendu la prescription pour faire ce qui été bon pour le patient. Enfin, pour rester fidèle à mes situations de soins, je dois également investiguer la contention, ce soin qui n'est pas comme les autres et demande une évaluation accrue des soignants. Ces différentes notions m'invitent sur une question qui sera le point de départ de ce mémoire :

Quelle est la place du raisonnement clinique dans la prescription de la contention ?

4 CADRE DE REFERENCE

Afin d'élaborer une réflexion sur cette question de départ, je vais avoir besoin de connaissance à la fois théorique et pratique par la suite. Concernant la théorie, une revue de la littérature s'impose. Dans cet écrit, cette dernière s'articulera autour des trois mots clef de la question de départ.

Ce mémoire s'inscrit dans une recherche en soins infirmier, en ce sens, la majorité de mes lectures seront tirées de revues en science infirmière afin de rester proche de l'objectif principal qui est d'améliorer les connaissances dans cette discipline.

Le raisonnement clinique infirmier sera le premier point abordé, j'enchaînerai par la suite sur la prescription pour décrire les liens qu'elle entretien avec l'infirmier avant de finir sur la contention, ce soin définitivement différent.

4.1 LE RAISONNEMENT CLINIQUE INFIRMIER

4.1.1 Définition

Donner une définition du raisonnement clinique n'est pas simple. En effet, il fait appel à plusieurs concepts implicites et inaccessibles à la parole ce qui le rend complexe à définir. De plus, son sens est souvent confondu avec d'autres concepts comme la prise de décision, raisonnement médical, jugement clinique ou diagnostic. Lors de mes recherches, j'ai pu découvrir une dizaine de définitions différentes comportant des points communs.

Denise St-Cyr Tribble, en 2012, réalise une analyse de concept sur le raisonnement infirmier où elle tire quelques caractéristiques principales dont : l'utilisation de la cognition, l'analyse de données puis l'interprétation de celles-ci pour finir sur la génération d'hypothèse. Ces caractéristiques permettent déjà de penser le raisonnement comme un processus de réflexion sur la condition d'un malade.

Pour définir un mot, on peut également se référer à son étymologie. Le mot raisonnement vient de *raciocinium* qui signifie : « *Évaluation, utilisation de la raison* ». En 2011, un dictionnaire nommé « *Le Dictionnaire* » définit le raisonnement ainsi : « *Opération de la pensée qui consiste à enchaîner des jugements logiques et à tirer des conclusions* »

Le terme clinique, lui, vient de *klinikos*, terme grec signifiant « *au chevet du malade* ». On commence ici à apercevoir une ébauche de définition s'articulant autour d'une réflexion orientée vers le malade.

La définition de Loïc Martin en 2019 m'a interpellée par sa complétude mais aussi par son modernisme. Un processus est rarement simpliste et la définition de L.Martin reflète assez bien l'étymologie des mots mais aussi la complexité ainsi que la richesse de ce processus. Sa définition est la suivante :

« Processus intellectuel méthodologique permettant une analyse des données cliniques issues d'une situation de soins. Il facilite l'identification des problématiques de santé potentielles ou réelles et/ou le diagnostic dans le domaine infirmier, afin de 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 ; un relationnel adapté et la mobilisation des connaissances théoriques. » (L.Martin, 2019).

4.1.2 Histoire et législation

Le raisonnement clinique infirmier m'invite à explorer l'histoire des sciences infirmières dont il est l'un des piliers. Cette science commence en 1830 via Nightingale et ses consœurs dans les pays anglo-saxons. Ces théoriciennes du soin infirmier ont créés un cadre pour leur discipline, un champ d'intervention propre à leur pratique. Cette démarche a permis d'inscrire la discipline du soin infirmier dans les sciences via une méthode quasi-experimental car basé sur l'observation, l'analyse, l'expérimentation et la déduction. D'autre part, l'émergence de cette discipline a permis de se détacher de la médecine qui avait le monopole sur l'élaboration du soin.

Ces travaux ont permis la création de modèle de soin venant de différentes écoles de pensées tels que l'école des besoins de Virginia Henderson et Dorothea E. Orem (1955), l'école des effets souhaités de Callista Roy (1971) et l'école de l'interaction Hildegard E. Peplau (1952).

Ces modèles ont exploré plusieurs concepts de soin plaçant la personne soignée au centre de la réflexion et de la pratique. L'activité infirmière s'est dirigée vers « *La personne et son environnement, et vise le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et les blessures, l'enseignement de mode de vie sain et le contrôle des conditions sanitaire* » (Perrin, 2017).

À la suite de ces étapes est apparue une prise en charge s'inscrivant dans un processus de résolution de problème ordonnée par quatre grandes étapes : collecte de données, planification, exécution des interventions et évaluation.

Ce processus a évolué comme le note Marchall et Psiuk (1995) grâce « *Aux leaders qui ont reconnu qu'il fallait attribuer un sens à la collecte des données avant la planification et les interventions* ».

Pendant ce temps, en France, l'exercice du rôle infirmier et sa valorisation progressent par la reconnaissance de son rôle propre dans la loi du 31 Mai 1978 du code de la santé publique : « *Est considérée comme exerçant de la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale ou conseil médical ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.* » Cependant, alors que la France commence à distinguer les deux rôles de l'infirmier (prescrit et propre), Lydia Juall Carpentino, pionnière aux États-Unis des diagnostics IDE, décrit quant à elle trois rôles distincts de l'IDE via trois dimensions en 1983.

- ***La dimension dépendante*** : l'infirmière exerce des interventions prescrites par le médecin, donc sous la responsabilité directe de celui-ci (c'est le problème médical clinique).
- ***La dimension interdépendante*** : l'infirmière collabore à la prescription, au traitement par des actions décidées par elle-même et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance (c'est le problème clinique de soins)
- ***La dimension indépendante*** : les actions réalisées par l'infirmière sont sous l'entière responsabilité de celle-ci, en toute légalité (représenté par le diagnostic infirmier) (Marchal et Psiuk, 2002)

La dimension interdépendante souligne le rôle central dont l'IDE dispose au sein de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, l'exercice IDE est marqué par la collaboration avec les autres soignants qu'il peut solliciter lorsqu'il le juge nécessaire « *l'infirmier portera un jugement clinique qui lui permettra soit d'intervenir dans le champ de sa propre compétence soit de décider s'il est plus pertinent d'appeler un professionnel spécialisé* » (Marchal et Psiuk. 2002) Cela demande donc une prise en charge holistique auprès du patient.

Ces trois dimensions s'inscrivent dans le modèle clinique bifocal élaboré par L.J Carpenito qui classe l'exercice infirmier en deux responsabilités.

La première rassemble les interventions autonomes, à savoir, celles que l'IDE va prescrire lui-même et qui seront pratiquées par le personnel infirmier. Ces interventions sont riches de réflexion et nécessitent un RC de qualité.

La seconde responsabilité concerne les actes prescrits par le médecin ou un autre soignant que l'IDE sera chargée d'entreprendre. Cependant, ces interventions ne sont pas de simple mise en application de consignes mais nécessitent une réelle réflexion. Ici, la responsabilité réside dans la personnalisation d'une prescription comportant des invariants (asepsie, hygiène, sécurité) orientée vers un patient et un environnement comportant eux aussi leurs exigences à respecter. Cette personnalisation des soins fait écho au rôle propre. T.Psiuk en 2012 disait à ce sujet « *La mobilisation des opérations mentales du raisonnement clinique est une condition essentielle pour comprendre le sens du soin personnalisé.* »

Ce bref rappel historique nous permet de remarquer que le RC fut un pilier tout au long du développement de l'exercice infirmier. L'essor des sciences infirmier fut initié par quelques théoriciennes qui ont su voir dans l'exercice IDE une réelle richesse de sens et de réflexion à développer.

Au vu des avancées de cette discipline en France, nous sommes en droit de penser qu'aujourd'hui, nous rentrons dans l'essor du développement des sciences infirmières. De nouveaux types d'infirmier voient le jour dotés de compétences flirtant avec celles des médecins. Ces derniers sont d'ailleurs de plus en plus reconnaissants envers les capacités des IDE laissant place à une coopération de plus en plus étroite. Enfin, des passerelles se créent avec d'autres disciplines.

Après avoir défini les termes de raisonnement clinique et explorer une partie de son histoire, il est temps de le décrire plus précisément au travers d'un modèle théorique devenu incontournable dans notre ère, celui de Thérèse Psiuk et Arlette Marchal.

4.1.3 Description des modèles théoriques

Parmi les modèles récents concernant le processus du RC, on retrouve celui de Thérèse Psiuk et Arlette Marchal et celui de Loïc Martin. Ces deux modèles sont différents dans leurs présentations mais similaires sur le fond, c'est pour cela que j'ai choisi de les présenter ensemble. Pour faciliter la compréhension, je présenterai le modèle de T.Psiuk et A.Marchal via ces 4 attributs dans lequel je citerai les piliers du RC selon L.Martin.

T.Psiuk décrit le raisonnement clinique via quatre attributs relatifs constituant le savoir agir de l'infirmier. Son but est de rendre explicite ce raisonnement qui peut paraître intuitif dans la pratique quotidienne.

1^{er} attribut : La pertinence des connaissances

Le premier attribut concerne les savoirs de l'IDE. À ce sujet, M.Phanoeuf (2008) disait que l'exercice IDE impose : « *L'acquisition de connaissances fondamentales* ». Il permet à l'IDE de « *Comprendre la situation de soin et de construire la problématique de santé.* » (Psiuk, 2012)

Nous parlons ici de deux concepts assimilables mais différents, le savoir et la connaissance. Il convient donc ici de différencier leurs sens. « *Le savoir est une donnée, un concept, une procédure ou une méthode qui existe à un temps donné hors de tout sujet connaissant et qui est généralement codifié dans des ouvrages de référence.* » (T.Psiuk, 2012)

Dans le domaine des sciences infirmières, des savoirs existent sous forme de base de données comme l'Evidence Based Nursing (EBN) qui permet de fournir des savoirs basés sur des recherches solides.

Initialement cette base de données avait pour but, dans le monde médical, d'éviter ou d'écartier toute subjectivité dans la prise de décision clinique au bénéfice de la promotion d'une pratique formalisée basé sur des résultats de travaux scientifiques.

L'application de l'EBN, dans le domaine clinique de l'IDE peut donc servir à orienter les pratiques sur une base désormais vérifiée scientifiquement. Cela permet de pallier le constat relevé par Goudet et al en 2004 où « *La pratique clinique infirmier repose encore trop souvent sur de savoirs tacites.* » De plus, ils remarquent un manque d'aptitude à intégrer des données scientifiques.

En France, l'application de l'EBN pourrait apporter une reconnaissance aux IDE. Ces données pourraient mettre un accent sur leur autonomie ainsi que leurs savoirs qui leur seraient propres comme l'indiquent T.Psiuk et L.Patrick (2015).

Ces données brutes peuvent, par la suite, être assimilées par un sujet, elles deviennent alors une connaissance propre à l'individu. « *La connaissance est indissociable d'un sujet connaissant. Lorsqu'une personne intériorise un savoir, elle transforme ce savoir en connaissance. Elle "construit" cette connaissance. La même connaissance construite par une autre personne ne sera pas tout à fait la même.* » (T.Psiuk, 2012) La dernière phrase permet d'expliquer comment les IDE et médecins partagent certains savoirs, mais pas les mêmes connaissances.

Chaque connaisseur se distingue donc d'un autre par la manière dont il s'est approprié le savoir en rapport avec sa singularité. S.Philippon, en 2017 va dans ce sens en précisant que chaque soignant est « *détenteur de connaissance acquise par l'apprentissage ou l'expérience* ».

La différence étant maintenant clarifiée, il est temps de s'intéresser de près à ces connaissances avec leurs types, mais également leurs domaines dans le cadre du modèle de T.Psiuk et A.Marshall.

T.Psiuk admet 2 types de connaissances, « *les connaissances déclaratives portant sur les faits, les choses et les événements et les connaissances procédurales portant sur les aptitudes comportementales ou cognitives.* » (2010). Le Collectif (2011) précise que la « *Connaissance déclarative est un savoir associé à un contenu précis par opposition aux connaissances procédurales qui portent sur les savoir-faire* »

C.Chapados et al, quant à elles, décrivent 3 connaissances nécessaires au processus de RC :

- **Les connaissances théoriques**, basées sur les données scientifiques communes à tous les membres de la profession.
- **Les connaissances issues de l'expérience**, tributaires de l'exposition clinique et qui varient d'un groupe d'infirmière à l'autre. D'ailleurs, P.Benner (1995) précise que le processus d'acquisitions des connaissances cliniques se développe avec l'expérience et permet « le bon » jugement clinique.
- **Les connaissances individuelles**, liées à la compréhension des personnes, de leurs valeurs, de leurs particularités.

De manière générale, l'ensemble des connaissances intériorisées par le soignant sont « *Centrées sur des concepts issus des sciences médicales et des sciences humaines* » (T.Psiuk, 2009) c'est à partir de là que prend forme le modèle clinique tri-focal. Celui-ci est tributaire de trois domaines de connaissances.

- **Les signes de la maladie**

Les connaissances sur les signes de la maladie constitue le premier domaine clinique. L.Martin rejoint T.Psiuk lorsqu'il évoque que les savoirs théoriques permettent de pouvoir différencier le normal du pathologique, chose primaire dans le processus de raisonnement clinique. M.Saint-Etienne, en 2012 parlait du « *savoir sémiotique : reconnaître la réponse normale sans laquelle on ne peut repérer la différence* ».

L'importance des connaissances dans les signes de la maladie trouve son importance dans l'élaboration du diagnostic. Si on se réfère à l'article R4311-2 du code de santé publique, l'infirmier a une responsabilité dans l'élaboration du diagnostic médical lorsque ce dernier n'est pas encore établi. Dans le cas contraire et toujours d'après le code de la santé publique, l'infirmier doit évaluer l'évolution des signes clinique afin de permettre au médecin d'ajuster sa stratégie thérapeutique en fonction des données recueilli par l'infirmier. D'ailleurs, ces stratégies thérapeutiques comprennent souvent des traitements. L'infirmier doit donc être au clair avec ses connaissances pharmaceutiques afin de vérifier leurs efficacités mais aussi déceler les éventuels risques afin que le médecin ajuste les thérapeutiques (cf. art R4311-2).

- **L'évaluation des risques**

Second domaine clinique, on distingue ici les risques de complications liées à la pathologie et aux traitements ainsi que les risques liés aux réactions humaines physiques et psychologiques.

Ce second domaine clinique est crucial dans l'exercice IDE puisqu'il est au cœur de l'efficience du soignant. L'infirmier mobilise ses connaissances face à un patient présentant une pathologie ou poly-pathologie afin d'anticiper les risques.

Pour ce faire, l'IDE évalue sans cesse l'évolution de ses patients et les conséquences de ces actions. Il peut aussi déduire ces risques par l'intuition qui s'acquière via l'habitude. Par exemple, un patient sous contentions physiques induit obligatoirement des risques liés à sa position.

Certains infirmiers utilisent des « plans de soins types » pour orienter la construction du raisonnement analytique. Dans ces plans « *Les actions de prévention en regard des risques sont*

formalisées [...], les signes précis des complications sont apparents [...], ce qui est un aide-mémoire très précieux pour les infirmiers ». (T.Psiuk, 2009) Cependant, cet outil ne doit pas ignorer la singularité des patients, « *En effet, un malade va exprimer sa maladie par un ensemble de signes et de symptômes décrits dans les livres, ce qui correspond à un groupe homogène de patients. Par contre, il aura une manière personnalisée d'exprimer ces signes.* » (T.Psiuk, 2012)

- **Les réactions humaines réelles physiques et psychologiques aux problèmes de santé.**

Le troisième domaine clinique se centre sur l'élaboration des diagnostics IDE, différents de leurs homologues médicaux afin de respecter les domaines d'action de chacun. Ce domaine de connaissance a la particularité de s'intéresser aussi bien aux réactions physiques que psychologiques. Il prend donc en compte les émotions et ressentis du patient et s'inscrit ainsi dans le courant humaniste des soins.

Les diagnostics IDE vont guider le plan de soin puisqu'ils émanent directement du sujet et témoignent donc fidèlement son évolution. J'aurais l'occasion de revenir sur ces diagnostics IDE lors du quatrième attribut du RC.

Après avoir vu ces trois domaines de connaissances, nous saisissons dorénavant l'incidence que les connaissances représentent dans le processus du RC. Cependant, « *Au-delà de leurs connaissances, les infirmières ont besoin de compétences judicieuses et avancées pour comprendre les problèmes cliniques et prendre des décisions précises et efficaces afin de bien répondre aux besoins du patient* » (A.Voirol, 2014) ces savoirs vont donc permettre d'alimenter un savoir-faire qui est représenté dans le modèle de T.Psiuk par le second attribut.

2nd Attribut : Utilisation d'une méthodologie de raisonnement.

T.Psiuk cite ici deux méthodes principales pour le raisonnement. La première concerne l'anticipation et ce nomme **Processus intuitif** qui correspond aux « *Hypothèses posées à partir des connaissances acquises par expérience* » (T.Psiuk, 2012). C.Faucher, en 2016 rejoint cette idée « *Reconnaître dans une situation, une similarité avec des cas rencontrés antérieurement. Les hypothèses sont générées automatiquement, sans effort* » Ces hypothèses sont donc rapidement émises et souvent soumises à des heuristiques, voir des erreurs « *la reconnaissance par similarité peut-être source d'erreur* » (T.Psiuk, 2010).

L'IDE doit donc savoir prendre du recul sur son intuition et procéder systématiquement à un recueil de données de qualité puis utiliser un raisonnement analytique.

Le *processus déductif ou analytique* stipule que l'IDE, devant une situation de soin, émet une hypothèse dans un premier temps puis va tenter, via une méthode clinique, d'infirmer ou affirmer son hypothèse. « *On recueille des informations dans le but de tester des hypothèses.* » (T.Psiuk, 2012) Ces hypothèses émergent via un mode « *délibéré et réflexif* » (C.faucher, 2016).

Ces premières hypothèses guideront les investigations suivantes « *A partir de ces hypothèses, l'infirmière cherche les données complémentaires.* » (T.Psiuk, 2012) Ces données complémentaires vont être « *initiiée à partir d'un indice existant chez le patient, visuel et/ou exprimé* » (T.Psiuk, 2010). L'IDE va donc devoir rencontrer le patient et l'évaluer selon une méthode. La méthode clinique comprend l'observation et l'examen clinique complet qui sont deux piliers du RC dans le modèle de L.Martin.

L'observation doit partir du spécifique au général en différenciant plusieurs environnements :

1. *Environnement patient : le patient dans sa globalité*
 2. *Environnement technique : le matériel à proximité immédiate du patient*
 3. *Environnement architectural : la chambre*
 4. *L'environnement social : la famille, les proches et la personne de confiance.*
- (L.Martin, 2019)

Cette observation conditionne le recueil de données qui permettra l'expression des jugements cliniques « *Le jugement clinique se construit en partant des données recueillies lors de l'observation structurée du patient. À partir de ces données, les opérations mentales hypothético-déductives sont activées.* » (Psiuk, 2012).

Cette observation doit être effectuée avec compétence pour relever « *Des indices, des signes et des symptômes qui, à partir de ses connaissances et du raisonnement, prennent un sens soit avec la pathologie, soit avec des complications liées à la pathologie ou aux effets secondaires de traitement* » (T.Psiuk, 2009). On remarque ici l'importance du modèle clinique tri-focal de Psiuk dans la complétude de l'observation.

Le recueil de données peut être guidé par différents modèles comme celui de Virginia Henderson sur les 14 besoins ou celui de Louis sur les 14 catégories. Cet examen clinique est central pour le recueil de données comme l'indique C.Chapados en 2015, « *L'un des principaux outils permettant de recueillir l'information.* »

Il comprend également l'examen physique : « *Son but consiste à évaluer l'état de santé de la personne ainsi que son adaptation à cette situation en recueillant des données subjectives et objectives.* » (Ahern. E 2002) « *Il est composé par l'inspection, la palpation, l'auscultation et les percussions.* » (L. Martin, 2019). Ce recueil de données va aussi dépendre des connaissances que le soignant possède, « *Ce réflexe de questionnement à la recherche d'indices complémentaire est en cohérence avec le niveau de connaissance du professionnel de santé ; plus les connaissances sont précises, plus le recueil de données est ciblé.* » (T.Psiuk, 2012)

Dans un second temps, ce recueil de données va être accompagné par un effort de questionnement, « *Devant un symptôme évoqué par le patient l'infirmière a un réflexe de questionnement qui lui fait penser aux hypothèses prévalentes.* » (T.Psiuk, 2012) Ces hypothèses peuvent varier entre les soignants selon l'expérience et les connaissances, encore une fois, « *La prévalence des hypothèses est liée à l'expérience professionnelle et aux données contextuelles connues du patient.* » (T.Psiuk, 2012).

Ensuite, une fois ces hypothèses élaborées, l'IDE va les confronter à la situation observée afin de valider ou éliminer certaines hypothèses puis arriver à la conclusion clinique qui sera le jugement clinique. « *Ces hypothèses sont donc une nécessité absolue pour parvenir à poser un jugement clinique de qualité* » (T.Psiuk, 2010). Ce jugement signera la fin de la démarche clinique, « *la conclusion du raisonnement est le jugement clinique* »

Ce raisonnement peut aussi s'enrichir par l'implication de l'équipe comme l'indique T.Psiuk (2010) « *Dans les équipes qui pratiquent ouvertement le raisonnement clinique, les conséquences positives sont évidentes, le patient est acteur, les consensus d'équipe sont rapides, les raisonnements collectifs sont coordonnés, la démarche d'adaptation des soins est facilitée et les connaissances sont transférées dans la pratique des soins.* »

Cependant, un recueil de données basé sur le corps ne suffit pas. En effet, écouter ce dernier est une chose certes essentielle mais il faut aussi écouter le patient comme un sujet à part. Cela nous invite au troisième attribut cité par T.Psiuk.

3^e Attribut : La maîtrise d'une relation de types counseling

Cet attribut fait écho à un autre pilier mentionner par L.Martin intitulé « *écoute fondée sur la maîtrise des compétences en soins relationnels* ». L'importante ici est de favoriser l'expression d'où la nécessité de compétence relationnelle obligatoire chez les IDE. T.Psiuk énonce trois niveaux d'écoute :

1. Comprendre ce que dit le malade.
2. Identifier la congruence entre le verbal et le non verbal du patient.
3. Être à l'écoute de ses propres émotions et réactions.

Ces niveaux d'écoutes, s'ils sont respectés, peuvent être bénéfiques pour la recherche d'information car ils favorisent « *l'échange et l'écoute de tous les problèmes et défis provoqués par la maladie et les soins* » (Schneider-Harris, 2007).

Ces échanges permettront de créer ensuite la relation de confiance qui se définit comme « *Une croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective ou professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part, trahison, tromperie ou incompétence* » (CNRTL, 2017)

Une telle relation permet au patient de se livrer entièrement au soignant ce qui est bénéfique pour le recueil de donnée comme l'affirme Formarier en 2007, le malade sera « *Plus enclin à parler de sujet délicat et à accepter de se faire aider* ».

Cette coopération dans le soin se nomme l'alliance thérapeutique : « *Processus interactionnel qui lie le patient au thérapeute autour de la finalité du déroulement de la thérapie. Souvent synonyme de la relation thérapeutique, il croise aussi les concepts d'empathie de relation d'aide et de transfert* » (Collot, 2011)

Une fois le recueil de donnée finalisé et analysé, il convient de produire un résultat qui sera le jugement infirmier. « *Le jugement clinique se construit en partant des données recueillies lors de l'observation structurée du patient. À partir de ces données, les opérations mentales hypothético-déductives sont activées* » (Psiuk, 2012).

Fonteyn et Ritter vont, eux aussi dans ce sens : « *Le raisonnement clinique guide l'infirmier à formuler un jugement clinique* »

T.Psiuk lui consacre un attribut dans lequel elle introduit son modèle clinique tri-focal.

4^e Attribut : La maîtrise des niveaux des jugements cliniques

C'est via ce dernier attribut que Psiuk exprime son modèle clinique tri-focal, dans la continuité de celui de L.J.Carpenito. J'ai expliqué précédemment les connaissances comprises dans ce modèle clinique. Ces connaissances étant très large, on peut considérer que ce modèle trifocal s'inscrit dans une approche systémique comme le déclare Psiuk dans l'interview de Decorneil (2020). Cette approche fait échos au modèle de santé global défini par Gatto en 1999 qui s'oppose au modèle bio médicale, trop centré sur la maladie.

On remarque aussi dans ce modèle l'héritage laissé par les théoriciennes américaines qui orientaient l'activité infirmière autour de « *La personne et son environnement* » (Perrin, 2017).

Cet attribut donne une indication sur l'organisation des jugements infirmiers. Encore une fois, on retrouve une notion similaire dans le modèle de L.Martin avec le pilier nommé « *trier et organiser les jugements* ». Je vais donc maintenant m'attarder sur cette notion de jugement infirmier qui représente les diagnostics infirmiers.

Je commencerai par rappeler l'histoire de ces diagnostics longtemps ombragés par leurs homologues médicaux puis j'expliquerai leurs différentes utilisations.

4.1.4 Les diagnostics infirmiers.

- **Rappels historiques**

Les diagnostics IDE sont enseignés depuis 1992 dans les instituts de formation infirmiers de France. Le terme voit le jour quarante ans auparavant chez les infirmiers anglo-saxons qui disposent déjà d'un enseignement universitaire. Ces diagnostics prennent alors rapidement de l'importance dans l'exercice infirmier : « *les soins infirmiers reposent sur le diagnostic et le traitement des réponses de l'individu à des problèmes réels et potentiels de santé* » (l'American Nurse's Association, 1970)

Les années 70 seront décisives pour les diagnostics IDE via M.Gordon : « *Infirmière diplômée en 1961 dans l'État de New York, soutient une thèse de doctorat en sciences infirmières sur le raisonnement diagnostique.* » (F.Romeder, 2009)

La NANDA (association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier, ANADI) voit le jour en 1982 dont « *Le but est de promouvoir une taxonomie des diagnostics infirmiers qui soit d'utilité générale pour les infirmières diplômées.* » (F.Romeder, 2009)

Son homologue français, l'AFEDI (Association Francophone Européenne pour le Diagnostic Infirmier) est créé en 1991, soit un an avant l'introduction du diagnostic IDE dans la formation.

Ses objectifs sont :

- « *Développer le diagnostic infirmier comme un concept contribuant à la promotion de la qualité, de la reconnaissance et de la gestion des soins infirmiers,*
- *Participer à la recherche internationale sur les diagnostics infirmiers, développer des réseaux d'échanges et être garante de la scientificité des diagnostics infirmiers de langue française.* » (F.Romeder, 2009)

- **Description du diagnostic IDE**

Plusieurs définitions ont été donné au diagnostic infirmier. Parmi elles, on retiendra celle de la NANDA en 1990 : « *Le diagnostic infirmier est un jugement clinique qu'une infirmière porte sur les réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité à un problème de santé actuel ou potentiel ou à un processus biologique. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir des interventions infirmières visant à atteindre les résultats qui relèvent de la responsabilité de l'infirmière.* »

M.P.Phaneuf en 1986 lie le diagnostic IDE à l'autonomie dans sa définition : « *Le diagnostic infirmier constitue le rôle autonome infirmier* » A.Marchal, dans la même veine accentue la légitimité de ce jugement comme « *témoignage de notre compétence professionnelle* »

Désormais, une question se pose sur la légitimité des diagnostics infirmiers par rapport à leurs homologues médicaux. T.Psiuk, en 2012, nous offre un exemple parlant. « *Prenons l'exemple d'une suspicion de phlébite posée par une infirmière devant un ensemble de signes qu'elle a le droit de recueillir : seul le médecin peut émettre le jugement clinique orientant une prescription médicale. Lorsque le problème est diagnostiqué, les paramédicaux ont le devoir de le nommer « phlébite membre inférieur droit » en connaissant les données cliniques de référence afin d'évaluer l'évolution, en connaissant les risques afin de respecter la qualité et la sécurité lors des soins, en anticipant ou identifiant les réactions que le patient est susceptible de faire dans sa situation de phlébite.* » Leurs diagnostics n'investiguent pas les mêmes choses mais sont complémentaire. Les diagnostics IDE interviennent à deux moments. En amont du diagnostic médicale pour l'aider à être formulé comme l'énonce l'Art. R. 4312-41 mentionnant l'obligation de « *concourir à l'établissement du diagnostic* » ainsi qu'en aval car il sera nécessaire de juger les réponses du patient aux thérapeutiques administrés.

Pour finir sur le raisonnement clinique, il est maintenant temps de s'intéresser à celui-ci en tant que compétence évolutive dans l'exercice infirmier.

4.1.5 Expérience et raisonnement

Le RC est représenté dans le référentiel de compétence par la compétence 1 : « *Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier* ». Sa première position est symbolique est affirme sa place centrale et sa transversalité dans l'exercice IDE. « *Le raisonnement clinique est non seulement une composante de la compétence clinique mais surtout une habileté transversale intégrée dans les dix compétences du référentiel* » (T.Psiuk, 2012)

Si le RC est une compétence il convient d'interroger ce terme. Guy le Boterf propose la définition suivante : « *La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte données* » On retrouve ici la présence de différents savoir proposé par T.Psiuk dans son modèle clinique tri focal.

Mais ces savoirs seuls ne suffisent pas comme on l'a déjà énoncé, Le Boterf en profite donc pour rajouter que « *l'agir avec compétence est atteint quand le soignant arrive à combiner les ressources cognitives, comportementales et humaines* » il s'agit donc de « *la conjonction de ses savoirs, savoir-faire et savoir- être* » (S.Philippon, 2017) pour maîtriser cette compétence.

La maîtrise du RC « *évolue selon l'expérience professionnelle et personnelle* » (A.Marshall, 2010). Le CNRTL définit ainsi l'expérience, « *Un ensemble de connaissances concrètes acquises par l'usage et le contact avec la réalité de la vie, et prêtes à être mises en pratique* ». Patricia Benner démontre l'efficacité du RC par l'expérience en reprenant le modèle de Dreyfus et Dreyfus (*modèle d'acquisition des compétences*), initialement appliqué aux joueurs d'échecs. Elle explique, à travers ce modèle, que le soignant passe respectivement par 5 stades :

- Novice
- Débutant
- Compétent
- Performant
- Expert

Le soignant commence sa carrière par un niveau novice caractérisé par une efficacité pauvre. Ce niveau n'élabore qu'avec des données objectivement mesurables (paramètres vitaux), ces actes ne sont dictés que par les standards du service sans prendre en compte la situation ce qui lui donne un comportement relativement rigide et limité.

L'expérience qu'il gagnera lui permettra de gravir les différents niveaux d'expertises jusqu'à arriver au niveau expert.

Ce niveau possède un raisonnement exempt de processus analytique, il fonctionne via une intuition aiguisée et « *comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles* ». Enfin, « *Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence.* » Dans le cadre du raisonnement clinique, l'expérience joue un rôle important : « *La prévalence des hypothèses exprimées est liée à l'expérience professionnelle* » (T.Psiuk, 2012)

Ce facteur expérience a été étudié, « *Currey et Botti (2006) ont d'ailleurs montré que le niveau d'expérience des infirmières avait un impact sur le processus de prise de décision.* » (L.Poiroux, 2015) Il semblerait que « *les infirmières les moins expérimentées percevraient moins de signes cliniques* » (Ibid)

Hoffman et al ont eux aussi étudiés l'expérience des soignants, « *Ces auteurs montrent que les infirmières expertes collectent beaucoup plus de signes cliniques (...) Ces signes sont plus pertinents car elles sont capables non seulement de les constater mais aussi de les rechercher et de les classer dans un ensemble qui fais sens.* » (Ibid)

Outre les signes, ce sont les actions de soin qui seront aussi ordonnées dans un ordre de priorités. Ces actes seront guidés par les procédures et habitudes du service mais aussi par les désirs, émotions et habitudes du patients. Cet exercice d'équilibre place le soignant dans une position de funambule où son expertise sera son balancier d'équilibriste.

Nous avons vu dans cette partie l'utilité et le fonctionnement du RC. Ce dernier permettra, après évaluation, de prendre une décision de soin. Cependant, certains soins nécessitent une prescription médicale comme la mise en place d'entrave. Cela m'amène à me questionner sur les tenants et aboutissants de cette prescription qui n'est pas si médical qu'on le pense.

4.2 LA PRESCRIPTION

Son implication dans cet écrit se justifie par son rôle dans la régulation de l'exercice infirmier. Si l'on se base sur les deux rôles infirmiers admit par le code de la santé public, le rôle prescrit est lié à la prescription médicale. Il convient donc de parler de ce document afin de répondre à certaines questions comme que représente-elle ? Est-elle exclusive à l'exercice médicale ? quel est le réel lien entre la prescription et l'exercice IDE ?

4.2.1 Définition

Comme il est usuel en définition, un point étymologique est important à faire. Pour le terme prescription, on retrouve son origine latine « *praescriptio* » signifiant « écrire en tête » et utilisé pour donner un ordre expressément formulé au XVI siècle. Ce n'est que vers 1750 qu'il est couramment utilisé pour désigner les recommandations d'un médecin. Ce terme est aussi utilisé dans les domaines judiciaires et policiers.

Ce rappel historique permet déjà de considérer la prescription comme une instance ayant un rôle autoritaire. On retrouve cette idée dans la définition du CNRTL : « *Indication, conseil, ordre donnée par un médecin, soit oralement, soit par écrit sur une ordonnance.* »

De même dans le dictionnaire (Larousse) : « *Dans l'exercice de la médecine, la prescription est l'acte par lequel un professionnel de la santé habilité ordonne des recommandations thérapeutiques auprès d'un patient* »

4.2.2 L'autorité de la prescription

Par le biais de l'ordonnance, le médecin dispose d'une autorité sur la vie du patient. Cette autorité souvent qualifiée de paternaliste s'étend à diverses dimensions du patient. Le médecin décide du traitement que doit prendre le patient, des spécialistes qu'il doit consulter, des activités qu'il peut faire ou non, de son alimentation, de son travail mais aussi de sa mort lors des discussions éthique de fin de vie. La valeur symbolique de l'ordonnance n'est pas neuve : Dupuy et Karsenty notaient déjà en 1974 que « *l'ordonnance, et plus précisément sa longueur, sa valeur en francs, le nom compliqué des produits, leur nouveauté pour le malade, etc., signifient pour ce dernier qu'il a bien fait de venir chez le médecin, que son état relève bien de la pratique médicale et qu'il n'aurait pas pu se tirer d'affaire tout seul* » (S.Fainzang, 2001)

Cette autorité s'étend également à l'exercice infirmier. L'article R. 4312-19 le souligne. « *L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole thérapeutique, de dispenser des soins visant à soulager la douleur.* ». Idem pour l'article R. 4312-42 : « *L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée.* »

Cette obligation de suivi de prescription peut faire émerger un sentiment de mise à l'écart chez les infirmiers comme le souligne Françoise Acker en 2014 : « *Malheureusement, il en résulte souvent un sentiment de frustration et un manque de reconnaissance de leurs compétences, illustrés par le ressenti d'être mise en retrait lors des prises de décision.* » Ce sentiment est aussi partagé par Monique Montagnon : « *La prise en charge d'un patient débute quasiment toujours par une prescription médicale. L'infirmière ne pouvant prendre l'initiative d'un traitement sans cette prescription.* »

Ces sentiments de frustration reflètent le déséquilibre existant entre les compétences qui deviennent de plus en plus riches et un cadre déontologique qui ne progresse pas. De plus, la présence précaire des médecins donne lieu à des problèmes de prise en charge où l'infirmier doit attendre une prescription qu'il connaît déjà pour agir dans certaines situations.

Pour pallier ce problème, des protocoles ont été créés pour permettre l'action de l'IDE sans prescription mais le problème de reconnaissance persiste encore, « *le protocole pluri professionnel favorise certes le travail en équipe, mais ils laissent peu de place à l'initiative et la mise en œuvre d'une véritable démarche clinique infirmière.* » (M.Montagnon, 2014)

La réflexion autour de l'instance de la prescription nous amène maintenant à une question cruciale de l'exercice infirmier, celle de son autonomie.

4.2.3 Autonomie de l'infirmier

Comme dit précédemment, l'exercice IDE peut parfois se retrouver brider dans son exercice. Cependant, comme le dit M.Lontagnon : « *il y'a un besoin de reconnaissance chez tous les infirmiers européens, avec une demande forte pour accéder à plus de responsabilités* » Mais si les infirmiers avaient plus de responsabilités et d'autonomie qu'ils ne le pensent ?

Tout d'abord, il convient de définir ce qu'est l'autonomie. D'après M. Linard en 2003 : « *L'autonomie est une capacité de haut niveau, cognitive mais aussi psychologique et sociale, qui implique des qualités d'attention, d'autocontrôle, de confiance en soi et de relation que peu d'individus possèdent ensemble à l'état naturel* », Son origine grec (*autonomus*) suggère quant à elle « *qui se régit par ses propres lois* » (Russ.J 2004)

L'autonomie est donc une capacité à décider et à agir selon son plein gré. L'autonomie n'est pas une compétence binaire que l'on possède ou non mais graduelle. Chaque individu possède un degré d'autonomie plus ou moins élevé face à une tâche, un projet ou une autre personne.

En France, le terme autonomie rapporté au champ infirmier, apparaît dans la loi n°78-615 du 31 mai 1978. L'autonomie est désignée comme « *La faculté de l'infirmière à prendre des initiatives et des décisions dans le cadre de la compétence spécifique reconnue par le diplôme requis et les textes officiels régissant la formation* »

Cette loi vient remplacer celle de 1946 limitant l'exercice infirmier aux soins prescrits par un médecin. Cependant, bien que l'autonomie soit reconnue, celle-ci ne paraît pas entière. En effet, lors de l'exercice en libérale, les soins faisant partie de cette autonomie infirmière ne sont remboursés que s'ils ont été préalablement prescrits par un médecin.

Cela pose donc la question de l'autonomie réelle et de l'indépendance du rôle propre. Dès lors, il convient de s'attarder sur ces termes pour éviter toute confusion.

J'ai déjà défini l'autonomie précédemment, le rôle propre est défini comme « *la zone d'autonomie de l'infirmière qui lui permet de prendre des initiatives* » (AMIEC)

Concernant l'indépendance, celle-ci, s'oppose à son antonyme défini comme la soumission ou la subordination à l'autre, sujet ou objet. Le dictionnaire (*Le Petit Robert*) indique que l'indépendance renvoie à la liberté d'agir notamment dans l'exercice d'une fonction en dehors de toute référence autre que le choix de la personne qui agit. Dans le cadre de l'exercice IDE cela sous-tend qu'il est apte à agir sans référer au médecin pour certains actes par exemple.

Maintenant que chaque terme est défini, C. Piguet explique la relation entre les termes autonomie et indépendance : « *Autrement dit, si l'indépendance et la dépendance amènent à une position binaire qui renvoie au pouvoir de l'un sur l'autre, l'autonomie comprend, quant à elle, une présence intrinsèque de l'un et de l'autre qui implique nécessairement leur interaction* »

La notion de présence d'autrui se retrouve dans les textes de loi. L'article R4311-9 du code de la santé publique indique une dizaine d'actes infirmiers sur prescription devant être réalisé : « *à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment* ».

Pour finir sur la notion d'autonomie, j'aimerais revenir sur le lien existant entre prescription et l'IDE. Est-ce l'IDE qui dépend de la prescription ou l'inverse ? jusqu'à présent, les citations choisis semblent aller dans le sens de la prescription mais ce n'est pas toujours le cas.

Bien que ce soit le médecin qui rédige et signe la prescription celle-ci doit se justifier par des signes cliniques qui permettront l'élaboration de diagnostic. Si la prescription se justifie par la symptomatologie il est alors pertinent de se demander quel est le vecteur principal de ce genre d'information.

Comme vu précédemment dans le raisonnement clinique, les infirmiers disposent de plusieurs savoirs pour réaliser un examen clinique. Ces savoirs, associés à leurs proximités avec les patients, leurs permettent de récolter une masse importante de données.

Ce seront ces données qui permettront au médecin d'établir un diagnostic comme le cite le code déontologique de l'infirmier : Article R. 4312-37 : « *L'infirmier peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant **les éléments pertinents** relatifs à la prise en charge. Ce dossier comporte les éléments actualisés **nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques**. Il doit permettre le suivi du patient.* »

Article R. 4312-43 : « *L'infirmier communique au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic, ainsi que de permettre la meilleure adaptation du traitement ou de la prise en charge.* »

De plus, lorsque cette prescription est rédigée, l'IDE a une responsabilité dans la validité de celle-ci. Si elle est erronée, l'IDE a compétence pour déceler cette erreur et demander une correction. Art.R. 4312-42 « *Si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée* »

Dès lors, on remarque que la prescription dépend en partie de l'exercice IDE, de sa capacité à raisonner et d'apprécier les données qu'il recueille. L'IDE est donc bien plus qu'une simple « main d'œuvre » du médecin comme on peut l'entendre. Il est un associé qui met du sens dans ce qu'il fait. Le Boterf en 2007 disait à ce sujet : « *Au-delà d'agir avec compétence, le soignant doit aussi comprendre pourquoi et comment il agit en situation* ». L'importance de l'infirmier dans la décision thérapeutique peut se résumer avec cette phrase : « *Ceux qui possèdent une bonne connaissance des malades, de leur état, de leur évolution et réaction aux traitements détiennent une source de pouvoir importante auprès de ceux qui prennent les décisions thérapeutiques* » (F.Gonnet)

L'autonomie infirmier est donc plus importante qu'on ne le pense. Pour s'en rendre compte, il faut arrêter de penser l'exercice infirmier selon la dichotomie de ses deux rôles. L'expertise d'un IDE se trouve dans sa capacité à articuler à bon escient rôle propre et prescrit pour qu'ils ne forment qu'un. Gilles Devers disait à ce sujet : « *Ce rôle propre regroupe l'ensemble des savoirs et pratiques qui constitue la fonction infirmière. L'infirmière n'est pas diplômée pour exercer une moitié de métier pur, et une autre par délégation et sur autorisation. Son diplôme signifie qu'elle est la meilleure sur l'ensemble des facettes du soin infirmier* »

En réalité, peu importe qui a dit à l'infirmier de faire un soin, lorsque c'est lui qui le fait, cela relève de sa compétence à lui seul. Enfin, bien que le protocole ne permette pas l'élaboration d'un raisonnement clinique comme disait M.Montagnon, il est un gain de temps que l'IDE peut demander au médecin après avoir raisonné sur une situation, un patient ou un soin particulier : « *Chaque fois qu'il estime indispensable, l'infirmier demande au médecin responsable d'établir un protocole écrit, daté et signé.* » (Article R. 4311-14 du code de la santé publique)

Après avoir vu la prescription médicale puis progresser vers la notion d'autonomie chez l'infirmier, il est temps de s'intéresser à un acte qui signe définitivement un gain d'autonomie, celui de la prescription infirmière.

4.2.4 Prescription infirmière.

L'arrêté du 20 Mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les IDE sont autorisés à prescrire précise les matériels concernés (pansement médicaux, sondes, bas de contention, matériel de suivi glycémique...)

Il énonce aussi les 3 conditions requises pour que le patient puisse être remboursé :

- Prévenir le médecin traitant
- Agir pendant la durée de la prescription médicale et dans le cadre de ces compétences
- Absence d'avis contraire du médecin.

Le 12 janvier 2012, un décret précise les modalités pratiques pour le renouvellement d'une prescription de contraceptif oraux par l'IDE. Elle doit être réalisée via une ordonnance originale du médecin, concerner une liste nominative de contraceptif et ne doit pas excéder six mois.

On remarque ici que sur cet acte plein de responsabilité plane encore l'ombre du monopole médical. Cependant la prescription infirmière reste bien accueillie par les IDE, Christophe Roman souligne que « *la prescription permet d'élargir le champ d'action de l'infirmier, au bénéfice du patient.* » (2014) Il rajoute ensuite l'intérêt de ce geste : « *C'est bien entendu dans l'intérêt des patients que les professionnels de santé infirmiers font évoluer leurs pratiques tous les jours un peu plus, afin de répondre aux défis sanitaires.* » ces défis sont entre-autres les déserts médicaux et le vieillissement de la population.

Le gain d'autonomie à su profiter aux IDE sur plusieurs plans : « *Cet important mouvement d'autonomisation a eu principalement des effets sur la formation, en termes de contenus, de niveau d'études, ainsi que sur la reconnaissance de la profession aux plans politique et économique* »

Concernant l'aspect économique, le CH de Toulouse a su saisir l'occasion en laissant la gestion des consultations orthopédiques à deux infirmières expertes en plaies et cicatrisation. Ces infirmières sont habilitées à réaliser les consultations et prescription que les chirurgiens font habituellement en post opératoire mais à prix réduit cette fois.

A l'HDJ d'oncologie de Paris, les infirmiers formés dans l'utilisation des anticancéreux oraux tiennent des consultations et réalisent des prescriptions d'examens et de traitement pour suivre l'évolution et pallier les effets secondaires des anticancéreux oraux. Ces nouveautés sont de petite révolution dans l'histoire des infirmiers en France et signe une véritable progression.

« L'acte de prescrire d'une infirmière est l'une des premières étapes dans l'extension et la reconnaissance de savoir expert dans le domaine de la clinique. » (Nadia Péoc'h, 2014)

Cependant, jusqu'où les responsabilités de l'infirmier peuvent aller ? Cette question m'invite maintenant à me questionner sur l'exercice IDE chez nos voisins internationaux. Cette fois ce n'est pas au Canada mais au Royaume Unis que mes lectures m'ont mené. L'article de G. Young, infirmière praticienne avancée, a su atteindre un niveau d'autonomie surprenant.

Après sa formation initiale, G. Young est devenu infirmière praticienne lui permettant de *« fournir des soins relevant de la médecine générale sous la supervision d'un médecin généraliste. »*. Elle a ensuite suivi une formation universitaire pour *« Développer des compétences dans le domaine des pratiques infirmières avancée autonome »*. Cette formation lui permet de réaliser des examens cliniques en vue de poser des diagnostics médicaux. Un second passage à l'université dans le domaine de la prescription cette-fois lui permet aujourd'hui d'être : *« Autorisée à prescrire tous les médicaments communément prescrit par les médecins généralistes, et ce, à tous types de patients, des enfants aux personnes âgées. Cela implique, bien sûr, d'importantes responsabilités. »* (2014) Cet empreint de compétences médicale implique également l'enseignement : *« Aujourd'hui j'enseigne à des étudiants en médecine de 4e et dernière année. » « Je suis tutrice et superviseur clinique pour des internes et je signe leur justificatif de diagnostic »*

Bien loin de nos progrès en France, cette infirmière a su enrichir sa pratique et l'inscrire dans le domaine médical sans pour autant remplacer la fonction du médecin. G.Young, dans son article dit également : *« Ces deux professions, médecins et infirmiers, fonctionnent en symbiose. Chacune a besoin de l'autre pour fonctionner de manière optimale. »*

Cette phrase m'oriente maintenant sur un dernier point, celui de la collaboration entre le médecin et l'infirmier qui constitue un réel point d'ancrage de l'exercice IDE.

4.2.5 Collaboration infirmière/médecin

La mesure de la relation professionnelle entre les infirmiers et médecin se déplace, au fil du temps, d'un lien de subordination à celui de coopération.

Selon la Psychologue C.Dejours « *La coopération correspond aux liens que construisent des agents en vue de réaliser volontairement une œuvre commune* »

F.Acker rajoute en 2017 que « *Travailler ensemble peut être facilité par une organisation réfléchi du travail, une vision commune des soins et du travail* »

Cependant, la vision commune entre IDE et médecin n'est pas simple. Ces protagonistes sont des soignants qui analysent les situations au travers d'un prisme qui est propres à chacun et qui dépend de leurs parcours et objectifs dans le service. Ainsi, « *L'infirmier et le médecin analysent la situation différemment car leurs façons de voir les choses sont différentes.* » (F.Acker, 2014). « *Pour un même patient, ce qui sera important pour l'un pourra ne pas l'être pour l'autre.* » (Ibid) Ce qui renvoi à la différence entre savoir et connaissance.

On retrouve ici le problème ancien de prise en charge qui opposait l'organe au sujet. Dans cette différence de conception du soin, l'outil principal doit être la négociation. « *Un travail de négociation et d'argumentation devient alors indispensable, faute de quoi les actions à mener peuvent être inadéquates.* » (Ibid)

Dans la situation en psychiatrie, les infirmiers ont sus user de la négociation pour discuter la prescription du médecin. Quant à la première situation, l'acte semblait être accepté par tous les acteurs puisque personne ne le remettait en question Cependant, les médecins n'avaient toujours pas réalisés de prescription ce qui laisse supposer que les infirmiers avaient pris eux même la décision sans débat préalablement favorable.

Même si les relations IDE/Médecin peuvent être entravées, elles ne sont ni impossible ni statique. En effet, tous les infirmiers et médecins ne se valent pas.

Leurs parcours professionnels, le service dans lesquels ils exercent et les situations se présentant à eux sont autant de facteurs dictant leur collaboration.

Si l'on prend comme facteur l'expérience, F. Acker disait : « *Les relations ne s'établiront pas de la même manière entre un interne débutant et une infirmière en fin de carrière.* » l'expérience permet donc de réguler les relations. Nous avons vu précédemment que l'expérience jouait un rôle dans le savoir agir de l'infirmier. Elle permet aussi de poser une certaine confiance dans l'équipe.

Ainsi, un infirmier et médecin exerçant ensemble depuis plusieurs années vont nouer une certaine confiance « *cette confiance s'acquière avec le temps passé ensemble dans le service* » (Ibid)

Enfin, les spécialités où persiste le doute de la science comme en psychiatrie par exemple contribuent à réduire les écarts entre infirmier et médecin. C'est d'ailleurs ce que j'ai perçu lors de mon stage en psychiatrie. Durant les transmissions, certaines décisions thérapeutiques difficilement appréhendables étaient discutées en équipe et la parole de chacun était posée sur un même pied d'égalité. Les paroles de F.Acker représentent très bien ce ressenti : « *Lorsque les postures d'humilité l'emportent sur les certitudes des savoirs et des rôles professionnels, il se développe une cohésion permettant de faire face à l'incertitude* ». Il serait tout à fait pertinent d'évaluer les différents degrés d'autonomie infirmier entre les services de médecine et de psychiatrie.

Olivia Dujardin a d'ailleurs rédigé un article à ce sujet après avoir interrogé des infirmiers en psychiatrie. Elle fait le comparatif entre soins généraux et psychiatrie :

« *D'une manière générale, les infirmiers disposent d'une autonomie manifestement plus importante qu'en soins généraux.* » Cela est notamment due à l'organisation : « *A l'hôpital, tout est organisé. Il y a des choses systématiques à faire, peu d'imprévus et les prescriptions médicales orientent le travail infirmier quotidien* ». Ces infirmiers sont donc moins dépendants de la prescription pour agir. « *En psychiatrie, outre les prescriptions, c'est l'observation clinique qui donne aux infirmiers les orientations de leur intervention* ».

Cela nous montre bien que les limites de l'infirmier sont en réalité plus floues que ne laisse penser le CSP. Ce cadre d'exercice est en mouvance perpétuelle avec de nouveaux actes délégués via les protocoles partagés ou évolution de formation.

La particularité de l'infirmier se trouve dans la place qu'il occupe au sein de l'équipe interdisciplinaire. C'est pour cette raison qu'une bonne cohésion de l'infirmier avec le médecin d'une part mais aussi avec les autres acteurs de santé est primordiale pour une efficacité de soin. La dimension interdépendante décrite par L.J Carpenito prend alors tout son sens ici. L'infirmier doit, à bon escient, utiliser ses différents partenaires selon leurs cadres d'exercice, en effet, il « *Portera un jugement clinique qui lui permettra soit d'intervenir dans le champ de sa propre compétence soit de décider s'il est plus pertinent d'appeler un professionnel spécialisé* ». (L.J Carpenito)

4.3 LA CONTENTION

Pour finir cette partie majeure dédiée au cadre conceptuel, je ne peux faire l'économie de la contention qui s'est retrouvée dans mes deux situations de soin. Ce soin définitivement à part mérite d'être étudié au travers de ses objectifs, règles et contraintes.

4.3.1 Définition

Pour définir ce soin, j'aimerais utiliser la définition de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES et appelé HAS aujourd'hui) dans son rapport d'Octobre 2000.

« *L'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* » (Haute Autorité de la Santé).

La mise en contention est donc une action restrictive, P.Corneau énonce à ce propos que « *La majeure partie des interventions restrictives se déroulent dans un contexte où les droits du patient, c'est-à-dire l'autonomie, la liberté de choix, le consentement éclairé, se heurtent aux principes de liberté d'autrui et de non-malfaisance* » Ce soin est donc complexe à appréhender pour les soignants comme nous allons le voir plus tard. Pour compléter cette partie définition, il convient de l'étayer en décrivant les différents types de contention existant.

4.3.2 Les types de contention

La contention est utilisée dans divers domaines médicaux et possède plusieurs buts. Pour clarifier son sens il est nécessaire de décrire les différents types de contention.

➤ La contention posturale

Particulièrement utilisé en orthopédie, elle permet de maintenir une partie du corps dans une position souhaitée. Pour cela, on utilise préférentiellement plâtre, attelle ou traction du membre. Elle a une visée thérapeutique dans la rééducation d'un traumatisme osseux.

➤ La contention physique

On distingue ici deux sortes de contention. La première dite « passive » correspond aux objets détournés de leurs utilisations initiales dans le but de limiter les mouvements de la personne.

Généralement on retrouve l'adaptable très rapproché au patient, le fauteuil basculé en arrière, l'utilisation de drap ou de vêtement non adapté.

Le second type à un usage plus explicite voir exclusif à la définition même de la contention. Les sangles aux poignet/cheville, gilet et ceinture pelvienne en font partie.

➤ Les contentions chimiques

Le but est de conduire le patient à un état de sédation pour calmer l'agitation. Elle permet donc de contenir voire limiter les capacités physiques et psychologiques du patient via l'administration de traitement sédatif. Plusieurs voies d'administration et galéniques sont possible.

Dans les deux situations cliniques cités en début, les deux patients sont confrontés aux contentions physiques et chimiques.

4.3.3 Les consignes juridiques

De nombreux rapports, recommandations de bonnes pratiques et textes législatifs ont émergé ces dernières années permettant d'encadrer plus précisément l'utilisation de la contention en France. Deux rapports récents, celui du député Denys Robiliard et celui du Contrôleur général des lieux de privation de liberté dénoncent son augmentation. C'est en 2016 que la législation prend les devants par la loi du 26 janvier 2016.

Article L. 3222-5-1 CSP énonce à ce sujet plusieurs points.

Premièrement, « *L'isolement et la contention sont des pratiques de derniers recours.* » A défaut d'interdire la contention comme le souhaitait plusieurs associations, la loi donne une place à cette mesure qui devient l'ultime option.

De plus, il indique que ce soin se fait suite à une « *Décision d'un psychiatre, prise pour une durée limité. Leurs mises en œuvre fait l'objet d'une surveillance stricte confié par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.* » La place du psychiatre est ici accentuée. La loi considère par ce biais qu'il est le plus à même pour évaluer la nécessité de cet acte. Cependant, nous avons vu précédemment qu'une décision thérapeutique provient d'un raisonnement commun.

Enfin, Ce même article définit l'obligation pour chaque établissement de santé de rendre compte de l'utilisation des contentions en associant le nom du médecin prescripteur.

Cette évaluation annuelle permet d'inciter les soignants à trouver des alternatives à la contention qui doivent être elles aussi présentée et évaluée annuellement.

Les médecins ne sont pas les seuls concernés par ce soin, les infirmiers le sont aussi et la loi ne les oublie pas. En effet, l'article R 4311-5 du code de la santé publique qui traite du rôle propre de l'infirmier demande de « *Rechercher des signes de complication pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* » L'infirmier possède donc une responsabilité dans ce soin. Ce point a été respecté par les infirmiers du service psychiatrique de la seconde situation.

Ces mesures législatives ont été modifiées par le législateur en juin 2020 estimant que ces dernières ne permettaient pas de garantir l'effectivité du contrôle en cas de mesure privative de liberté. À compter de janvier 2021, de nouvelles règles s'imposent pour les mesures d'isolement et de contention.

Pour commencer, ces mesures ne peuvent concerner que les patients en hospitalisation complète sans consentement « *Afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.* » (Article L3222-5-1 du CSP)

Les mesures de contention doivent être prescrites pour une durée initiale de 6h maximum. Ces mesures peuvent être renouveler à trois reprises pour atteindre un totale de 24h maximum.

A titre exceptionnel, le psychiatre peut renouveler, au-delà de ces durées totales. Dans ce cas, le médecin prescripteur doit avertir le juge des libertés et de la détention (JLD,) l'entourage du patient et le procureur de la république. On imagine facilement la complexité du soin lorsque la famille est prévenue. En effet, celle-ci peut très bien ne pas comprendre la nécessité de ce geste.

4.3.4 Les arguments cliniques

Au sein de la communauté soignante, les avis divergent sur la nécessité de ce soin. En effet Natalie Giloux, en 2017 démontre fermement son opposition à ce soin : « *Sa nature n'est pas thérapeutique et cette décision peut vite être contre-productive pour le soin* ».

« *Elle (la contention) complique la relation des patients aux soignants, des patients avec leur famille et des familles avec les soignants* »

La question de la relation avec les patients été revenue dans le discours d'un infirmier de la seconde situation. D'ailleurs, au sein de cette équipe soignante, la contention pour Mr X ne faisait pas unanimité.

Concernant les indications à la contention, la Société française de médecine d'urgence (SFMU) définit en 2003 deux indications à la contention.

- *Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.*
- *Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques.*

La première indication suppose le caractère violent du patient. Pour N.Chazalet, la violence est une « *Expression brutal d'un vécu douloureux, non transformé par le malade en mots, en capacité à entendre ou à différer.* »

On comprend donc ici que la violence est un moyen de communiquer le vécu interne et pulsionnel (angoisse, anxiété, idée délirante et frustration) par un langage archaïque que le soignant doit savoir anticiper voire même décrypter tout en se sécurisant. On imagine ici facilement la complexité que requière cette démarche.

Les deux indications de la SFMU ne font pas l'unanimité parmi les soignants, là encore un soignant nommé Dominique Friard dans son article : « *Limiter l'isolement, supprimer la contention* » démonte les indications citées précédemment. Pour lui, prévenir une rupture thérapeutique ne peut être une raison puisque celle-ci fait partie intégrante de certaines maladies psychotiques. Elle émane d'une logique simple chez le patient résumé par « je ne me sens pas malade, pourquoi prendre un traitement ? » dès lors on remarque que cette indication concerne une trop grande majorité de patient admis en soins sous contrainte et ne permet pas de cibler la contention aux réels concernés.

Pour ce qui est de la prévention de la violence, ce même auteur déclare qu'en réalité la violence ne fait pas partie « *De la sémiologie psychiatrique qui décrit essentiellement l'excitation et l'agitation en termes d'intensité (hyperactivité, fureur), de nature (crise ou état d'agitation) et de signification (selon la pathologie).*

Aborder ce soin n'est donc pas simple pour les soignants qui doivent jongler entre leur clinique fine et les valeurs de chacun.

Concernant la première situation décrite avec Mr. D, celui-ci était attaché au lit et fauteuil pour prévenir le risque de chute. D'après l'ANES dans leur évaluation de pratique professionnelle en 2000, le risque de chute est l'argument le plus couramment proposé pour la mise en place des contentions.

Cependant, comme l'affirme ce dernier : « *Il est important de souligner qu'il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des contentions utilisées pour ces motifs qui ne sont pas de véritables indications médicales, à proprement parler.* » En tenant compte de cela, on peut remettre en question l'action des infirmières de la première situation. Elle a choisi d'entraver Mr D pour un risque de chute alors que ça ne fait pas partie des données probantes.

L'anticipation du risque de chute est significative d'une nouvelle gestion des risques à l'hôpital. Cette gestion qui se veut avant tout sécuritaire si ce n'est totalitaire. Thierry Najman dans son ouvrage : *Lieu d'asile : manifeste pour une autre psychiatrie (2015)* démontre la pression qu'exerce la notion de responsabilité dans les événements indésirables : « *Les uns et les autres craignent la mise en cause de leur responsabilité, secondairement à un suicide ou une autre forme d'accident* ». Le poids de la responsabilité dans une société médicale qui prône le risque zéro comme lieu sûr pour une certification de qualité se fait de plus en plus lourd. L'un des moyens pour réduire le risque de chute est de le supprimer tout simplement. Dès lors, la contention peut devenir un outil de choix pour garder un patient à risque dans une attitude passive et sans risque. Pourtant, la contention est loin d'être sans risque.

4.3.5 Le vécu patient de la contention

La contention est un acte de soin clivant chez les soignants. Ces mesures représentent une forme de coercition « thérapeutique » déployée dans un but de protection et met sous tension l'autonomie des patients et l'autorité médicale. Il est donc important, pour réaliser ce soin avec parcimonie de s'intéresser au vécu du patient. Cela permettra de mieux utiliser les contentions comme nous le verrons plus tard.

Selon Strout (2010), les thèmes communs mentionnés par les patients placés sous contentions sont : la colère, la peur, l'humiliation, le découragement, la déshumanisation, l'impuissance, la détresse, et le sentiment de violation de l'intégrité personnelle. D'autres thématiques ont été citées dans l'étude de Carré et al en 2017 où il note la perte d'autonomie, la solitude dans la perception d'eux-mêmes au cours de l'expérience de contention, la sanction / punition, l'humiliation, l'abandon et la violence dans la perception des relations avec les soignants.

Cela donne un champ lexical assez explicite aux vécus des patients. Il est aussi important de noter le paradoxe existant dans ce soin. D'un côté, les soignants usent de la contention en réponse à un comportement violent et de l'autre côté, le patient perçoit ce soin comme une violence ce qui n'arrange pas ses émotions.

Fish R, en 2005, étudiait lui aussi le vécu patient et énonçait, au sujet de la contention, qu'elle semble également avoir un effet de « re-traumatisation » chez certains participants alors que les souvenirs d'événements violents antérieurs, comme le viol ou l'abus sexuel, refont surface. Dans le cas de Mr X (situation 2) il est important de rappeler que ce patient avait subi des actes de tortures dans son passé. La contention peut rappeler la douleur de ces événements.

Outre les conséquences psychologiques, les patients souffrent aussi physiquement. L'ANAES en 2000 cite les complications suivantes liées à la contention physique :

- Apparition ou aggravation d'une confusion ou d'une agitation
- Syndrome d'immobilisation (contractures, troubles trophiques, escarres, fausses routes, incontinence sphinctérienne, déconditionnement musculaire et sarcopénie, perte d'appétit)
- Perte d'autonomie, augmentation de la durée d'hospitalisation et de la mortalité

Ces différents risques montrent que la gestion des risques de l'infirmier n'est pas atténuée avec les contentions, bien au contraire.

Une surveillance physique et psychologique régulière est nécessaire d'une part pour éviter tout risque, mais aussi pour reconsolider un lien thérapeutique.

Précédemment, j'avais cité l'importance d'entreprendre une relation de counseling pour favoriser l'émergence du raisonnement clinique. La mise en contention peut être un sérieux freins du côté des patients mais aussi des soignants car ils sont eux aussi touchés par ce soin.

4.3.6 Le vécu IDE de la contention

Le soignant est également affecté par l'utilisation de la contention mécanique. Sur le plan physique tout d'abord comme le démontre Stubbs en 2009 via les blessures physiques fréquentes chez le personnel soignant pendant l'intervention.

On note également une réelle souffrance psychique comme le note Pascale Corneau dans son étude phénoménologique sur le ressenti IDE de la contention. Les sentiments cités sont l'anxiété, la tristesse, culpabilité et la peur d'ailleurs plusieurs auteurs ont identifié la peur comme une émotion courante chez le personnel en psychiatrie et ayant un impact sur les interactions avec le patient comme Duxbury en 2005.

Ces souffrances se manifeste lorsque la nécessité de garantir la sécurité et le contrôle du patient se confronte aux valeurs professionnelles du personnel infirmier comme l'empathie, la compassion et la préservation de la relation thérapeutique.

Dans l'étude de Pascale Corneau, il est dit que les infirmiers « *Considèrent cette méthode d'intervention radicale, invasive, barbare et, à tout le moins, délicate à appliquer* » (2017)

Il est important de rappeler que lors de l'installation des contentions de Mr X, (situation 2) un infirmier avait remis en question son rôle propre. Cette confrontation des idées contraires chez le soignant se nomme la dissonance cognitive et a été théorisé par Leon Festinger en 1962.

« *La dissonance cognitive est un état de tension généré par la présence simultanée de deux cognitions (idées, opinions, attitudes ou comportements) qui sont contradictoires. Cette dissonance crée un inconfort psychologique désagréable, duquel la personne tente d'échapper en adoptant diverses stratégies de « réduction de la dissonance ». Généralement, ce travail de réduction aboutit à la modification d'une attitude afin de rétablir une certaine cohérence entre ses opinions et ses agissements. En d'autres termes, lorsqu'une personne agit contrairement à ses convictions, elle aura tendance à justifier ses actions et à adapter son opinion pour qu'elles concordent avec ses comportements.* » (Pascale Corneau, 2017)

Ainsi, pour ce qui est de la contention, le soignant peut considérer ce soin non pas sur le plan de la coercition mais plutôt sur la justification sécuritaire comme je l'ai cité dans la partie législative.

La dissonance cognitive est à l'origine du sentiment négatif chez le soignant et c'est sûrement cela qui a engendré le silence lourd dans la première situation.

Afin de pallier ce sentiment, la parole est nécessaire via des débriefings réalisés à postériori comme l'ont fait les infirmiers de la seconde situation.

Enfin, toujours dans l'article de P.Corneau, les infirmiers justifient les décisions de contention par l'environnement qui forcerait ce soin. On relève les arguments suivants :

- Des patients statistiquement plus enclins à la violence
- L'environnement psychiatrique peu accueillant et source de frustration
- Le manque de ressources humaines
- Le manque d'expérience et formation des soignants

L'ensemble de ces justifications montre comment les infirmiers tentent de réduire la dissonance cognitive lié à leurs pratiques. C'est d'ailleurs ce qu'exprime Pascale Corneau « *La justification semble donc être un mécanisme par lequel de nombreux participants arrivent à gérer les impacts de cette intervention difficile.* »

Cette partie conceptuelle est terminée et a permis de soulever plusieurs points. Premièrement, le raisonnement infirmier est crucial dans l'exercice de ce dernier mais aussi dans l'exercice médical puisqu'il participe à l'élaboration de la prescription. Ce raisonnement permet donc d'user de la contention avec justice et parcimonie. Toutes ces informations émanent d'auteurs mais il est maintenant temps de s'intéresser aux praticiens de terrain. Pour cela, je vais entreprendre une recherche encadrée par un protocole que je vais décrire.

5 ENQUETE EXPLORATOIRE

Ma recherche concernera la pratique du soin infirmier, elle s'inscrira donc dans le cadre d'une recherche clinique. En ce sens, si je reprends la définition de Boissart (2013, p.92) « *L'objectif consiste à la fois à produire des connaissances et à changer les pratiques professionnelles. Le projet se construit avec un groupe d'acteurs terrain et donne lieu à un contrat entre le chercheur et le terrain. Les données restent locales, car la collecte de données se fait dans l'institution d'appartenance des acteurs professionnels* »

Outre la recherche clinique, mon étude s'inscrit aussi dans une recherche de type qualitative puisqu'il sera question d'analyser des données descriptives liées aux pratiques infirmières. Ces données seront subjectives certes mais en adéquation avec le raisonnement infirmier qui l'est aussi. Enfin, l'analyse des différents récits permettra de faire ressortir des similitudes que je pourrai considérer comme inhérente à chacun dans l'élaboration d'un raisonnement clinique.

5.1 LA METHODE CHOISIE

Afin d'entreprendre ma recherche clinique, je vais avoir besoin d'une méthode qui me guidera dans son élaboration. La méthode qui se prêtera le mieux pour celle-ci est la méthode clinique. Cette méthode ne vise pas à affirmer des hypothèses mais à élaborer du sens notamment par l'exploration du discours de l'autre. Initialement, cette méthode est utilisée par les soignants envers le patient dans l'élaboration d'un diagnostic infirmier ce qui se prête bien à ma thématique de recherche. Cependant, ici, je vais l'utiliser vers les professionnels eux même.

Pour cela, elle devra être associée à une méthode d'analyse que j'expliquerai plus tard.

Cette méthode, dans le cadre de mon analyse sur les pratiques soignantes, permettra une étude approfondie et exhaustive de leur exercice. De même, elle peut offrir une compréhension des infirmiers avec singularité et fidélité. Enfin, elle permettra de rechercher les significations ainsi que les origines du raisonnement clinique des infirmiers que je rencontrerai.

Lagache disait, en 1949, dans son livre : la méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail « *la méthode clinique est l'étude intensive des cas individuels* »

5.2 LES OUTILS

Comme dit plus haut, le discours de l'autre acquiert une place essentielle dans la méthode clinique. La prochaine étape sera donc de trouver un outil permettant de générer le discours.

Pour cette mission, l'entretien semi-directif me paraît être le meilleur choix.

Lincoln, en 1995, donne la définition suivante « *L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructiviste.* »

Nous sommes donc dans une recherche de sens avec cet outil ce qui fait écho avec le but de la méthode clinique citée précédemment. Les infirmiers pourront ici livrer leurs réalités de l'élaboration du raisonnement infirmier.

L'aspect semi-directif permettra d'avoir un contrôle sur son orientation. En effet, un autre outil l'accompagnera, le guide d'entretien (cf Annexe 5). Ce dernier permettra de préparer l'entretien à l'avance et de le présenter par la suite aux institutions hospitalières qui le valideront pour ma venue dans le service.

Ces entretiens devront par la suite être analysés pour générer de nouvelles données. C'est là qu'une méthode d'analyse entre en jeu, l'analyse interprétative phénoménologique (AIP).

Cette analyse a été développée en 1996 par Smith. Elle permet aux chercheurs d'explorer l'expérience des participants via le sens qu'ils donnent à leurs expériences et les mécanismes psychologiques sous-jacents. C'est donc une méthode de type qualitative du discours propice à la compréhension du vécu de l'autre. Elle est donc en adéquation avec le type de ma recherche mais aussi son but. En effet, mon but est d'explorer le processus du raisonnement clinique qui est bien souvent implicite. On ne voit généralement que son résultat final or, avec cette méthode, je pourrai explorer cette compétence au travers du discours des infirmiers interrogés.

L'essentiel de cette démarche va reposer sur le rapport subjectif du participant sur son expérience du raisonnement clinique. Je devrai donc veiller à ne pas être un frein en tant qu'interrogateur, mais plutôt un stimulant à la réflexivité.

Pour ce qui est de la méthodologie, L'entretien débutera par des questions larges qui vont par la suite se spécifier vers des questions plus intimes qui engageront un peu plus la réflexivité du participant.

Afin de ne pas clôturer l'entretien de manière brute, j'orienterai la dernière question sur le ressenti du participant concernant l'entretien. Son évaluation me permettra d'ajuster mes futurs interviews.

Une fois les entretiens terminés, je procéderai à leurs analyses en suivant les six étapes de Smith et Al en 2009. Pour cela, une première lecture globale sera nécessaire pour m'immerger dans le monde du participant. Je réitérerai la lecture, phrase après phrase cette fois, pour annoter les points saillants. Ces points peuvent concerner le contenu du discours mais également la manière de l'exprimer.

Les points relevés donneront lieu à des thèmes et sous-thèmes que je pourrai isoler dans l'entretien. Chaque thème sera accompagné d'extraits afin de rapprocher le lecteur de la réalité. Il est intéressant de noter que ces thèmes reflèteront le discours du participant mais aussi ma démarche d'interprétation.

Une fois ces thèmes repérés, je pourrai réaliser des liens entre eux. Ces liens permettront déjà de faire un retour sur mon cadre conceptuel. Enfin, à l'issue des analyses de tous les entretiens, je pourrai comparer les différents discours des participants pour atteindre le dernier niveau d'analyse.

5.3 LA POPULATION INTERROGEE

Les entretiens semi directifs ont été réalisés auprès de six infirmiers.

Concernant les critères d'inclusion, j'ai interrogé parmi ces infirmiers deux IDE novices (ayant deux ans d'expérience maximum dans le service) ainsi que deux infirmiers compétent /performant (avec au minimum cinq ans d'expérience). Ces critères sont définis par Patricia Benner qui relie la compétence de raisonnement clinique avec l'expérience. En comparant ces deux types d'infirmiers, je pourrai analyser les différences qualitatives de cette compétence selon l'expérience du professionnel.

Concernant les lieux d'investigations, j'aimerais en profiter pour répondre à une des interrogations de mon questionnement, à savoir, y'a-t-il une différence dans l'élaboration d'un jugement clinique entre les services de médecine générale et de psychiatrie ? en d'autres termes, les services de psychiatrie permettent-ils une plus grande autonomie de l'infirmier ?

Je pourrai donc diviser mon groupe de quatre infirmiers entre un service de médecine générale et psychiatrique accueillant des patients pendant au moins une semaine minimum, le temps que le raisonnement clinique puisse être aboutit durant l'hospitalisation.

Enfin, pour compléter mon groupe d'infirmier, j'aimerais m'entretenir avec un infirmier en libéral puisqu'il est amené à réaliser des prescriptions à la suite des démarches cliniques qu'il réalise quotidiennement. De plus, son lien avec le médecin de ville m'aidera à saisir les liens étroits existant entre la prescription médicale et le raisonnement infirmier. Enfin, un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) exerçant aux urgences pourra apporter une plus-value à mes données. En effet, ses missions essentielles consistent à repérer les patients nécessitant des soins précoces afin de réguler les flux. Ce tri est établi après un examen clinique infirmier associé à une grille de triage. Interroger un IAO me permettra de mesurer le lien entre l'autonomie de l'IDE et les protocoles qu'il doit suivre.

Ses compétences pourront aussi m'aider à comprendre les outils mentaux utilisés pour évaluer une urgence mais aussi pour décider la mise en place de contention car ce soin est utilisé aux urgences suites aux agitations existantes.

5.4 REALISATION DE L'ENQUETE

Avant de commencer l'analyse des données, je souhaite ici présenter succinctement les entretiens réalisés. Cela permettra de prendre connaissance de la personnalité des infirmiers interrogés.

Marc, IDE 1

L'entretien de Marc s'est déroulé dans un bureau, au sein du service de psychiatrie où il exerce.

Le rendez-vous a durée 21 min

Marc a su rester exhaustif sur l'ensemble des questions posées. Sa grande expérience en psychiatrie et sa réflexion du soin se sont ressentis lors de son discours. J'ai aussi apprécié son discours très posé et réfléchi.

Marc a choisi la psychiatrie pour « *soigner avec ma personnalité* » (L.8). La psychiatrie offre, selon lui, plus d'autonomie réflexive et de travail d'équipe pour les infirmiers. Son explication du raisonnement clinique fut claire et précise. Ses principaux outils sont l'observation et l'entretien qu'il associe à une relation de soin et des connaissances maîtrisées, « *Le plus important pour l'observation c'est d'avoir de solide connaissance* » (L. 38-39). Les données collectées lui permettent d'opérer un raisonnement hypothético-déductif tout en prenant du recul sur son intuition, « *Mon intuitif se couvre que de point d'interrogation que j'essaie d'éliminer au fur et à mesure* » (L.49) Même avec vingt ans d'expérience, Marc sait nourrir son raisonnement de

l'expérience de ses jeunes collègues. Enfin, il accorde une importance légitime aux diagnostics infirmiers, « *Je suis même un fervent défenseur des jugements cliniques qui doivent être et rester l'essence même de l'analyse* » (L.93-94) D'ailleurs, ces jugements cliniques lui permettent de participer aux décisions thérapeutiques, « *Le diagnostic infirmier et l'observation infirmière vont aller nourrir le médecin sur ce qu'il ne voit pas sur l'entretien* »

Concernant la contention, Marc accorde une grande importance au sens du soin, « *Il faut vraiment réfléchir au sens* » (L.145) « *Je les pose si elles ont du sens* » (L.141). Marc indique deux cas d'indication, l'auto et l'hétéro-agressivité. En amont de ces indications, Marc propose l'utilisation du RC afin d'anticiper et utiliser le moins possible la contention.

Sabri, IDE 2

Sabri est diplômé depuis 4 ans et travail en psychiatrie depuis son diplôme ce qui le place presque au rang de compétent

Son choix de la psychiatrie s'argumente par une curiosité de la discipline, particulièrement compatible avec le raisonnement clinique, « *Le raisonnement clinique en psychiatrie c'est pour moi une grosse partie de mon travail* » (L.23) Cette discipline lui offre plus d'autonomie et de réflexion à l'égard du patient.

Sabri souligne à plusieurs reprises l'apport du collectif dans le raisonnement, « *Le raisonnement clinique pour moi rentre parfaitement dans le travail de groupe.* » (L.33-34)

On retrouve également les quatre attributs du RC dans son discours, la relation de soin se forge au travers des temps informels auxquelles Sabri tient particulièrement. « *Ces temps non-institutionnels sont et doivent rester l'essence de notre pratique* » (L.102-103). Concernant le raisonnement hypothético-déductif, on retrouve chez lui une phase intuitive suivie d'une phase analytique.

J'ai pu parler de la prescription avec Sabri, notamment celle de la contention au travers d'un cas que nous avons vécu lors de mon stage. Pour lui, la prescription émane bien d'un travail d'équipe où chacun apporte son domaine de compétence, « *Je pense donc qu'on a un rôle à jouer dans cette décision médicale* » (L.112-113) J'ai aussi apprécié nos échanges sur la collaboration avec le médecin, Sabri le considère avant tout comme un collègue et non pas comme un supérieur comme il est souvent le cas. Cette considération est peut-être due à la discipline, « *La discipline psychiatrique favorise la collaboration parce qu'on est moins sur quelque chose de palpable ou visible comme une plaie par exemple* » (L.124-125)

Enfin, concernant la contention cette fois, Sabri est sur la même longueur d'onde que les autres infirmiers au sujet de ses indications et utilisations. L'entretien nous a aussi amené à parler de la chambre d'isolement qu'il qualifie de « *Soin intensif* » (L.152) Ce soin peut être aménagé selon divers modalités, « *Maintenant on a des protocoles d'isolement qui dure 1h par exemple, ça peut aussi être fait en chambre du patient, on peut aussi avoir des chambres d'apaisements, y'a aussi l'isolement accompagné d'un soignant* » (L.158-160)

L'entretien a duré 31 min et s'est déroulé dans un bureau au sein du service.

Léhéna, IDE 3

Aide-soignante pendant 7 ans, elle était experte dans ce domaine. En tant qu'infirmière, elle est qualifiée de compétente mais elle n'exerce dans son service que depuis 10 mois ce qui fait d'elle une débutante dans ce service.

Son expérience passée se ressent dans son discours où elle accorde une certaine importance à l'aide-soignante notamment dans les décisions de groupe, « *Le rôle de l'aide-soignante est très important* » (L.54) De même pour son raisonnement qu'elle place sur un pied d'égalité avec le médecin. « *Il a autant de poids que celui du médecin et de l'aide-soignante* » (L.51)

Léhéna est aussi soucieuse du bien être des patients, elle sait s'adapter à leur état surtout lorsqu'ils viennent de passer du temps aux urgences. « *La plupart du temps ils arrivent des urgences (...) ils sont fatigués parce qu'ils n'ont pas à manger, ils sont restés 10h assis sur un banc aux urgences, ils ont mal au dos ils en peuvent plus etc.* » (L.29-32) Concernant le raisonnement clinique et les diagnostics infirmiers, ces notions ne sont pas explicites chez elles.

Enfin, pour ce qui est de la contention, elle place ce soin comme un outil pour sécuriser le patient des chutes mais aussi de la rupture thérapeutique. Elle adopte ici un raisonnement utilitariste basé sur la balance bénéfice/risque. « *Le problème c'est que si on les contentonne pas, ils vont se lever sans faire attention à l'Optiflow du coup ils vont l'enlever et ils vont dé saturer* » (L.80-82)

L'entretien a duré 13min et s'est déroulé dans la salle de staff du service. Ce jour même, une réunion était prévue dans le service ce qui a précipité l'entretien.

Lara, IDE 4

Lara est une IDE ayant 13 ans d'expérience en pneumologie mais 6 mois en Médecine polyvalente, j'avais pourtant demandé une expérience de 5 ans minimum sur le courrier de demande d'entretien mais aussi par téléphone au cadre du service. Sa mince expérience en service de médecine polyvalente ne me permet pas de faire une comparaison par l'expérience avec Léhéna.

Cependant, Lara a su me parler de son expérience en tant qu'infirmière, elle insiste sur l'importance de prendre du recul sur celle-ci, « *Il faut être conscient que ce n'est pas parce qu'on a de l'expérience que tout ce qu'on va faire c'est top.* » L.79-80

Lara n'a pas pu me parler des concepts de raisonnement clinique et diagnostics infirmiers.

Enfin, concernant la contention, Lara connaissait à l'avance le sujet de l'entretien. Encore une fois, le cadre été averti de cette règle primordiale et non compliquée à suivre. Cependant, le discours de Lara fut intéressant. Tout comme Léhéna, elle adopte un raisonnement utilitariste basé sur la sécurité, « *J'essaie de savoir quelle décision est la meilleure pour le patient dans le sens de la sécurité à savoir, qu'il ne se blesse pas et que les soins soient effectués* » (L.13-14)

Elle a également su rattacher la contention à certains types de patient comme les personnes démentes, « *C'est compliqué parce que on parle de personnes qu'on ne peut pas raisonner* » (L.46) Enfin, bien que gênée d'utiliser les contentions, elle sait adapter les contentions selon la situation, « *Avant on avait juste les contentions poignées et chevilles ça c'est.... C'est horrible (...) Maintenant on a des ceintures de sécurité c'est vrai qu'on les met plus facilement en cas de chute (...) ça permet de sécuriser plutôt que d'attacher* » (L.37-41)

L'entretien s'est déroulé dans la salle de staff du service et a duré 11 min.

Amélie IDE 5

Amélie possède une expérience de 37 ans dans la médecine d'urgence. Au même titre que celui de Marc, son discours est teinté d'une grande précision. Elle a su expliquer avec clarté ce qu'elle entreprend dans la prise en charge d'un patient de son arrivé aux urgences à sa mutation au domicile ou en service.

Elle n'utilise pas les diagnostics médicaux ce qui peut s'expliquer par son année de diplôme antérieure à l'instauration française de ces derniers. De plus, son expertise lui permet de sortir des pratiques académiques. Elle est la seule à avoir mentionné l'auscultation parmi les IDE interrogés.

Le mot expérience est prononcé à neuf reprises dans son discours. Celle-ci lui a permis d'aiguiser son intuition et d'acquérir une forte autonomie, « *Je peux me permettre de sortir de mon cadre grâce à l'expérience.* » (L.63) Au point de se rapprocher de la pratique avancée, « *Pour moi, je suis à la limite de la pratique avancée aux urgences* » (L.104) Son expertise lui permet aussi de se hisser sur un pied d'égalité avec ses collègues médecins, « *Au niveau de l'intuition et au niveau diagnostic, je trouve que je suis sur un pied d'égalité* » (L.54-55)

La contention est difficile pour elle mais elle vient contrer l'agressivité présente aux urgences, « *Des fois on n'a pas le choix aux vues de l'agressivité et la dangerosité de certains patients.* » (L.83-84) De plus, elle remarque que ces entraves sont plus orientées vers les patients. « *Psychiatriques* » (L.85)

Enfin, j'ai remarqué une grande préoccupation pour le relationnel auprès des patients qui n'est pas toujours simple aux urgences, « *Il faut entretenir au maximum une relation soignante.* » (L.116) D'ailleurs, son ancienneté lui permet de relever un constat dans le soin relationnel, « *Je trouve que l'humain et le relationnel aux urgences se perdent de plus en plus* » (L.152)

Camille, IDE 6

Camille est une infirmière libérale avec qui j'ai passé 5 semaines de stage. Son entretien a été le plus court, 8min, mais celui-ci s'explique par le nombre de question. En effet, je n'ai pas demandé à Camille sa façon d'appréhender les contentions dans son exercice en libéral.

Concernant le raisonnement clinique, Camille a su rester concise et précise sur sa manière de comprendre son patient et recueillir les données. Elle connaît et utilise les diagnostics infirmiers via les démarches cliniques qu'elle doit faire régulièrement.

Son discours a aussi tourné autour de la différence avec l'hôpital notamment sur trois points, « *Sur tes décisions* » (L.70) « *En cas d'urgence* » (L.71) « *Sur les actes* » (L.72) De même pour sa collaboration avec les médecins, « *En libéral on est moins sous leurs directions et ils nous écoutent beaucoup plus* » (L.56-57)

6 ANALYSE DES DONNEES

Dans cette partie, je vais apporter une analyse des différents verbatim. Le but est de proposer un sens d'analyse transversal pour comparer les différents entretiens entre eux. Je tenterai aussi de comparer les discours des infirmiers avec ceux des auteurs cités dans le cadre conceptuel. Cette analyse permettra de confronter la théorie et la pratique afin d'évaluer si les projections théoriques s'appliquent bien aux pratiques actuelles. J'insiste sur le mot « actuelles » car parmi les auteurs cités précédemment, beaucoup sont d'anciens infirmiers donc des personnes qui ont connu un terrain antérieur à celui que l'on connaît aujourd'hui.

Pour analyser les entretiens, je me suis d'abord imprégné de chaque discours pour déterminer des thèmes et sous-thèmes. J'ai ensuite symbolisé des catégories en sélectionnant les phrases de chaque professionnel correspondant aux thèmes. C'est ainsi que j'ai créé le tableau de dépouillement, (disponible en annexe 7).

On retrouve dans ce tableau les phrases les plus pertinentes se rapportant aux différentes catégories. Pour des raisons esthétiques, j'ai fait le choix de partager ce tableau en deux. La première partie correspond aux discours des infirmiers de médecine et de psychiatrie et la seconde comprend l'IAO ainsi que l'infirmière libérale. Ce partage permet de ne pas réduire et surcharger les colonnes du tableau, il permet aussi de séparer les groupes d'infirmiers.

Afin de garder une clarté dans l'analyse de données, j'utiliserai le même plan que celui du cadre conceptuel. Je commencerai donc par analyser l'élaboration du raisonnement clinique des infirmiers avant de m'intéresser à la prescription puis à la contention.

6.1 LE RAISONNEMENT CLINIQUE

Concernant cette thématique, j'ai été surpris par la difficulté de certains infirmiers à me décrire leurs raisonnements cliniques. T.Psiuk disait-elle-même que le RC est un processus implicite dont seul son résultat est explicite. Cette information s'est révélée exacte lors des entretiens où certains IDE ont peiné à trouver les mots. Cependant, si la notion du RC fut compliquée à définir, les soignants ont tout de même su me donner les éléments importants de ce raisonnement.

Les deux infirmiers en psychiatrie sont les seuls à avoir pu me parler du RC en tant que tel tout en soulignant son importance dans la pratique. Sabri le dit clairement à la ligne 23 « *Le raisonnement clinique en psychiatrie c'est pour moi une grosse partie de mon travail* ».

Plus loin, il rajoutera que « *Le raisonnement clinique c'est avant tout une réflexion que tu fais selon des preuves, des signes.* » (Ibid, L. 123-124). Marc, quant à lui, dira en une phrase une définition certes concise mais juste du jugement clinique : « *Un jugement clinique qui va permettre après l'élaboration des problématiques du patient pour arriver finalement à « qu'est-ce que moi je vais mettre en place pour la prise en charge de ses problématiques ? » » (IDE 1, L. 26-28).*

Afin d'étudier le RC, j'ai choisi de questionner les IDE sur les principaux attributs de celui-ci. Les IDE ont cités la manière de poser leurs hypothèses, l'importance de raisonner en équipe, la plus-value de la relation d'aide dans le raisonnement. J'ai aussi relevé des informations intéressantes sur les diagnostics infirmiers et l'expérience dans le RC.

6.1.1 La méthode hypothético déductive et les savoirs

Le RC suppose l'élaboration d'hypothèses qui permettront, après réflexion de proposer des actions de soins. T.Psiuk, en 2012, disait « *On recueille des informations dans le but de tester des hypothèses* »

Nous avons vu dans la phase conceptuelle que les hypothèses faisaient suite aux données complémentaires, elles-mêmes « *initiées à partir d'un indice existant chez le patient, visuel et/ou exprimé* » (T.Psiuk, 2010). Les IDE interrogés m'ont tous parlés de la façon de recueillir des données, à commencer par l'observation.

L'observation.

L'ensemble des infirmiers citent l'observation comme première méthode. C'est aussi ce que décrit T.Psiuk « *Le jugement clinique se construit en partant des données recueillies lors de l'observation structurée du patient* » Les infirmiers en psychiatrie abordent l'observation, « *Mon raisonnement clinique est basé évidemment sur l'observation de mon patient* » (IDE 1, L. 22). « *Y'a l'observation que j'utilise beaucoup* » (IDE 2, L. 37). On comprend aisément que cette observation est déterminante en psychiatrie, service dans lequel « *Le psychisme, les émotions, le ressenti et le feeling jouent beaucoup* » (Ibid, L. 92)

Marc donne également sa manière d'observer, il peut « *Avoir une observation très ouverte des temps informels* » (IDE 1, L. 35) mais aussi « *Installer un terrain pour que des choses viennent si je veux être plus ciblée* » (Ibid, L. 33-34) Nous remarquons ici que l'observation n'est pas un simple regard mais une réelle manière d'appréhender une situation.

Lorsque L. Martin décrit les différents niveaux d'observation, il cite « *L'environnement architectural : la chambre* » et « *L'environnement social : la famille, les proches et la personne de confiance.* » Camille cite elle aussi c'est deux environnements « *Je vais aussi vérifier l'environnement complet du patient c'est très important ça* » (IDE 6, L.11-12) « *Je peux questionner la famille* » (Ibid, L.11).

Amélie, l'IAO, a su aiguïser son sens de l'observation « *À la vision du patient je peux savoir à peu près pourquoi il vient* » (IDE 5, L. 37-38) Sa démarche est la suivante « *Je vais déjà observer comment il arrive, sa façon de marcher, une coloration particulière* » (Ibid, L. 10-11) Ici, c'est bel et bien l'expertise de l'observateur qui est mis en avant. J'aurais l'occasion de revenir sur l'expertise dans le raisonnement clinique plus tard.

L'interrogatoire :

L'observation n'est pas la seule méthode utilisée par les professionnels, des IDE m'ont fait part de l'interrogatoire. Camille le dit clairement « *Je fais un interrogatoire* » (IDE 6, L.6-7) dans lequel elle peut « *Demander les traitements qu'il prend* » (Ibid, L.8-9). En service de médecine, Lehena opte pour « *Un inventaire d'entrée dans lequel on a des questions à poser* » (IDE 3, L.25-26) Cela permet de mieux organiser l'interrogatoire et être exhaustif.

En Psychiatrie, Sabri s'entretient lui aussi avec le patient « *Je vais me confronter au patient* » (IDE 2, L.38-39). Cela lui permet de « *Discuter, faire connaissance typiquement avec le patient (...) lui demander* » (Ibid, L.40-41).

Les connaissances :

L'ensemble de ces premiers éléments nous indiquent que l'observation et l'interrogatoire participent activement à l'élaboration du RC chez les IDE interrogés. Cependant, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, la pertinence des connaissances est aussi un attribut du raisonnement clinique. T.Psiuk, en 2012, associe l'observation aux connaissances « *la recherche d'indices complémentaire est en cohérence avec le niveau de connaissance du professionnel de santé ; plus les connaissances sont précises, plus le recueil de données est ciblé.* » Marc, aux lignes 38-39 exprime le même lien « *Le plus important pour l'observation c'est d'avoir de solides connaissances c'est grâce à ça que tu auras un recueil de données pertinent.* » De même pour Sabri « *Les connaissances sont importantes je pense pour commencer à travailler son raisonnement.* » (IDE 2, L.54-55)

Les connaissances en sciences du soin sont donc obligatoires comme le souligne aussi Camille « *T'es obligée d'avoir des connaissances, enfin c'est très important sinon tu ne peux pas prendre en charge correctement ton patient.* ». (IDE 6, L.14-16) Ces connaissances sont donc inhérentes aux soins, M.Phanoeu (2008) disait que l'exercice IDE impose : « *L'acquisition de connaissances fondamentales* », ces propos se superposent avec ceux de Camille « *T'es obligé d'avoir des bases... de bonnes bases.* ». (Ibid, L.16)

L'hypothético déduction :

Les données recueillies vont donner lieu à un raisonnement riche d'hypothèses et d'analyse. T.Psiuk citait deux types de raisonnement. Le premier étant intuitif puis le second laissait plus de place à l'analyse analytique des données.

Pour rappel, le processus intuitifs se nourrit « *des connaissances acquises par expérience* » (T.Psiuk, 2012) Ceci dit, « *la reconnaissance par similarité peut-être source d'erreur* » (T.Psiuk, 2010)

Marc explique correctement ce qui se joue dans ce processus intuitif. Tout d'abord « *Les expériences vécues permettent d'avoir une analyse différente* » (IDE 1, L.63-64) Ces expériences anciennes vont permettre de nourrir le processus intuitif mais là aussi Marc reste vigilant « *L'intuitif oui, il existe mais j'essaie de le réduire car je pense qu'il est source d'erreurs* » ainsi, « *Mon intuitif se couvre que de point d'interrogation que j'essaie d'éliminer au fur et à mesure* » (IDE 1, L.47-49). C'est à ce moment-là qu'intervient le processus analytique où l'IDE émet une hypothèse qu'il va tenter d'affirmer via une méthode clinique. Encore une fois, Marc l'explique très bien, le but pour lui est de « *Passer dans un mode analytique de mes hypothèses* » (Ibid, L.50). Pour cela, il va « *Après analyse des hypothèses j'en exclue j'en valide et j'arrive à confirmer certains jugements cliniques* » (Ibid, L.51-52) on retrouve ici le circuit décrit par T.Psiuk, « *Le jugement clinique se construit en partant des données recueillies lors de l'observation structurée du patient. À partir de ces données, les opérations mentales hypothético-déductives sont activées.* » (2012)

Sabri partage lui aussi cette démarche « *Au début j'ai des idées ou des hypothèses et mes intuitions vont évoluer ensuite au fur et à mesure de mes contacts avec le patient* » (L. 67-68) il rajoutera par la suite une comparaison intéressante « *C'est un peu comme une enquête* » (L.71) De même pour Amélie, l'IAO « *Dans la police je serai un peu profileur* ». Ces paroles nous invitent à penser l'infirmier comme un véritable scientifique appliquant une démarche expérimentale dans son exercice.

Je n'ai cependant pas retrouvé cette démarche dans les verbatim des infirmières de médecine, l'organisation des soins généraux y est peut-être pour quelque chose, Sabri disait à ce sujet « *ils sont aussi beaucoup plus protocolaires à ma connaissance* » (IDE 2, L.25) Concernant les protocoles, M.Montagnon disait, « *le protocole pluri professionnel favorise certes le travail en équipe, mais ils laissent peu de place à l'initiative et la mise en œuvre d'une véritable démarche clinique infirmière.* » (M.Montagnon, 2014)

6.1.2 La relation de soin et raisonnement

Afin de confirmer le troisième attribut du raisonnement clinique j'ai interrogé les IDE sur l'importance d'une relation de soin dans leur raisonnement clinique. Les discours étaient unanimes sur le fait que celui-ci est indispensable. Les raisons évoquées ont été riches de sens.

Le but :

Dans le raisonnement clinique, le but de la relation d'aide est de favoriser « *l'échange et l'écoute de tous les problèmes et défis provoqués par la maladie et les soins* » (Schneider-Harris, 2007) comme nous l'avons vu dans la phase conceptuelle. Les IDE interrogés ont, eux aussi, été de cet avis, « *La relation de confiance est nécessaire pour accéder à quelque chose d'authentique* » (IDE 1, L.84-85) L'objectif est de délier le discours du patient grâce à la confiance investie dans la relation car « *Si t'as pas cette confiance-là y'a des choses qu'ils ne diront pas forcément* » (IDE 6, L. 19). La valeur du discours du patient est donc dépendante de la confiance qu'il attribue, nous avons vu dans le cadre conceptuel que la définition de la relation de confiance induit l'incapacité « *d'imaginer de sa part (le soignant), trahison, tromperie ou incompétence.* » (CNRTL, 2017).

Marc exprime assez bien l'importance de la confiance, « *Certains peuvent être bloqué dans leurs discours à cause de leurs craintes* » (IDE 1, L84-85) Cependant, « *Quand ils ont confiance dans l'oreille qui leur est tendue, ils lâchent plus de vérité* » (Ibid, L.82-83). Finalement, le bénéfice sera de mieux connaître le patient comme l'affirme Lara, « *Connaître ton patient c'est hyper important* » (IDE 4, L90) Et le bénéfice sera de « *savoir ce qu'ils vont faire et leurs réactions* » (Ibid, L.89-90) Cette phrase fait écho avec l'un des items du modèle clinique tri-focal de T.Psiuk intitulé « *les réactions humaines physiques et psychologiques aux problèmes de santé* »

La manière :

Outre le but, c'est aussi la façon de créer cette relation qui est intéressante d'étudier, chose que je n'avais pas pensé à investiguer dans ma phase théorique.

Cette relation ne se fait pas nécessairement sur des temps intentionnels mais aussi « *sur des temps informels* » (IDE 2, L.43) auxquelles Sabri tient particulièrement, « *Ces temps non-institutionnels sont et doivent rester l'essence de notre pratique* » (Ibid L.102-103) car « *C'est pendant ces temps-là que tu apprends sur ton patient* » (Ibid, L.103-104).

Dans l'élaboration de cette relation, Léhéna utilise « *la communication avec le patient, lui poser des questions pour savoir comment il ressent les choses* » (IDE 3, L.11-12) Demander le ressenti est pertinent pour connaître, encore une fois, les réactions psychologique et physique du patient. Sabri va lui aussi « *Discuter, faire connaissance typiquement avec le patient (...) lui demander* » (IDE 2, L.40-41)

Outre la communication, il est aussi question de posture comme l'explique Léhéna, « *il faut être dans l'empathie, être abordable et savoir utiliser les mots justes* » (IDE 3, L.19). De plus, le fait de « *se mettre à la portée du patient* » (Ibid, L.21) va être bénéfique pour la relation mais aussi pour le patient « *Ça l'aide à être dans l'acceptation* » (Ibid, L.18)

Amélie, aux urgences, utilise une autre méthode, l'hypnose. Celle-ci « *permet de t'approcher du patient* » (IDE 5, L.162-163) Par la suite, cette méthode « *apaise la personne et t'as l'impression d'avoir fait quelque chose d'extraordinaire* » (Ibid, L.164-165) Soigner la personne avant le corps, voilà une raison noble de créer du relationnel dans la relation.

La difficulté de la relation :

Bien que celle-ci soit nécessaire, elle n'est pas chose aisé à instaurer dans un milieu où un grand nombre de facteurs existent.

Parmi eux, Sabri cite le facteur humain, « *on reste des humains donc dès fois on n'est pas forcément enclin à aller parler à lui seul ou aller faire cinq entretiens* » (IDE 2, L.101-102)

Idem pour Lara « *Y'a des gens qui vont tout de suite être très ouverts pour parler (...) et pour certain c'est plus compliqué* » (L.88-89) L'infirmier doit donc savoir composer avec les rapports humains parfois énigmatiques et aléatoires.

Amélie pointe du doigt le temps qui es un frein dans la création du rapport relationnel. Elle affirme d'abord la nécessité du relationnel, « *Faut entretenir au maximum une relation soignante* » (IDE 5, L.16) Cependant, « *Des fois on n'a pas le temps.* » (Ibid, L.111)

Le constat d'aujourd'hui :

Marc et Amélie s'accordent sur un point concernant le relationnel, c'est qu'il se perd au fil des générations d'infirmiers. « *Je trouve que l'humain et le relationnel aux urgences se perdent de plus en plus* » (IDE 5, L.153) « *Les nouvelles infirmières sont moins dans le relationnel et ça pour moi c'est une catastrophe* » (Ibid, L.154-155).

Si ces nouveaux soignants sont moins investis dans le relationnel, qui n'est pas prescrit, ils le sont peut-être dans ce qui est obligatoire, formel et institutionnel. Marc remettait justement en question ces temps institutionnels, « *c'est vrai qu'ils permettent le soin mais je pense qu'ils empêchent la réflexion du soignant et son improvisation dans les temps plus informels.* » (IDE 1, L.244-245) Il est donc important de rappeler ce que disait Sabri, « *Ma journée elle est liée par une relation que je crée avec un patient* » (IDE 2, L. 99) Celle-ci se créer via les « *Temps non-institutionnels qui sont et doivent rester l'essence de notre pratique* » (Ibid, L.102-103) Car « *C'est pendant ces temps-là que tu apprends sur ton patient* » (Ibid, L.103-104)

6.1.3 Les diagnostics infirmiers

L'ensemble des points évoqués nous permettent d'arriver à une conclusion sur le patient qui se nomme jugement clinique, « *Le jugement clinique se construit en partant des données recueillies lors de l'observation structurée du patient. À partir de ces données, les opérations mentales hypothético-déductives sont activées.* » (T.Psiuk. 2012)

J'ai été surpris de voir que les jugements infirmiers ne sont pas connus de tous mais chacun les utilise sans le savoir.

L'utilité du diagnostic infirmier :

Encore une fois c'est avec Marc que je commence l'analyse de cette section. Il faut avouer que le verbatim de Marc est riche de sens et de donnée. Il est aussi l'un des seul à connaître très bien les jugements infirmiers et leurs importances, « *Je les utilise au quotidien absolument, je suis même un fervent défenseur des jugements cliniques qui doivent rester l'essence même de l'analyse* » (IDE 1, L.92-93). Concernant l'utilité, Marc indique que les diagnostics peuvent servir à « *Proposer des actions du jour, j'ai besoin d'avoir mes jugements cliniques bouclés* »

(Ibid, L.96-97). Les jugements infirmiers permettent donc d'amorcer la démarche de soin car ils contribuent à « *Spécifier les problèmes et ainsi à limiter l'espace de recherche des solutions* » (A.Marchal, 2010)

Camille utilise également les diagnostics infirmiers dans son exercice en libérale, « *Ils sont pertinents dans le sens où nous les libéraux on doit faire des démarches* » (IDE 6, L.25), En effet, la démarche clinique prend une place importante dans l'exercice en libérale puisque c'est via celle-ci que la prescription et facturation de soin se font.

Dans le cas de Camille, les diagnostics infirmiers permettent aussi « *D'agir quand un besoin est perturbé donc nous on doit avant tout l'identifier grâce aux diagnostics* » (Ibid, L.27-28) L'identification d'un problème constitue la véritable finalité du raisonnement clinique.

Cette identification possède une mouvance dans le temps, « *Je peux en ajouter ou enlever ça c'est une gymnastique de tous les jours* » (IDE 1, L.97-98) Ainsi, « *Le diagnostic infirmier permet d'être beaucoup plus adapté à la clinique du jour du patient* » (Ibid, L.110-111) Ce diagnostic garanti la personnalisation du soin.

Ces diagnostics sont aussi une plus-value dans l'exercice infirmier « *Ces diagnostics ils valorisent notre travail* » (Ibid, L.26) Car « *une fois que je les ai déterminés sur la journée je peux en découler mon projet de soin* » (IDE 1, L.98-99) De plus, « *Notre jugement va faire que le médecin de son coter va réajuster le traitement* » (IDE 1, L.52-53)

Diagnostics infirmiers et médicaux :

J'ai profité du sujet des diagnostics infirmiers pour demander aux IDE l'intérêt d'utiliser les diagnostics infirmiers alors qu'ils connaissent également les diagnostics médicaux.

Camille et Marc sont d'accord à ce sujet, « *Les diagnostics médicaux vont être trop centrés sur le problème médical* » (IDE 6, L.30-31) Ils sont aussi « *Trop enfermement* » (Ibid, L.105)

La différence se trouve aussi dans l'approche qu'adopte l'infirmier, « *Nous on a une autre vision de la personne* » (IDE 5, L.21) « *Une vision globale du patient* » (Ibid, L.28) Cette vision globale rappelle celle décrite par Perrin en 2017, une vision qui se centre sur « *la personne et son environnement, et vise le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et les blessures, l'enseignement de mode de vie sain et le contrôle des conditions sanitaire.* »

De plus, le modèle clinique tri-focal décrit précédemment s'inscrit lui aussi dans un modèle de santé global. Cette approche du patient propre aux infirmiers permet de « *Trouver des diagnostics que les médecins généralistes n'ont pas exprimés* » (IDE 5, L.20-21)

Les paroles d'Amélie sont intéressantes mais paradoxales, en effet, elle vise juste sur les diagnostics IDE mais elle n'est pas au courant de leur existence, « *Mais normalement il n'existe pas vraiment de diagnostic infirmier* » (L.24) Dans le cas d'Amélie, cela peut se comprendre par l'année d'obtention de diplôme qui est antérieur à 1992, date à laquelle les diagnostics IDE ont été enseignés en France.

Cependant, elle n'est pas la seule à ignorer ces diagnostics, Sabri pense les utiliser indirectement « *Je pense que oui mais je le fais de manière implicite* » (IDE 2, L. 200)

Quant à Lara, elle exprime clairement, « *Ici on ne les utilise pas* » (IDE 4 L. 85) « *C'est surtout les médicaux.* » (Ibid, L. 84) Ce refus d'utiliser les diagnostics infirmiers signifie peut-être qu'ils ne sont pas encore optimaux.

La limite des diagnostics IDE :

Léhéna cite quelques inconvénients des diagnostics infirmiers. Premièrement « *Ils ne sont pas adaptés à la prise en charge* » (IDE 3, L. 44) Mais elle avoue également que les professionnels ne sont « *Pas assez complet, nous, dans notre façon de faire par rapport aux diagnostics infirmiers* » (Ibid, L.41-42) car « *On va se cantonner à l'aspect clinique tout ça et pour le social ce sera peut-être plus tard* » (L. 45) Il y'a donc un déséquilibre entre la pratique infirmière et les diagnostics infirmiers, chose que l'on ne retrouve pas dans le discours de Marc qui, je le rappelle, est un « *fervent défenseur des jugements cliniques qui doivent rester l'essence même de l'analyse* »

Léhéna a tort concernant l'adaptation à la prise en charge car celle-ci est sensé s'orienter autour des problèmes de la personne qui s'exprime justement sous jugement clinique.

Cependant, elle exprime un constat intéressant concernant la concordance infirmier et jugement, « *On n'est pas assez complet, nous, dans notre façon de faire par rapport aux diagnostics infirmiers* » (L. 41-42) En effet, les services de médecine sont de plus en plus riches en protocole or nous savons que « *Le protocole pluri professionnel favorise certes le travail en équipe, mais ils laissent peu de place à l'initiative et la mise en œuvre d'une véritable démarche clinique infirmière.* » (M.Montagnon, 2014) De plus, la prescription ayant pris une telle place dans les services de médecine que l'infirmier a de moins en moins de place pour son jugement propre car le plan de soin se retrouve déjà régis par la prescription. Marc le dit lui-

même, « *le rôle prescrit vient croquer un peu tout ce qu'on peut avoir comme indépendance en soins généraux* » (IDE 1, L. 16-17)

Ces notions d'autonomie et de prescription ont été étudiés dans la phase conceptuel mais il été nécessaire de questionner les infirmiers sur ces sujets pour saisir les enjeux de la mise en place de la contention.

6.1.4 Le raisonnement collectif :

Initialement, je n'avais pas prévu d'interroger les IDE sur cette notion mais les discours ont révélé l'importance du collectif dans le RC. Bien que les explications trouvées en phases conceptuels suggérait une mise en place personnel, le RC se nourri aussi de la réflexion commune, « *Le raisonnement clinique pour moi rentre parfaitement dans le travail de groupe* » (IDE 2, L. 33-34) Marc Nagel place même le collectif dans le triptyque de l'exercice IDE, « *Le jugement clinique porte sur les trois dimensions principales de l'exercice infirmier, à savoir le rôle médical sur prescription, la collaboration avec les équipes et les partenaires et le rôle propre infirmier* »

Dans le raisonnement clinique, l'équipe va favoriser le recueil de donnée notamment grâce aux « *transmissions des collègues* » (IDE 2, L. 37-38) qui sont déjà « *la première prise de contact* » avec le patient.

Ces transmissions sont riches de données selon le professionnel en question. Léhéna, ancienne aide-soignante, le sait très bien, « *Je pense que la conversation avec l'aide-soignante est importante* » (IDE 3, L. 13) En effet, l'aide-soignante « *passé plus de temps avec le patient que nous les infirmiers ou les médecins* » (Ibid, L.51-52) l'observation que j'ai traité précédemment vas donc s'enrichir par les points de vue des différents soignants.

Ces données vont ensuite donner lieu à une réflexion qui, là encore, pourra bénéficier du groupe, « *Les échanges avec les collègues participent à ce raisonnement* » (IDE 2, L.44-45) Nous avons vu que le raisonnement hypothético déductif supposait l'évaluation d'hypothèses. Dès lors il est intéressant dans un groupe de confronter les hypothèses de chacun comme le souligne Sabri, « *mes collègues auront peut-être des hypothèses différentes donc l'intérêt c'est la diversité de chacun qui permet la confrontation des idées de chacun.* » (Ibid, L.47-48)

6.1.5 Raisonnement clinique et expérience :

Ce point clôturera l'analyse des discours au sujet du raisonnement clinique. Amélie et Marc, forts de leurs expériences ont pu me parler des bénéfices de celle-ci.

Mon choix d'IDE avait pour but de faire ressortir les différences entre des soignants jeunes diplômés et anciens. Du coter de la psychiatrie, la différence s'est fait sentir sur la richesse et la qualité du discours. Cependant, du coter de la médecine, la différence ne peut être étudiée car les profils ne sont pas conformes à ce que j'avais demandé.

Outre la différence entre les soignants, ces derniers sont tous d'accord sur le fait que l'expérience est un facteur indéniable dans l'amélioration du RC.

Premièrement, l'expérience "*Permet d'avoir une analyse différente* », (IDE 1, L.63-64) notamment grâce à "*Une vision sur une centaine de cas* » (Ibid, L.69)

Cette expérience permettra ensuite d'atteindre une expertise dans l'exercice IDE, Amélie l'exprime bien dans son discours, « *On est tellement compétentes et expertes et tous que ça facilite.* » (IDE 5, L.23-24), « *L'expérience fait qu'on on a aussi plus de compétences, plus de savoirs, plus habitudes, plus de cliniques dans la tête* » (Ibid, L.150-151). Pour rappel, P.Benner disait, au sujet de l'IDE expert qu'il « *comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solution et de diagnostic stérile* ». On retrouve la même idée dans le discours d'Amélie, « *Alors moi je le fais un peu avec mon instinct, mon expertise, ma compétence entre guillemets et mon ancienneté* » (IDE 5, L.26-27) Elle s'appuie beaucoup sur son intuition qui lui permet d'être efficiente, « *A 80% l'intuition oriente vers le bon diagnostic* » (Ibid, L.33) « *À la vision du patient je peux savoir à peu près pourquoi il vient mais ça c'est l'expérience* » (Ibid, L.37-38)

Enfin, l'expertise permet également de sortir du cadre imposé par la prescription pour adopter une autonomie qui lui sera propre, Le Boterf (2007) disait qu'un infirmier ne peut être considéré comme compétent s'il exécute purement les prescriptions et suit « *aveuglément le plan de soin* » Sans prendre en compte les imprévues et les individualités des situations. Au sujet du cadre d'exercice, Amélie dit, « *Je peux me permettre de sortir de mon cadre grâce à l'expérience* » (IDE 5, L.63), « *Je m'en détache grâce à l'expérience* » (Ibid, L.44). Bien évidemment, il n'est pas conseillé ni même autorisé de sortir de son cadre d'exercice, néanmoins, l'exercice infirmier actuel ne peut prétendre à une efficacité convenable en restant dans ce qui lui est demandé. L'exemple le plus parlant de ce constat et la récurrence des glissements de tâche, « *Aux urgences on n'a pas mal de glissement des tâches, ça je reconnais* » (Ibid, L.143)

Bien que l'expérience soit un atout, elle n'est pas non plus gage de sûreté, « *Il faut être conscient que c'est pas parce qu'on a de l'expérience que tout ce qu'on va faire c'est top* » (IDE 4, L.78-79) L'expérience doit s'accompagner par un questionnement quotidien, « *Il faut toujours se poser des questions* » (Ibid, L.81). Ce questionnement peut s'appuyer sur le collectif, « *Je me sers beaucoup de l'œil nouveau mes collègues* » (IDE 1, L.71)

On retiendra chez Marc que même l'expert doit savoir questionner son intuition, « *Effectivement mon intuitif se couvre que de point d'interrogation que j'essaie d'éliminer au fur et à mesure* (Ibid, L. 48-49)

6.2 LA PRESCRIPTION

Le raisonnement clinique constitue une étape permettant de planifier un soin. Ce soin peut être propre à l'exercice infirmier ou prescrit par un médecin. Dans le cas du soin prescrit, j'ai pu investiguer son caractère dans la phase conceptuelle. Il était important pour moi de savoir ce que les professionnels de terrain pouvaient exprimer à ce sujet. D'une part pour confronter mes recherches mais aussi pour répondre à ma question de départ.

6.2.1 L'apport infirmier dans la prescription médicale

Bien que ce document semble appartenir aux médecins, mes recherches conceptuelles montraient en réalité un travail d'équipe dans sa rédaction.

Tout d'abord, rappelons que le code de la santé publique rappelle cette collaboration dans la prescription avec l'article R. 4312-43 : « *L'infirmier communique au médecin toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic* »

Les infirmiers interrogés ont, eux aussi, souligné leurs participations dans la rédaction de la prescription grâce à un point essentiel, leur place dans la prise en charge du patient. Sabri l'exprime ainsi, « *Les infirmiers et aides-soignants on est au cœur de la prise en charge avec le patient* » (IDE 2, L.108-109). Cette place privilégiée se justifie en plusieurs points.

Le temps auprès du patient

Ce facteur est décisif dans la prise en charge. L'origine même du mot clinique suppose déjà la proximité au chevet du malade et Camille l'exprime aussi dans ses prises en charge, « *On est plus présent auprès du patient* » (IDE 6, L.52) Le médecin n'accorde pas autant de temps lors de sa visite et bien souvent, celle-ci « *Ne permet pas une évaluation complète* » (IDE 1, L.117)

Nous avons vu précédemment que la relation de confiance est nécessaire pour « *Accéder à quelque chose d'authentique* » (IDE 1, L.81-82). Mais cette relation nécessite d'investir du temps auprès du malade.

La pertinence des informations

Ce temps passé auprès du malade va permettre d'établir un recueil de donnée exhaustif et pertinent. En effet, les IDE sont « *Encore plus proche des patients* » (IDE 6, L.21) et ils « *Récolte plus de donnée* » (Ibid, L.53) Cette complétude d'information existe aussi grâce à leurs façons de fonctionner, en effet, l'infirmier va « *Aller plus loin sur les problèmes de la personne.* » (Ibid, L.32).

Une fois ces informations saisies l'infirmier va pouvoir « *Les transmettre aux médecins pour qu'ils puissent prendre ensuite une décision thérapeutique* » (Sabri, L.111-112)

Ces observations infirmières sont nécessaires aux médecins, d'après Marc, « *Ils sont censés se baser sur notre observation infirmière* » (IDE 1, L.117-118)

L'approche des infirmiers.

Nous l'avons vu précédemment, le diagnostic médical est « *trop centrés sur le problème médical* » (IDE 6, L.30-31) et « *Ne permet pas une évaluation complète* » (IDE 1, L.117) les lacunes de ces diagnostics sont un frein à une stratégie thérapeutique optimale car « *Si les jugements cliniques sont faussés, on travaille sur des données faussées et on part dans la mauvaise direction* » (IDE 1, L.95-96) L'approche IDE permet d'aller « *Plus loin sur les problèmes de la personne* » (IDE 6, L.31-32) car l'infirmier possède « *Une vision globale du patient* » (IDE 5, L. 27) C'est ainsi que « *Le diagnostic infirmier et l'observation infirmière va aller nourrir le médecin sur ce qui ne vois pas sur l'entretien. Ça l'aide à avoir une vue globale et surtout actualisée du patient* » (IDE 1, L.122-123) Camille évoque une similarité, « *Notre jugement va faire que le médecin de son coter va réajuster le traitement* » (IDE 6, L.50-51). Les discours des soignants sont donc en accord avec l'article R. 4312-43.

L'objectif des questions était de savoir si l'IDE avait un rôle à jouer dans l'élaboration d'une prescription, Sabri et Léhéna ont répondu dans ce sens, « *On a un rôle à jouer dans cette décision médicale* » (IDE 2, L.112-113) car, « *La prescription peut être influencée* » (Ibid, L.107). Pour Léhéna, cela passe par ses transmissions, « *C'est important de mettre en place de bonnes transmissions* » (IDE 3, L.58-59) « *Les informations que je récolte conditionnent les futures prescriptions* » (Ibid, L60-61).

D'ailleurs, Amélie l'exprime au travers d'un exemple, « *Quand le médecin voit marqué colique néphrétique tout de suite il prescrit des antalgiques.* » (IDE 5, L.19-20) C'est bien elle qui préalablement a jugé la symptomatologie puis renseignée celle-ci via des transmissions qui guideront la prescription d'antalgique.

Les discours des soignants sont donc en accord avec F.Gonnet « *Ceux qui possède une bonne connaissance des malades, de leur état, de leur évolution et réaction aux traitements détiennent une source de pouvoir importante auprès de ceux qui prennent les décisions thérapeutiques* ».

Cette implication dans la prescription m'invite maintenant à questionner l'autonomie des infirmiers.

6.2.2 L'autonomie

Il était important pour moi d'interroger les infirmiers sur leur autonomie pour étudier d'une part son état actuel mais aussi pour comparer celle-ci selon les différents exercice IDE.

L'autonomie selon les services

J'ai pu remarquer dans les différents verbatim que les infirmiers de psychiatries ont plus cités l'autonomie marquée dans leur exercice, contrairement à ceux exerçant en médecine. Pour rappel, O. Dujardin faisait elle aussi ce constat, « *D'une manière générale, les infirmiers disposent d'une autonomie manifestement plus importante qu'en soins généraux.* » la raison étant la suivante, « *A l'hôpital, tout est organisé. Il y a des choses systématiques à faire, peu d'imprévus et les prescriptions médicales orientent le travail infirmier quotidien* » (2014) On retrouve le même constat chez Marc et Sabri, « *Le rôle prescrit vient croquer un peu tout ce qu'on peut avoir comme indépendance en soins généraux* » (IDE 1, L.16-17) « *Ils sont aussi beaucoup plus protocolaires à ma connaissance.* » (IDE 2, L.25)

La discipline psychiatrique est donc plus encline à promouvoir l'autonomie, « *En psychiatrie, outre les prescriptions, c'est l'observation clinique qui donne aux infirmiers les orientations de leur intervention* ». (O.Dujardin) La valeur de l'observation prend de l'importance dans un service de psychiatrie « *Le psychisme, les émotions, le ressenti et le feeling jouent beaucoup* » (IDE 2, L. 92)

À la question, « *Te sens-tu plus autonome qu'à l'hôpital ?* » Camille, en libérale, répond « *Oui largement et sur tous les points* » (IDE6, L.70) notamment « *Parce qu'on peut prescrire tout type de pansement ou dispositifs médicaux* » (Ibid, L.61) La prescription est donc un vecteur d'autonomie comme nous l'avons vu précédemment avec certains hôpitaux de France.

De plus, elle mentionne aussi la différence dans sa relation avec les médecins, « *En libérale on est moins sous leurs directions et ils nous écoutent beaucoup plus* » (IDE 6, L.56-57)

En phase conceptuelle, nous avons vu que « *L'autonomie comprend, quant à elle, une présence intrinsèque de l'un et de l'autre qui implique nécessairement leur interaction* » (C. Piguet) l'indépendance de l'IDE au médecin est donc, là aussi, un facteur d'autonomie.

Du coter des urgences, le poste d'IAO d'Amélie lui confère aussi un gain d'autonomie « *Moi je me sens autonome dans mon travail d'infirmière d'accueil* » (IDE 5, L.59)

Expérience et autonomie

L'expérience est un autre facteur de l'autonomie. F. Acker disait à ce sujet, « *les relations ne s'établiront pas de la même manière entre un interne débutant et une infirmière en fin de carrière.* » (2014) Amélie, bientôt à la retraite, a longtemps discuté sur ce que permet son expérience. Par exemple, l'utilisation de l'échelle de tri n'est plus une nécessité pour elle, « *Je m'en détache grâce à l'expérience* » (IDE 5, L.44) À défaut d'utiliser un outil, elle utilise son instinct « *Je vais prioriser mon intuition* » (Ibid, L.46) Cette aisance dans son exercice lui « *permet de sortir de mon cadre grâce à l'expérience* » (Ibid, L.63)

Rappelons aussi que la loi n°78-615 du 31 mai 1978 désigne l'autonomie comme « *la faculté de l'infirmière à prendre des initiatives et des décisions dans le cadre de la compétence spécifique reconnue par le diplôme* » Or l'exercice d'IAO impose un dépassement de ses compétences « *Aux urgences on n'a pas mal de glissement des tâches, ça je reconnais* » (Ibid 5, L.144) C'est peut-être dans ces actes supplémentaires que l'autonomie se fait le plus sentir ce qui pose également la question de la pratique avancée. À ce sujet, Amélie répond « *Je suis à la limite de la pratique avancée aux urgences* » (Ibid L.140)

6.2.3 La collaboration

La collaboration fait partie intégrante de l'exercice IDE, ce constat implique donc de l'étudier afin d'expliquer au mieux ce qui se joue dans la proposition de la contention.

Une collaboration service-dépendant

Pour rappel, E.Delpierre disait, « *La collaboration médecin-infirmière à évolué en partant d'un modèle hiérarchique (...) Elle s'est ensuite rapprochée d'un modèle complémentaire où, au contraire, médecin et infirmière participent désormais ensemble à la prise de décision* » (I.Delpierre, 2017) Sabri porte un discours semblable « *Ça doit rester dans le domaine d'une collaboration et non d'une subordination pour pouvoir travailler ensemble* » (IDE 2, L.121-122)

L'analyse des discours permet de déceler des différences concernant la collaboration infirmier-médecin selon le service. D'après E.Delpierre, « *La qualité de la collaboration entre les médecins et les infirmières n'est pas perçue de la même manière selon le secteur d'activité.* » (2017). Idem pour F.Acker, « *Les relations qu'établissent les infirmières et les médecins dans les services varient aussi en fonction de la spécialité médicale.* » (2017) De même que pour l'autonomie, ce sont les questions à prédominance psychiatrique qui semblent laisser une plus grande place à la collaboration. Sabri l'exprime ainsi, « *La discipline psychiatrique favorise la collaboration parce qu'on est moins sûr de quelque chose de palpable* » (IDE 2, L.124-125) Ces paroles rejoignent celles de F.Acker, « *Lorsque les postures d'humilité l'emportent sur les certitudes des savoirs et des rôles professionnels se développe une cohésion permettant de faire face à l'incertitude.* » (2017)

En service de soin somatique, Lara témoigne aussi : « *Le médecin écoute quand même ce que tu as à dire surtout niveau contention* » (IDE 4, L.107-108) « *Pour ce qui est du somatique c'est moins le cas* » (Ibid, L.114-115) Idem pour les urgences, « *Je ne renvoie pas un problème médical sans en référer au médecin d'accueil* » (IDE 5, L.65-66) On remarque avec ces témoignages que le somatique, basé sur la certitude, est encore contrôlé par les médecins.

Une égalité dans la collaboration

Pour certains IDE, médecin et infirmiers se place sur un même pied d'égalité. En soin généraux par exemple, « *Je pense qu'on a autant de poids que les médecins* » (IDE 3, L.55) Et concernant le raisonnement clinique, « *Il a autant de poids que celui du médecin* » (Ibid, L.51)

En effet, même si chaque professionnel possède un savoir propre, « *On a tous nos apports théoriques et nos domaines de compétence propre à chacun.* » (IDE 2, L.129-130) Cela n'empêche en rien le fait que « *Chacun a un point de vue différent mais valable* » (Ibid, L.178-179) D'ailleurs, Amélie aux urgences donne l'exemple de l'hypnose, « *Au début c'était compliqué de faire accepter ça aux médecins mais maintenant ils nous demandent de réaliser l'hypnose* » (IDE 5, L.170-171) Bien que les champs d'actions soient différents ils sont et resteront équivalents et complémentaires car c'est bien là l'intérêt d'une collaboration, compléter autrui.

Concernant le diagnostic, Amélie affirme, « *Au niveau diagnostic je trouve que je suis sur un pied d'égalité* » (IDE 5, L.54-55) nous avons vu précédemment que les diagnostics pouvaient être complémentaires de leurs homonymes médicaux qualifiés de « *trop enfermant* » (IDE 1).

Urgence et collaboration

La collaboration s'inscrit dans un moment précis et évolue au fil des situations rencontrées. L'urgence peut mettre à l'épreuve la collaboration professionnelle. Anne Perrault Soliveres affirme que « *Les situations extrêmes (...) développent une familiarité et une confiance réciproque qui s'appuie sur la compétence technique et médicale des infirmières.* » (2017) on retrouve cette idée dans les discours des IDE interrogés. Aux urgences tout d'abord avec Amélie, « *L'urgence impose d'agir avant la prescription* » (IDE 5, L.89-90) cela est permis grâce à la confiance cultivée dans l'équipe « *Ils me font confiance la plupart du temps* » (Ibid, L.53)

Sabri associe également confiance et urgence, « *Il voudra quand même le voir sauf en cas d'urgence où là y'a la confiance qui rentre en jeu* » (IDE 2, L.126-128) Cependant, il ne s'agit pas de confiance aveugle ici, celle-ci se lègue après réflexion et n'exclut ni la responsabilité médicale ni son contrôle. En effet, l'IDE peut agir « *sans décision du médecin au début mais avec une confirmation ensuite* » (IDE 1, L.146-147) Le médecin pourra « *Se baser sur nous mais il se basera aussi sur son évaluation clinique* » (Ibid, L.237)

Nous voyons ici que prescription, autonomie et collaboration sont des notions intrinsèquement liées entre elles mais aussi au raisonnement clinique. Celui-ci ne peut s'élaborer si l'infirmier se retrouve contraint dans son exercice.

Ma question de départ est la suivante : « *Quelle est la place du raisonnement clinique dans la prescription de la contention ?* » Il s'avère que par moment, la prescription médicale puisse être mise de côté comme l'affirme Marc, « *La chambre d'isolement et les contentions on peut les mettre sans prescription mais on a une heure pour faire valider cette décision infirmière par un médecin* » (IDE 1, L.233-234) Pour répondre à ma question de départ, j'ai fait le choix d'investiguer la contention dans mes entretiens afin d'analyser la manière dont ce soin est proposé et ressenti par les IDE sur le terrain.

6.3 LA CONTENTION

La contention est un soin porteur de nombreux débats éthique. Pour rappel, l'Article L. 3222-5-1 du CSP indique que, « *L'isolement et la contention sont des pratiques de derniers recours.* » Sur ce point, l'ensemble des IDE interrogé sont en accord entre eux et avec l'article, « *Je pense que quand on en arrive à mettre des contentions c'est par nécessité vraiment* ». (IDE 3, L.103-104) « *Les contentions physico-chimique, quand on en arrive là, c'est vraiment quand y'a pas d'autre solution* » (IDE 4, L.54-55) « *Des fois on n'a pas le choix* » (IDE 5 L.83-84)

Si ce soin doit être un recours ultime, il convient de l'utiliser avec réflexion. Cette notion a été citée à plusieurs reprises.

6.3.1 L'importance du sens

Ce soin qui paraît insensé sur la forme doit le rester sur le fond, c'est l'idée défendue par Marc, « *C'est vraiment ça le but, proposer un soin certes difficile mais s'il est expliqué, abouti et rediscuté après coup alors on obtient un bénéfice secondaire* » (IDE 1, L.140-142) Cette réflexion sur le sens du soin permet de l'aborder plus sereinement pour Marc, « *Une fois que j'ai des feux verts sur le sens et la nécessité dernière de poser les contentions, j'ai plus aucun souci je les pose car elles ont du sens* » (Ibid, L.138-140)

Cette recherche de sens nécessite, en parallèle, un questionnement quotidien, « *Il faut tout le temps se remettre en question « est ce que là c'est toujours adapté ? »* » (IDE 4, L.81)

L'utilisation de la raison

Ce questionnement s'inscrit naturellement dans le raisonnement clinique que le soignant doit opérer. Nous avons vu que ce raisonnement implique une observation fine associée à des connaissances, celles-ci seront nécessaires dans la prise de décision, « *Il faut que ça se base sur une clinique solide pour pouvoir argumenter auprès du patient.* » (IDE 1, L.174-175)

Ce raisonnement sera aussi utile pour choisir les entraves adaptées à la situation « *Il faut aussi savoir la doser, on n'attache pas forcément les mains, tête et pieds, on peut attacher qu'une partie seulement selon la clinique du patient* » (IDE 2, L.166-167)

Lara utilise son raisonnement afin d'opter pour une réflexion utilitariste de la contention, elle essaie « *De peser le pour et le contre* » (IDE 4, L.18) Afin de « *Savoir quelle décision est la meilleure pour le patient dans le sens de la sécurité* » (Ibid, L.13)

Cet exercice d'analyse est indispensable à réaliser dans ce genre de soin pour ne pas sombrer vers quelque chose qui serait contraire à la bienveillance, « *Je pense que ça peut être une maltraitance si ce n'est pas bien analyser.* » (IDE 3, L.92-93) C'est aussi dans cette optique que Léhéna choisit de retirer les entraves « *En présence de la famille* » (Ibid, L.86-87)

6.3.2 Les arguments cliniques

Ce soin possède comme tous les autres des indications reposant sur des arguments cliniques. Au sein de la communauté soignante, ces arguments ne sont pas toujours partagés.

Pour rappel, la législation donne un cadre à l'utilisation des entraves via l'article L3222-5-1 du CSP « *Afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.* » La question qui se pose est donc, qu'est-ce que l'on peut considérer comme dommage immédiat ?

La SFMU indique l'utilisation des entraves en cas de « *Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui* »

La violence du patient

On remarque que les IDE parlent avant tout d'agitation et non de violence pure. Friard, disait justement à ce sujet « *la sémiologie psychiatrique qui décrit essentiellement l'excitation et l'agitation en termes d'intensité, de nature et de signification.* »

Les IDE interrogé sont tous d'avis à utiliser les entraves dans le cas d'hétéro agressivité, « *Quand l'agitation commence à représenter un danger pour autrui donc personnel ou patient, on va utiliser la contention physique* » (IDE 2, L.148-149), « *Des fois on n'a pas le choix aux vues de l'agressivité et la dangerosité de certains patients* » (IDE 5, L.83-84) Cette agressivité doit se percevoir via « *les propos et les actes* » (Ibid, L. 174) N.Chazalet, décrivait la violence comme une « *Expression brutal d'un vécu douloureux, non transformé par le malade en mots, en capacité à entendre ou à différer.* » Sabri exprime la même notion concernant le comportement des patient états limites, « *Les états limites n'ont pas les mêmes moyens de communication que nous pour exprimer leurs émotions, ils vont par exemple s'énervé facilement, crier ou frapper mais ça reste un mode de communication.* » (IDE 2, L.83-84) « *en réalité c'est adapté à son état psychique du moment* » (Ibid, L.86)

L'hétéro agressivité est aussi présente aux urgences, « *Il y a des gens qui sont extrêmement agressif aux urgences* » (IDE 5, L.92-93) La réponse urgente pour ce genre de comportement est souvent la contention, par dépit, « *Des fois on n'a pas le choix aux vues de l'agressivité et la dangerosité de certains patients* » (Ibid, L.83-84) Cependant, bien que ce soin soit violent et réalisé dans l'urgence, Amélie insiste sur l'importance d'une, « *Infirmière qui peut l'apaiser* » (Ibid, L.85)

Dans la seconde situation décrite, Mr X était effectivement menaçant, l'équipe craignait pour leurs sécurités mais aussi la sienne, ce qui nous amène à la seconde indication.

L'auto-agressivité

La seconde indication de la SFMU comprend la *“Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques”*

Ce qui est visé ici ce sont les risques d'autolyse. Marc a déjà été confronté à ce genre d'agressivité qui est une urgence imposant d'agir avec tout l'arsenal disponible *« Si on arrive aux contentions c'est que l'on est sur un risque suicidaire majeur »* (IDE 1, L.183) Pour lui, la contention vient comme *« Une volonté de protéger le patient lui-même de faire quelque chose qu'il n'a pas envie de faire »* (Ibid, L.135-136) Dans ce cadre, la contention semble adaptée car il y'a un certains bénéfice à cette acte, *« Il découvre finalement lui-même les bénéfices et du coup il convient que c'était la solution adaptée »* (Ibid, L.143-144)

La rupture thérapeutique

Cette indication fait souvent débat, D.Friard énonçait qu'en psychiatrie, la rupture thérapeutique est récurrente aux vues de l'insight déficitaire des patients hospitalisé en psychiatrie, cependant la contention peut permettre de passer la crise dans laquelle le patient lutte *“Contre des actions qu'il ne ferait pas dans un état clinique stable”* (IDE 1, L.138)

Cette indication n'a pas été cité par les infirmiers de psychiatrie bien quel existe dans ce genre de service. Cependant, en soins somatique, la question se pose face à une personne âgée atteinte de démence et troubles cognitifs majorés par le changement d'environnement une fois hospitalisé. Le risque chez cette personne c'est qu'elle *“Peut se mettre en danger en enlevant sa perfusion et là on ne pourra pas administrer les médicaments”* (IDE 3, L.69-70) Ces patients *« N'arrive pas à rester au fauteuil quand on les met sous Optiflow »* (Ibid, L78) Ce genre de situation *« Est un danger parce que y'a une rupture thérapeutique et risque de décès”* (IDE 4, L.33)

Pour agir face à ces situation, Lara adopte une méthode utilitariste où elle va *“peser le pour et le contre”* (IDE 4, L.18) Cela lui permettra de *“Savoir quelle décision est la meilleure pour le patient dans le sens de la sécurité”* (Ibid, L.13) Garantir une sécurité au patient est un devoir du soignant mais gare à ne pas tomber dans les travers de la gestion des risques mentionné par T.Najman *« Les uns et les autres craignent la mise en cause de leur responsabilité, secondairement à un suicide ou une autre forme d'accident »*

Parmi les accidents redoutés des soignants, il y'a la chute de la personne âgée. Bien souvent des patients se retrouvent entravés pour risque de chute, “ *Généralement c'est pour éviter les chutes ou des choses comme ça*” (IDE 1, L.219-220) Mais doit-on réellement continuer dans ce sens ?

Le risque de chute

Dans la phase conceptuelle, j'ai relevé le constat de l'HAS « *Il est important de souligner qu'il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des contentions utilisées pour ces motifs qui ne sont pas de véritables indications médicales, à proprement parler.* »

Pourtant, les deux infirmières de médecine sont toutes les deux d'accord sur cette indication et elles se basent sur leurs expériences, Léhéna raconte l'histoire d'un patient à risque de chute, elle n'avait pas mis les entraves, “*Il s'est levé il a chuté derrière il a fait une hémorragie au niveau du foie.*” (IDE 3, L.102) Lara éprouve le même regret, « *Au début de ta carrière tu ne mets pas de contention sur certains patients et tu t'en veux après parce que ça a été délétère.* » (IDE 4, L.66-67) Bien sûr, le risque de chute n'exclut pas le temps de réflexion avant de mettre en place les entraves, « *Si je vois que ça arrive sans arrêt et qu'il se blesse, là on va se dire qu'il faut réfléchir* » (Ibid, L.35-36)

De plus, les contentions utilisées ne sont plus celles que l'on s'imagine, « *On a des contentions qui sont moins embêtantes* » (Ibid, L.36-37) « *On a des ceintures de sécurité c'est vrai qu'on les met plus facilement en cas de chute* » (Ibid, L.41-42)

Bien que cette indication puisse déranger, elle permet de pallier l'absence du soignant « *Généralement les contentions on les met avant tout parce qu'on ne peut pas surveiller tout le monde.* » (IDE 3, L.87-88) Ce genre de contentions peuvent être bénéfiques au patient, « *Y'en a certains, au contraire, ça les apaise parce qu'ils se sentent sécurisés* » (IDE 4, L.100-101) Malgré que l'HAS ne soit pas d'accord sur ce sujet, les professionnels de terrains affirment et justifient ce soin avec l'environnement hospitalier. Il est aussi important de noter que les professionnels sont aussi conscients des risques de la contention, « *C'est assez problématique car on doit contensionner des gens au fauteuil qui sont autonome de base et la contention ça peut tellement les perturber que ça peut aussi toucher leurs autonomies et les agités* » (IDE, 3, L.78-80)

Dans la première situation, Mr D avait vécu plusieurs chutes avant la mise en place des entraves, l'une d'elle lui avait valu un traumatisme crânien.

Les entraves étaient sécurisantes sans lui ôter sa liberté de déplacement puisque même au fauteuil il pouvait utiliser ses jambes pour se déplacer. Cependant cette liberté est contrainte la nuit, lorsque les sangles sont installées, y'aurait-il une alternative ?

6.3.3 Les alternatives à la contention.

Dans le cadre de patient en médecine, il existe plusieurs alternatives comme baisser le lit au maximum et rajouter un second matelas à coter. Il existe également des matières antidérapantes installer sur des chaussettes ou meuble de chambre pour éviter les chutes. L'idée ici est de sécuriser l'environnement du malade, cela dit, ils n'empêchent pas la déambulation qui est source de chute. De plus, ils soulèvent un point central, celui de ressources, qu'elles soient matérielles ou humaines. Léhéna s'exprime sur les ressources humaines, « *Généralement les contentions on les met avant tout parce qu'on ne peut pas surveiller tout le monde. Si on pouvait rester dans une chambre avec le patient on pourrait répondre à ces besoins de suite et du coup il y aurait moins d'agitation.* » (IDE, L.87-89) La contention vient ici pallier un manque de l'institution hospitalière, il ne s'agit pas ici de poster un infirmier par patient mais d'avoir plus de moyen humain afin de garantir une surveillance plus complète ;

Les IDE de médecine n'ont pas cité d'alternative possible dans leurs exercices, je vais donc m'intéresser aux réponses données par les infirmiers exerçant en service de psychiatrie.

En amont

La contention doit être un ultime recours ce qui sous-entend que d'autres actions doivent être essayées avant. « *Agir en amont c'est vrai que c'est l'essence même du travail* » (IDE1, L.179) Dans le modèle clinique tri-focal, T.Psiuk accorde de l'importance à « *l'évaluation des risques* »

Dans le cas de l'hétéro agressivité, l'évaluation des risques demande, « *de l'observation et de l'adaptation* » (IDE 1, L.196-197) Cette activité permanente permettra de « *Comprendre pourquoi on en arrive à devenir agressif* » (Ibid, L.206) Lorsqu'on a saisi cette notion, on peut agir avec sûreté, c'est-à-dire, « *Éviter les tensions, les gestes hétéro-agressifs, tout ce qui peut être la confusion, les envahissements délirants toutes ces reconnaissances qui amènent à ce type de troubles* » (Ibid, L.199-201)

Dans le cas de l'auto-agressivité, « *Malheureusement y'a pas grand-chose à faire en amont, si on arrive aux contentions c'est que l'on est sur un risque suicidaire majeur.* » (Ibid, L.182-183) Même si dans ce cas, les projections peuvent nous aiguiller sur les intentions des patients, il est rare qu'une personne déterminée montre ses intentions explicitement.

Sabri propose, quant à lui, d'agir en complément de la réflexion. Lorsque l'entretien aborde la question de l'isolement, il exprime, « *Je pense que la chambre d'isolement lors d'une montée en tension permet de couper l'avancer de l'agitation* » (IDE 2, 156-157) Ici, l'isolement viendrait comme dernière solution avant la mise en place de la contention. Une chose intéressante dans le discours de Sabri, c'est sa façon de voir la chambre d'isolement. Alors que celle-ci est souvent décriée en raison de son caractère emprisonnant, Sabri la voit comme un « *Soin intensif, ça permet de se poser et de se recentrer* » (Ibid, 152-153) Ce soin est peut-être mal connu du grand public voir des soignants, Sabri a tenu à décrire la manière d'utiliser ce soin. « *Maintenant on a des protocoles d'isolement qui dure 1h par exemple, on peut aussi avoir des chambres d'apaisements, l'isolement accompagné d'un soignant (...) ça peut servir à éviter la contention physique* » (Ibid, L.158-161)

En aval

Ce moment post-contention, est essentiel de traiter puisqu'il permet d'éviter la récurrence mais aussi d'expliquer le soin au patient qui s'est senti maltraité.

Marc est attaché à l'après-contention qui doit être marqué par « *Le temps nécessaire de l'observation où on attend que le patient s'apaise, on regarde s'il arrive à projeter* (IDE 1 L.184-186) ce travail d'observation décrit dans les précédentes parties est crucial. Dans le cadre des contentions, il permet de travailler « *À ce qu'il génère une réflexion pour que les contentions soient le plus court possible.* » (Ibid, L.186-187) En effet, ces projections constitueront les nouvelles données cliniques du patient entravé.

« *Dès que le patient commence à projeter quelque chose que ce soit n'importe quoi, même la fin des contentions par exemple, alors on commence à amorcer quelque chose qui n'est plus dans le registre de vouloir mourir* » (Ibid, L.190-192)

Concernant le risque de récurrence, « *Il faudra une observation fine de ces mécanismes de réactivité donc comprendre pourquoi on en arrive à devenir agressif.* » (Ibid, L.204-206) Car « *Une fois que l'on a compris le motif de l'agressivité, on peut travailler dessus.* » (L.207-208)

Cette partie concernant la recherche d'alternative permet de relevé deux constats. Premièrement, comme dis précédemment, les IDE exerçant en psychiatrie sont plus rodé sur cette réflexion alors que celle-ci pourrai bénéficier à tous les secteurs de soin. Deuxièmement, le discours de Marc est riche sur la question des alternatives ce qui corrobore mes propos précédents sur l'expérience.

Bien que la question sur les alternatives n'ai pas fait parler tous les infirmiers, ce n'est pas le cas du ressenti IDE concernant la contention.

7 PROBLÈMATIQUE

Cette initiation s'approche maintenant de son terme. J'ai dans un premier temps accumulé des données sur les trois mots clefs de ma question de départ. Ce recueil de donnée m'a apporté une vision exhaustive du raisonnement clinique avec ses piliers, son importance et ses principaux attributs. Parmi ces derniers il y'avais la pertinence des connaissances, l'utilisation d'un raisonnement hypothético-déductif, la relation de counselling et la maîtrise des diagnostics infirmiers. L'auteure principale, T.Psiuk, affirmait que ces attributs étaient utilisées de manière implicite par les infirmiers, chose que j'ai pu remarquer dans mes entretiens.

En effet, la majorité des infirmiers n'ont pas décrits leurs méthodologies réflexives de la même manière que les théories des auteurs suite à la question principal. Cependant, les questions suivantes ont permis d'orienter les discours vers les différents attributs. Concernant la relation de soin par exemple, la majorité des infirmiers ont donnés une justification similaire, à savoir, favoriser l'expression du patient, c'est-ce que l'on retrouve dans la théorie de T.Psiuk.

Ce fut moins le cas pour l'utilisation du raisonnement hypothético déductif. Décrire leurs manières de raisonner a été plus compliqué, mais cela s'explique par la difficulté de mettre des mots sur un processus mentale implicite. Cependant, tous les IDE ont pu me décrire leur méthode de recueil de donnée, principalement axée sur l'observation. On retrouve cette méthode dans les piliers de L.Martin.

Concernant les savoirs, cette notion est bien trop évidente, je ne l'ai pas soumise à tous les infirmiers. Pour ceux ayant répondu, les savoirs sont bel et bien indispensables pour raisonner mais aussi pour guider le recueil de donné, « *Le plus important pour l'observation c'est d'avoir de solide connaissance c'est grâce à ça que tu auras un recueil de donnée pertinent.* » (IDE 1, L. 38-39)

Enfin, pour ce qui est des diagnostics infirmiers, j'ai été surpris de voir leurs impopularités auprès de certains infirmiers. Bien qu'ils soient enseignés lors de la formation en IFSI, ils ne sont pas forcément utilisés une fois en service. Pourtant, leur utilisation est très bien justifiée par les auteurs mais il s'avère que les connaissances des infirmiers leur permettent d'utiliser et de se satisfaire des diagnostics médicaux, en particulier dans les services de médecine où la prescription a pris une part importante dans la planification de soin des IDE.

D'ailleurs l'intérêt du raisonnement clinique se trouve justement dans la planification de soin qui doit être orchestré par l'infirmier et non la prescription. Celle-ci doit naître de l'interdisciplinarité des soins dans lequel l'IDE a un rôle central, c'est ce que L.J Carpenito appelait « *responsabilité interdépendante* ».

Dans le modèle clinique tri-focal de T.Psiuk, celle-ci accorde de l'importance à la prise en charge holistique qui n'est permis que par la présence de l'IDE et l'AS. En effet, tout est une question de donnée à utiliser méthodiquement. Cette notion est revenue dans plusieurs discours IDE « *Les infirmiers et aides-soignants on est au cœur de la prise en charge avec le patient (...) On a toutes les informations* » (IDE 2, L.108-111) Elle reflète aussi le constat de plusieurs auteurs comme F.Gonnet « *Ceux qui possède une bonne connaissance des malades, de leur état, de leur évolution et réaction aux traitements détiennent une source de pouvoir importante auprès de ceux qui prennent les décisions thérapeutiques* »

D'après les auteurs comme P.Benner, le raisonnement clinique peut s'améliorer via l'expérience. Les discours ne m'ont pas permis d'observer une différence de raisonnement clinique chez les infirmières de médecine. Cependant, pour les infirmiers de psychiatrie, on observe une richesse supplémentaire dans le discours de Marc, IDE expérimenté. Le verbatim d'Amélie nous permet de confirmer le comportement d'expert expliqué par P.Benner, L'IDE experte « *Ne s'appuie plus sur un principe analytique* » (P.Benner, 1995). Mais plutôt sur un raisonnement intuitif, « *Alors moi je le fais un peu avec mon instinct, mon expertise, ma compétence entre guillemets et mon ancienneté* » (IDE 6, 1.26-27)

L'étude du raisonnement clinique m'a conduit à m'intéresser à l'étape suivante dans la prise en charge, la décision thérapeutique.

Des auteurs semblaient attribuer cette étape aux médecins, « *La prise en charge d'un patient débute quasiment toujours par une prescription médicale. L'infirmière ne pouvant prendre l'initiative d'un traitement sans cette prescription.* » (M.Montagnon, 2014).

L'analyse de discours a permis de souligner que cette prescription pouvait être initiée par l'équipe entière et non un membre seulement. Elle peut aussi être remise en question par moment, cependant, ce constat s'est particulièrement observé dans les services de psychiatrie, les services de médecine étant encore trop monopolisés par le corps médical. Même constat pour la collaboration IDE/médecin qui semble favorisée selon le service comme l'énonce F.Acker, « *Les relations qu'établissent les infirmières et les médecins dans les services varient aussi en fonction de la spécialité médicale.* » Selon Sabri, la psychiatrie constitue un levier à la collaboration, « *La discipline psychiatrique favorise la collaboration parce qu'on est moins sur quelque chose de palpable* » (IDE 2, L.124-125)

Ma question de départ cherchait à situer la place du raisonnement clinique dans la prescription de la contention. L'ensemble des données recueillies et analysées permet maintenant de situer ce raisonnement au centre de la prescription. En effet, ce soin nécessite une justification sémiologique pour être prescrit et les données démontrent que l'infirmier est le plus à même pour repérer et analyser celle-ci. Ceci dit, ce raisonnement gagnera à être plus formalisé pour que les infirmiers adoptent un haut raisonnement clinique.

L'étude du raisonnement clinique m'a conduit à m'intéresser à l'autonomie IDE. J'ai pu constater que le RC constituait un véritable tremplin à l'autonomie de l'infirmier mais jusqu'où celle-ci pourrait-elle aller ? Cette question peut être traitée sous différents angles.

L'expérience est un levier important dans cette ascension de l'autonomie, il serait alors intéressant d'investiguer précisément la genèse du RC au fil de l'expérience.

Ce raisonnement a été étudié selon un soin, mais d'autres pourraient être étudiés, comme la prise en charge éducative ou palliative. Ces prises en charge regroupent un ensemble de soins que l'infirmier doit orchestrer avec son Raisonnement clinique.

Les infirmiers interrogés venaient de différents services mais ils ne sont pas exhaustifs, Le raisonnement est sûrement différent dans d'autres disciplines, voir dans d'autres spécialités infirmières.

En effet, dans cette étude, j'ai pu brasser l'utilisation du RC dans l'exercice infirmier de base. Or, si l'expérience et certains services sont des leviers de l'autonomie et du RC alors il serait tout aussi intéressant d'étudier ce processus dans une pratique avancée.

L'Infirmier de Pratique Avancée (IPA) devient de plus en plus plébiscité et son existence constitue un rôle majeur dans le système de santé actuel. Son exercice remet en question ce que j'ai pu étudier jusqu'ici. Ses connaissances sont différentes, de même pour sa réflexion, son cadre déontologique et sa place dans l'équipe de soin.

Cette initiation à la recherche a pour but d'amorcer une recherche plus pertinente et explicite sur l'utilisation du raisonnement clinique, trop implicite aujourd'hui.

Les actes de soins octroyés aux IPA sont justifiés par leurs expertises dans les sciences infirmières. Ma recherche future s'articulera donc sur cette dimension du RC avec comme point de départ cette question.

La pratique avancée en soins infirmier permet-elle une avancé de l'autonomie et du raisonnement infirmier ?

8 CONCLUSION

Ce travail touche maintenant à sa fin. Il y'a un an, au moment de choisir le thème du mémoire, je voyais déjà ce travail comme une opportunité d'exprimer ma vision du métier. Cette expérience a été une source de stimulation et de questionnement sur le professionnel que je veux devenir.

Dans un premier temps il a fallu choisir une situation et une thématique qui puisse me pousser à réfléchir. Cette étape n'aurait pas eu lieu sans l'aide de ma référente. Questionner une situation de soin m'a permis d'entrevoir toutes les possibilités de celle-ci.

Dans un second temps, au travers de mes différentes lectures, j'ai pu apprécier la recherche existante sur les sciences infirmières en France comme ailleurs. Moi qui ne suis pas grand lecteur, ces longues heures de lectures m'ont aussi aidé à renouer avec cette activité et à développer une attirance pour la recherche.

Après avoir consolidé un socle de connaissance sur ma thématique, je l'ai soumise à des agents de terrain au travers de six entretiens. Réaliser ces interviews était à la fois intimidant mais aussi très riches pour moi et pour eux. J'ai remarqué que parler de sa pratique n'est pas chose aisée mais nécessaire pour la réajuster.

Enfin, il a fallu analyser ces entretiens au travers de mes connaissances et de mon prisme d'étudiant infirmier. La comparaison de la pratique avec la théorie a permis de souligner des différences et ressemblances sur l'utilisation du raisonnement clinique.

Ce travail reste une ébauche de la recherche et j'espère que cette mince contribution saura alimenter de prochains écrits. Je suis également conscient que celle-ci reste perfectible sur plusieurs points. Mon panel reste mince et peu varié pour affirmer mes découvertes. De nombreux types d'exercice pourrai être évalués comme celui en réanimation ou en pédiatrie. De plus, la recherche pourrait s'enrichir via d'autres méthodes comme l'observation ou le questionnaire qui ont l'avantage d'éviter le biais de confirmation.

Choisir d'étudier le raisonnement clinique m'a permis de forger une identité professionnelle qui saura guider mes futures prises en charge. En incluant la contention dans cette recherche, j'ai pu enrichir ma connaissance sur ce soin que je critiquais auparavant. La contention est une option. Une option que le soignant doit user avec une parcimonie rigoureuse et son équipe. Elle possède certes des inconvénients relatifs aux libertés fondamentales mais ses avantages sont aussi bien réels et de nature thérapeutique.

Bien que ce mémoire soit une production personnelle, j'ose espérer qu'il puisse profiter à un grand nombre de professionnels. En effet, comme dis en introduction, ce travail doit profiter à la discipline infirmière dans son ensemble. Mettre en pratique les savoirs théoriques permet d'adopter un soin basé sur le sens. Le raisonnement clinique doit être la boussole de l'infirmier en tout instant et pour tout soin. C'est cette idée que je compte défendre en tant que professionnel du soin car c'est aussi dans cette optique que ce mémoire a été rédigé, me fournir un axe d'action et une identité professionnelle.

Enfin, cette recherche ne se termine pas ici. À ce jour, mes perspectives professionnelles me permettent déjà de projeter la continuité de cette recherche dans le cadre d'une spécialisation infirmière, celle de la pratique avancée.

9 BIBLIOGRAPHIE

- Acker, F., & Perraut Soliveres, A. (2017). Travailler ensemble, comment et pour quels soins ? *La Revue de l'Infirmière*, n°66, p.18-20.
- Andrieu, J. P. (2014). Éthique et isolement en psychiatrie. *Soins Psychiatrie*, 35(294), 16-20.
- Aubin, S. (2017). Infirmière-médecin : une relation de confiance. *La Revue de l'Infirmière*, n°66, p.23.
- Brissy, S. (2016). La prescription infirmière en France. *Soins*, n°61, p.40-44.
- Catherine, B. (2017). Isolement et contention, des pratiques de dernier recours pour l'HAS. *Soins Psychiatrie*, n°310, p.5-8.
- Carré R, Moncany AH, Schmitt L, Haoui R. (2017). Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients. *L'Information psychiatrique*, n°93, p.393-397
- Chapados, C. (2014). *Le raisonnement clinique de l'infirmière*. N°11, p.4.
- Chazalet, N. (2017). De la contention à la contenance par le lien soignant. *Soins Psychiatrie*, N° 310, p.26-28.
- Clavagnier, I. (2017). La collaboration infirmière-médecin. *La Revue de l'Infirmière*, n°66. Elsevier
- Clavagnier, I. (2017). La collaboration infirmière-médecin. *La Revue de l'Infirmière*, n°232. p.14-26. Elsevier
- Corneau, P., Jacob, J. D., Holmes, D., & Rioux, D. (2017). Contentions mécaniques en psychiatrie : Étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, n° 128, p.41-53.
- Côté, S., & St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, n°111, p.13-21.
- Debout, C. (2016). L'infirmière et la prescription, quelle situation internationale ? *Soins*, n° .61 p.34-39
- Delpierre, E. (2017). Les plus-values de la collaboration infirmière-médecin. *La Revue de l'Infirmière*, n°66, p.21-22.
- Guivarch, J., & Cano, N. (2013). Usage de la contention en psychiatrie : Vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*, n°39, p.237-243.

Huy, R. L. V., & Bouchereau, N. (2014). Prise en charge en chambre de soins intensifs : Entre applications, contraintes et contradictions. *Soins Psychiatrie*, n°294, p.25-29.

Hyvert, L. (2014). Soins contenant, alliance thérapeutique et bienveillance. *Soins Psychiatrie*, n°294, p.21-24.

Perrin-Niquet, A. (2017). Contrainte thérapeutique et liberté d'aller et venir, changer les pratiques. *Soins Psychiatrie*, n°310, p.12-16.

Vignat, J.-P. (2014). Isoler pour soigner. *Soins Psychiatrie*, n°294, p.12-15.

Jeanguiot, N. (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, n°87, p.75-135.

Jouan, M., & Laugier, S. (2009). *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Presses Universitaires de France

Larochelle, N., & Beaudet, L. (2017). Développement du rôle des infirmières-chefs pour accroître les pratiques basées sur des résultats probants chez les infirmières soignantes en centre hospitalier : Une revue intégrative des écrits. *Recherche en soins infirmiers*, N° 128, p.16-28.

Leblanc, J., Wilson d'Almeida, K., Lert, F., & Cremieux, A.-C. (2012). Participation soignante et autonomie infirmière dans le cadre d'un dispositif de dépistage du VIH/SIDA. *Recherche en soins infirmiers*, n°108, p.43-52. Lodier, F. (2018). ABCDE, une nouvelle approche de prise en charge aux urgences. *Soins*, n°63, p.27-29.

Martin, L. (2019). *Le raisonnement clinique. Guide méthodologique infirmier*. Elsevier Masson

MNH, F. réalisée en partenariat avec la, & Psiuk, T. (2010). 3/10 La démarche clinique et la démarche de soins. *Soins*, n°55, p.57-58

Morisset, J. (2018). Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives. *Recherche en soins infirmiers*, n°132, p.78-90.

Nagels, M. (2017). Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation. *Recherche en soins infirmiers*, n°129, p.6-17.

Perrin-Niquet, A. (2020). De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. *Information psychiatrique*, n°96, p.8.

Piguet, C. (2021). *Autonomie dans les pratiques infirmières*. N°10

Psiuk.T & Marchal.A (1998). Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique. Éditions Lamarre

Psiuk, T. (2010). 1/10 Le concept de raisonnement clinique. *Soins*, n°742, p.61-62

Psiuk, T. (2010). 2/10 La méthodologie du raisonnement clinique. *Soins*, n°743, p.57-58

Psiuk, T. (2010). 4/10 La relation d'aide dans la démarche clinique. *Soins*, n°745, p.49-50

Psiuk, T. (2010). 5/10 L'écriture du raisonnement clinique (1/2). *Soins*, n°746, p.61-62

Psiuk, T. (2010). 7/10 Les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers. *Soins*, n°748, p.61-62

Psiuk, T. (2010). 9/10 L'apprentissage du raisonnement clinique. *Soins*, n°750, p.55-56

Psiuk, T. (2010). 10/10 Du raisonnement clinique individuel au raisonnement clinique collectif. *Soins*, n°751, p.61-62

Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique. Concepts fondamentaux – Contexte et processus d'apprentissage*. De Boeck Supérieur

Psiuk, T., & Marchal, Arlette. (2012). *Démarche clinique de l'infirmière 2e édition revue et corrigée*. Seli Arslan

Psiuk,T & Poiroux,L. (2015). *L'intégration des données probantes en pratique clinique. Réalité et enjeux d'une démarche d'Evidence based nursing*. Editions Estem

Romedier, F. (2009). Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ? *Recherche en soins infirmiers*, n° 99, p.97.

Rossi, J.-P. (2018). *Neuropsychologie de la mémoire*. De Boeck Supérieur

Tantchou Dipankui, M., Gagnon, M.-P., Desmartis, M., Legaré, F., Piron, F., Gagnon, J.,

Rhainds, M., & Coulombe, M. (2014). La participation des patients à l'évaluation des mesures alternatives à la contention et à l'isolement. *Santé Publique*, n°26, p. 217-226.

Montagnon, M. (2014). Le point sur la prescription infirmière. *Soins Cadres*, HS, p.4-7.

Blineau, C., Gestas C., Llovet, C. (2014). La prescription, prolongement naturel du raisonnement clinique infirmier. *Soins Cadres*, HS, p.9-11.

Baldacci, G. (2014). La prescription infirmière comme acte sur délégation médicale protocolaire. *Soins Cadres*, HS, p.13-17.

Young, G. (2014). Regard sur les pratiques avancées et la prescription infirmière au Royaume-Uni. *Soins Cadres*, HS, p.18-20.

Roman, C. (2014). Prescription infirmière, une appropriation en cours. *Soins Cadres*, HS, p.21

10 ANNEXES

Table des matières

<i>Annexes 1 : Demande d'entretiens CH 1</i>	<i>II</i>
<i>Annexes 2 : Autorisation entretiens CH 1</i>	<i>III</i>
<i>Annexes 3 : Demande d'entretiens CH 2</i>	<i>IV</i>
<i>Annexe 4 : Autorisation entretiens CH 2</i>	<i>V</i>
<i>Annexe 5 : Guide d'entretien</i>	<i>VI</i>
<i>Annexes 6 : Entretiens</i>	<i>VII</i>
<i>Annexe 7 : Tableau de dépouillement.</i>	<i>XXXIII</i>
<i>Annexe 8 : Autorisation de diffusion.</i>	<i>LIV</i>

Annexes 1 : Demande d'entretiens CH 1



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Belghoul Yasin
Étudiant en soins infirmiers
Adresse : 330 Avenue Jean Monnet
Bat C Porte 201
84310 Morrières-lès-Avignon

À Madame R, Cadre supérieure de Santé

Téléphone : 06 51 89 32 25
Mail : Belghoul.yasin@hotmail.fr

Avignon, le 16 Février 2021

Madame.

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens auprès des infirmiers du centre hospitalier . Ces entretiens seront réalisés dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Le raisonnement clinique dans la mise en place de la contention physique

Au vu de mes questions de recherche, j'aimerais interroger deux infirmiers de médecine (de préférence médecine polyvalente), dont un jeune diplômé de deux ans maximums et un autre ayant une expérience de cinq ans minimums.

J'aimerais également interroger un infirmier d'accueil et d'orientation aux urgences.

Suite à la situation sanitaire que nous vivons actuellement, il m'est autorisé de réaliser des entretiens par appel téléphonique même si je préférerais un entretien physique.

Les entretiens seront enregistrés afin de garantir une retranscription fidèle, l'anonymat sera bien entendu respecté.

Vous trouverez ci-joint, le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame R , l'expression de ma respectueuse considération.

Annexes 2 : Autorisation d'entretiens CH 1

DIRECTION DES SOINS
☎ (secrétariat)

Monsieur Yasin BELGHOUL
330 avenue Jean Monnet - Bât. C
84310 MORIERES LES AVIGNON

Nos Réf. : KR/MP/21
Vos Réf. : votre courrier du 16 février 2021

Objet : TFE

Monsieur,

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 demanderais de bien vouloir prendre contact avec Madame V. _____ cadre de santé du service de médecine interne, infectiologie au 04 _____, Madame B. _____ cadre de santé du service des urgences au 04 _____ ou Madame M. _____ cadre de santé des urgences au 04 _____, dès réception de ce courrier.

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

Annexes 3 : Demande d'entretiens CH 2



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Belghoul Yasin
Étudiant en soins infirmiers
Adresse : 330 Avenue Jean Monnet
Bat C Porte 201
84310 Morières-lès-Avignon

À Madame S, Directrice des soins

Téléphone : 06 51 89 32 25
Mail : Belghoul.yasin@hotmail.fr

Avignon, le 15 Février 2021

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans les services d'unité d'accueil crise fermée auprès des infirmiers dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Le raisonnement clinique dans la mise en place de la contention physique

Ayant réalisé un stage clinique de dix semaines dans l'unité Les ... 2, j'aimerais interroger des infirmiers de cette unité qui correspondent aux profils que je recherche.

En effet, je cherche à interroger deux infirmiers dont un jeune diplômé (deux ans maximum) et un autre ayant une expérience de cinq ans minimums.

Suite à la situation sanitaire que nous vivons actuellement, il m'est autorisé de réaliser des entretiens par appel téléphonique même si je préférerais un entretien physique. Les entretiens seront enregistrés afin de garantir une fidélité de retranscription, l'anonymat sera bien entendu respecté.

Vous trouverez ci-joint, le guide d'entretien qui a été validé par ma Directrice de Mémoire.

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

Annexe 4 : Autorisation d'entretiens CH 2

DIRECTION DES SOINS, DE LA QUALITE
ET DE LA GESTION DES RISQUES
ASSOCIES AUX ACTIVITES DE SOINS

Avignon, le 16 Février 2021

Monsieur Yasin BELGHOUL

belgoul.yasin@hotmail.fr

Réf. : FB/IS/026/2021

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens infirmiers

Monsieur,

En réponse à votre demande, je vous informe que je vous donne mon accord pour que vous puissiez réaliser des entretiens auprès d'infirmiers de l'établissement dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Votre demande a été transmise aux Cadres de Santé du _____, vous serez contactée directement pour définir les modalités de ces entretiens dans les meilleurs délais.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Annexe 5 : Guide d'entretien



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Guide d'entretien

La première étape de l'entretien sera d'introduire un climat de confiance. J'ai besoin que le soignant soit à l'aise pour libérer sa parole. Pour cela, je commencerai par me présenter et expliquer les motivations et thématiques de ma recherche. Il sera aussi nécessaire d'insister sur le non-jugement et la confidentialité de cet entretien.

Ensuite, le professionnel sera invité à se présenter via son identité, son parcours professionnel et ses motivations. Cela permettra d'apprécier le lien entre son expérience et ses compétences.

Concernant les questions de l'entretien, celles-ci peuvent difficilement être prévues à l'avance, cependant je peux décider d'une question générale pour débiter l'entretien. Je suis également en mesure de prédire les thèmes et sous-thèmes que j'aimerais aborder durant l'entretien.

La question de départ sera :

« Racontez-moi ce qu'est le raisonnement clinique pour vous et comment vous l'utilisez au quotidien dans votre pratique ».

Les différentes pistes que je voudrais aborder seront les suivantes :

➤ **Le Raisonnement clinique**

- Sa place dans l'exercice du soignant
- L'expérience et le raisonnement clinique
- La manière de réaliser un examen clinique
- Les diagnostics infirmiers
- Le raisonnement clinique et la prescription
- Son implication dans les décisions thérapeutiques

➤ **La contention**

- Les modalités d'utilisation dans le service Sur quoi se base-t-il pour sa mise en place ?
- Sa préparation et ressenti face à ce soin
- Les alternatives à la contention

Ces thématiques serviront à garder une ligne directrice lors de l'entretien. Cependant, l'infirmier peut être amené à aborder d'autres sujets tout aussi intéressants que je n'avais pas prévu auparavant. C'est pour cela qu'une question d'ouverture permettra à l'interviewé de parler d'un thème que nous n'aurions pas abordé. La question sera la suivante :

Avez-vous envie de rajouter quelque chose avant de clore cet entretien ?

Enfin, la dernière question s'intéressera au ressenti de l'infirmier concernant l'entretien. Son évaluation permettra de réajuster les futurs entretiens.

Annexes 6 : Entretiens

Verbatim marc (IDE 1)

1 **YASIN : Avant de commencer j'aimerais que tu présentes ton parcours professionnel**

2 Marc : Mon diplôme est de novembre 2002 et donc après 19 ans de carrière avec 10 ans sur
3 Orléans et 10 ans sur Montfavet et en tout 5 unités d'accueil crise fermé avec 4 ans chacune.
4 J'ai aussi fait un passage en addictologie pendant 3 mois, un passage en gérontopsy en hôpital
5 de jour pendant 3 mois, un passage en hôpital de jour adultes et en CMP adulte pendant 3
6 mois aussi respectivement euh voilà à peu près.

7 **Y : D'accord donc exclusivement de la psychiatrie pour toi, pourquoi ce choix ?**

8 M : C'est une discipline qui m'a permis de soigner avec ma personnalité où mes qualités
9 d'approche humaine et j'espère réflexive m'apporte au quotidien et me permet de travailler
10 avec moi et donc mon l'authenticité ce qui me sert beaucoup et j'aime beaucoup le rôle propre
11 infirmier qui est très développé en psychiatrie donc ça a été vraiment une révélation pour moi.
12 J'aime travailler en équipe ce qui existe très peu en somat. C'est aussi parce qu'on peut
13 réfléchir ensemble, qu'on peut travailler ensemble donc on a une vraie indépendance et
14 autonomie qui me permet de réfléchir à ce que je fais.

15 **Y : Tu penses avoir plus d'autonomie qu'en soin somatique ?**

16 M : Pour moi oui, le rôle prescrit vient croquer un peu tout ce qu'on peut avoir comme
17 indépendance en soins généraux

18 **Y : En parlant de rôle, il y'a aussi le rôle propre dans lequel on retrouve le raisonnement
19 clinique qui est le thème de mon mémoire accompagné par la contention. J'aimerais donc
20 savoir de manière générale ce qu'est le raisonnement clinique et comment tu l'utilises au
21 quotidien dans ta pratique.**

22 M : Mon raisonnement clinique est basé évidemment sur l'observation de mon patient du
23 formel et de l'informel, du discours que l'on va voir quand on travail avec quelque chose de
24 ciblé et puis aussi dans l'observation quand je propose des soins des entretiens des actes
25 médiateurs, en fait toute relation au patient permet de dégager un jugement clinique qui va
26 permettre après l'élaboration des problématiques du patient pour arriver finalement à
27 « qu'est-ce que moi je vais mettre en place pour la prise en charge de ses problématiques ? ».

28 **Y : Concernant l'observation, qu'est-ce que tu observes ? As-tu des éléments spécifiques à
29 observer ?**

30 M : Il n'y a pas de points spécifiques, je ne veux pas m'arrêter à des repères qui
31 m'enfermeront dans quelque chose donc mon observation et dans l'ouverture absolue, je
32 prends ce qui vient. Après je peux installer un terrain pour que des choses viennent si je veux
33 être plus ciblé. Après je t'avoue que « *je prends ce qui vient* » ça me gêne un peu euh disons
34 que c'est plutôt avoir une observation très ouverte des temps informels donc ça va être le
35 quotidien comme pour le levé où on observe son humeur, ses problématiques, sa relation aux
36 autres voilà on a aussi les activités médiatrices où on peut déterminer beaucoup de critères

37 d'observation finalement mais le plus important pour l'observation c'est d'avoir de solide
38 connaissance c'est grâce à ça que tu auras un recueil de donnée pertinent.

39 Il ne faut pas que le patient le ressente comme quelque chose d'invasif parce qu'on n'est pas
40 en train de l'interroger sur sa problématique directement mais plutôt avoir un terrain où il
41 peut discuter sur comment il vit les choses.

42 **Y : Dans le raisonnement clinique on distingue généralement deux phases pour générer une**
43 **hypothèse. Une phase intuitive puis une autre plus analytique avec la recherche de preuves**
44 **pour confirmer ces hypothèses. Est-ce que tu retrouves cette démarche dans ton**
45 **raisonnement ?**

46 M : Alors l'intuitif oui il existe mais j'essaie de le réduire car je pense qu'il est source d'erreurs
47 donc j'essaie de réduire au maximum et je travaille qu'en hypothèse donc effectivement mon
48 intuitif se couvre que de point d'interrogation que j'essaie d'éliminer au fur et à mesure du
49 temps, de la prise en charge, de l'observation pour ensuite passer dans un mode analytique
50 de mes hypothèses. Après analyse des hypothèses j'en exclue j'en valide et j'arrive à confirmer
51 certains jugements cliniques parce qu'au début j'en ai beaucoup et je les réduis
52 progressivement jusqu'à avoir pour moi la substantifique moelle du raisonnement clinique.
53 Pour moi c'est primordial et c'est quand je sors de l'intuitif que je peux valider quelque chose
54 Il faut que ce soit abouti, réfléchi, qu'il y ai des liens pour avoir une vision global sur le patient.
55 Après il faut aussi faire valider par ses collègues pour avoir un comparatif et aussi un débat
56 sur nos hypothèses.

57 **Y : Avec tes 20 ans d'expérience je ne peux pas faire l'impasse dessus. J'aimerais donc savoir**
58 **ce que t'apporte cette expérience dans le raisonnement ? par rapport à tes débuts et tes**
59 **nouveaux collègues**

60 M : Alors c'est vrai que j'ai connu beaucoup de collègue grâce aux différents services que j'ai
61 fait et en accueil crise fermé où les équipes changent souvent.

62 Après pour l'expérience je vais répondre en deux point. Le premier c'est la répétition. Les
63 expériences vécues permettent d'avoir une analyse différente parce que je prends en
64 considération finalement tout ce que j'ai pu observer avant avec les erreurs que j'ai fait dans
65 les analyses, dans les comportements, dans les relations humaines et tout ça me permet
66 d'éviter de les refaire. Un passage par l'introspection est indispensable pour bien essayer de
67 poser justement ce jugement et avoir en fait leur système comparatif. L'essence de
68 l'expérience c'est d'avoir une vision sur une centaine de cas, par exemple les crises d'agitations
69 j'en ai géré beaucoup. À la fin on mesure ses erreurs qu'on a fait et on essaie de trouver
70 d'autres solutions. Je me sers beaucoup de l'œil nouveau de mes collègues, déjà pour les aider
71 à créer leurs identités soignantes mais aussi pour comparer mon introspection avec leurs
72 regards. C'est vrai que je suis fort de mon expérience dans l'analyse qui m'apporte des
73 certitudes mais aussi des doutes, c'est une balance à équilibrer. Au début y'a pas mal de doute
74 et doucement je les réduits et j'essaie surtout de ne pas arriver avec trop de certitudes. Après,
75 effectivement quand tu as beaucoup d'expérience et que tu as vu la situation des centaines
76 de fois tu as des certitudes dont il faut se méfier spécifiquement psychiatrie

77 **Y : Tous à l'heure, tu parlais de la relation avec les patients. La relation de soins peut aider**
78 **dans le raisonnement ?**

79 M : Je pense que c'est indispensable. Quand on a des patients qui arrive on est très invasif
80 avec nos questions, on a besoin de savoir beaucoup de chose sur eux et la relation de
81 confiance est nécessaire pour accéder à quelque chose d'authentique. Quand ils ont confiance
82 dans l'oreille qui leur est tendu ils lâchent plus de vérité et des vérités qu'on ne peut pas dire
83 à tout le monde. Certains peuvent être bloqués dans leurs discours à cause de leurs craintes
84 ou à cause de l'étiquette de la folie c'est ça qui est périlleux. Y'a des patients qui voudraient
85 s'exprimer mais s'ils sentent que de l'autre côté on les prend pour des fous ils s'arrêtent donc
86 y'a une réciprocité dans la construction de la confiance avec moi qui mets une brique dans le
87 mur et lui en met une autre et c'est ça qui permet d'avoir, j'espère, un échange le plus
88 authentique possible.

89 **Y : Concernant les jugements cliniques, que l'on appelle aussi les diagnostics infirmiers,**
90 **j'aimerais savoir si tu les utilises et si oui quel sens tu leurs donnent ?**

91 M : Euh je les utilises au quotidien absolument, je suis même un fervent défenseur des
92 jugements cliniques qui doivent être et rester l'essence même de l'analyse, c'est à dire que
93 l'on peut faire l'analyse que l'on veut mais si les jugements cliniques sont faussés, on travaille
94 sur des données faussées et on part dans la mauvaise direction. Donc euh moi je m'en sers
95 pour réaliser une démarche de soins aigus et pour proposer des actions du jour, j'ai besoin
96 d'avoir mes jugements cliniques bouclés. Après je peux en ajouter ou enlever ça c'est une
97 gymnastique de tous les jours mais pour moi, ils sont l'essentiel de ma prise en charge parce
98 que une fois que je les ai déterminés sur la journée je peux en découler mon projet de soin.

99 **Y : Pourquoi ne pas utiliser les diagnostics médicaux ? qu'est-ce que les diagnostics infirmier**
100 **apportent en plus ?**

101 M : Là c'est l'expérience qui va revenir, le diagnostic médical à poser en psychiatrie est
102 évolutif. On peut trouver un trouble thymique qui se transforme en schizophrénie puis qui
103 redescend sur autres choses etc. Je trouve qu'ils sont trop enfermant les diagnostics médicaux
104 et comme je disais tout à l'heure, les diagnostics infirmiers permettent d'avoir des choses
105 changeantes tous les jours. Donc quelqu'un qui est désorienté ou désorganisé, isolé, on va
106 pouvoir noter précisément, concrètement et au jour même, où il en est. Dire qu'un patient
107 est schizophrène tous les jours c'est sûr que ça ne va pas changer et ça ne vas pas évoluer. Ça
108 va l'enfermer dans une espèce de sac de symptômes généraux donc l'intérêt pour moi c'est
109 d'être auprès de la problématique du patient. Le diagnostic infirmier permet d'être beaucoup
110 plus adapté à la clinique du jour du patient.

111 **Y : Après l'analyse de la problématique viens la décision thérapeutique médicale, quel est**
112 **l'implication de ton raisonnement dans cette décision ?**

113 M : Moi je pourrais différencier les décisions thérapeutiques médicale et paramédicale
114 puisqu'on peut anticiper sur une tension par exemple. Pour en revenir à la question de la
115 participation aux diagnostics médicaux, ils sont censés se baser sur notre observation
116 infirmière. Leur aperçu de 10 minutes du temps d'entretien médical ne permet pas une
117 évaluation complète et fausse en plus la relation parce que quand on est devant le médecin

118 y'a une sorte de tension et de stress, y'a aussi la clé de la sortie car on est en dans un service
119 avec une porte fermé et on sait que c'est le médecin qui porte la clé donc forcément y'a des
120 enjeux qui se jouent et c'est là où le diagnostic infirmier et l'observation infirmière va aller
121 nourrir le médecin sur ce qu'il ne voit pas sur l'entretien. Ça l'aide à avoir une vue globale et
122 surtout actualisé du patient

123 **Y : J'en viens maintenant à la contention, quelles sont les modalités pour toi ou du moins**
124 **les questions que tu te poses pour proposer ce soin.**

125 M : Je réfléchis... ça me tient énormément à cœur tous les soins invasifs comme la
126 contention, l'isolement, l'injection qui sont au stade ultime de l'invasif. J'ai besoin moi d'avoir
127 étudié toutes les solutions qui peuvent m'empêcher d'en arriver là. Une fois que j'y mets le
128 sens de sécuriser quelqu'un de sécuriser l'autre je me pose plus de questions, il faut que je
129 puisse juste expliquer au patient pourquoi je fais ce soin, quel intérêt de le faire, le rassurer
130 sur cette méthode, différencier du punitif comme ça peut être ressenti d'être attaché comme
131 ça. Donc la contention doit être extrêmement maîtrisée dans le sens où elle est posée, elle
132 doit être expliquée dans la durée, dans l'intérêt et rediscuter une fois qu'elles sont enlevées
133 parce que des fois on veut dire qu'on va protéger les autres mais je crois qu'il y a aussi une
134 volonté de protéger le patient lui-même de faire quelque chose qu'il n'a pas envie de faire.
135 Quelqu'un qui est très mal et qui devient agressif à cause de la confusion, du délire, de fausses
136 reconnaissances, si on lui pose les contentions c'est aussi pour le protéger contre des actions
137 qu'il ne ferait pas dans un état clinique stable. Une fois que j'ai des feux verts sur le sens et la
138 nécessité dernière de poser les contentions, j'ai plus aucun souci je les pose car elles ont du
139 sens, je crois que c'est vraiment ça le but, proposer un soin certes difficile mais s'il est expliqué,
140 abouti et rediscuté après coup alors on obtient un bénéfice secondaire qui est d'avoir une
141 alliance avec le patient. Certes, il l'a mal vécu sur le moment mais on en parle avec lui sur le
142 moment et après et là il découvre finalement lui-même les bénéfices et du coup il convient
143 que c'était la solution adaptée donc il faut vraiment réfléchir au sens.

144 Ce que j'ai décrit c'est quand je prends la décision sur mon rôle propre, donc sans décision du
145 médecin au début mais avec une confirmation ensuite. Après je peux aussi les poser suite à
146 une décision médicale, là je vais essayer d'expliquer au patient, ça peut être plus difficile car
147 ce n'est pas moi qui vais générer directement le soin mais en générale on est souvent d'accord
148 avec le médecin quand y'a une nécessité de contention.

149 **Y : Que peux-tu me dire sur ton vécu lors de ce soin ?**

150 M : C'est d'une violence extrême, avant d'en arriver là ça sous-entend qu'on a perdu contact
151 relationnel et physique et qu'on est aussi dans une forme d'auto-agressivité ou d'hétéro-
152 agressivité... hum c'est très mal vécu, d'abord de saisir quelqu'un c'est-à-dire de le contenir
153 physiquement puis de faire le relais avec les contentions en tissu puis d'être enfermé dans
154 une chambre seul où tu n'as plus accès à ton corps heu... c'est toujours très mal vécu sur le
155 moment. Après vient le stade où on en discute et on éclaire sur l'intérêt de faire ça, sur l'intérêt
156 pour le patient de se poser et de réfléchir un peu pendant ce temps difficile où il est attaché,
157 impuissant et à la merci des autres donc voilà j'ai vraiment besoin de sens pour que le patient
158 puisse le comprendre.

159 **Y : Tu avais suivi une formation ou autres enseignements pour être préparé à ce soin ?**

160 M : Non j'ai eu des notions 4 ans après mes débuts professionnels. Je pense qu'il faut tomber
161 sur des pairs qui nous ouvre sur le soin, qui nous l'explique, il faut aussi aller chercher le sens
162 du soin soi-même. Moi je me rappelle quand j'ai commencé la psychiatrie y'a 20 ans les
163 contentions étaient beaucoup plus fréquentes et elles pouvaient être punitives dans une
164 certaine forme par des infirmiers qui estimaient qu'il fallait être tranquille donc il a fallu
165 cheminer avec ça, faire selon leurs méthodes dans un premier temps et c'est là où
166 l'introspection et la demande de sens à émerger chez moi, j'ai commencé à interroger les
167 pratiques, j'ai trouvé des réponses qui me convenait pas d'autre qui me convenait et du coup
168 j'ai développé ce soin pour en faire un soin de qualité.

169 **Y : Selon toi, en quoi la recherche de savoir est nécessaire ?**

170 M : Alors moi je suis un fervent défenseur de la connaissance clinique bien sûr, sans savoir
171 finalement on ne peut pas dégager un sens profond au soin. Il faut qu'on ait des notions pour
172 faire ensuite des liens et avoir toute cette perspective de soins à venir mais il faut que ça se
173 base sur une clinique solide pour pouvoir argumenter auprès du patient.

174 **Y : Pour revenir sur la contention, j'aimerais aborder les alternatives possibles de ce soin.
175 Que peut-on mettre en place en amont pour prévenir la nécessité du soin et en aval pour
176 limiter la durée de ce soin.**

177 M : Agir en amont c'est vrai que c'est l'essence même du travail de pouvoir anticiper sur les
178 tensions à venir pour prévenir la contention. Alors on peut différencier l'hétéro-agressivité de
179 l'auto-agressivité. Si on sent que quelqu'un est dans un risque suicidaire majeur avec des TS à
180 répétition dans le service hospitalier, malheureusement y'a pas grand-chose à faire en amont
181 car si on arrive aux contentions c'est que l'on est sur un risque suicidaire majeur. En aval du
182 coup c'est aussi assez clair finalement il n'y a pas grand-chose à faire, c'est le temps nécessaire
183 de l'observation où on attend que le patient s'apaise, on regarde s'il arrive à projeter, s'il
184 brasse moins d'idées noires et d'idées suicidaires. Il faut qu'on travaille à ce qu'il génère une
185 réflexion pour que les contentions soient le plus court possible.

186 **Y : Comment tu évaluer la capacité du patient à générer une réflexion ?**

187 M : Avant tout via l'observation du verbal et du non verbal, les échanges avec le patient, après
188 moi je suis très vigilant aux projections, dès que le patient commence à projeter quelque chose
189 que ce soit n'importe quoi, même la fin des contentions par exemple, alors on commence à
190 amorcer quelque chose qui n'est plus dans le registre de vouloir mourir. Après y'a un moment
191 où il faut prendre le risque de tester, on ne peut pas contentionsner les gens At Vitam Eternal
192 parce qu'on les sent en danger donc ça va être nécessaire de les enlever pour voir comment
193 ça se passe et puis si ça évolue bien on peut ne pas les remettre et ça c'est le top. Après faut
194 aussi accompagner l'évolution il n'y a pas de formule exacte, il faut de l'observation et de
195 l'adaptation.

196 Maintenant dans l'hétéro-agressivité, là c'est plus compliqué car tout le travail est en amont,
197 il faut absolument éviter les tensions, les gestes hétéro-agressifs, tout ce qui peut être la
198 confusion, les envahissements délirants toutes ces reconnaissances qui amènent à ce type de
199 troubles. Du coup le but ça va être de désamorcer tout ça en amont et être dans l'observation

200 de l'état psychique du patient pour éviter d'arriver à l'hétéro-agressivité. Si on a fait tout ce
201 travail là et qu'on arrive à se dire que « là il y a eu un passage à l'acte, c'est quelque chose de
202 dangereux vers autrui » Alors on pose les contentions. Ensuite, en aval c'est pareil que pour
203 l'auto-agressivité, il faudra une observation fine de ces mécanismes de réactivité donc
204 comprendre pourquoi on en arrive à devenir agressif. Pour moi c'est essentiel dans la gestion
205 de la contention, une fois que l'on a compris le motif de l'agressivité, on peut travailler dessus.
206 **Y : Penses-tu que certains patients sont plus confrontés à la contention ? je pense aux**
207 **personnes démentes et aux personnalités limites qui sont toutes les deux difficiles à**
208 **approcher et raisonner en cas d'agressivité.**

209 M : Moi je ne veux pas faire une classe de personnalité qui pourrait être plus facilement
210 confronté aux contentions. Après il est vrai que dans le tableau clinique de l'état limite on a
211 souvent la consommation de toxique associé qui peut, effectivement, permettre des fois des
212 comportements agressifs donc ils sont plus sujets à arriver à ce soin parce qu'on n'arrive pas
213 à faire autrement mais pour moi c'est le sens qui doit primer du coup je pourrais expliquer de
214 la même manière chez les tous les patients peu importe le trouble. Chez les patients déments
215 de type personne âgée c'est plus compliqué parce que là on peut les attacher plus souvent
216 comme j'ai pu le voir lors de mes stages. Ici c'est rare mais généralement c'est pour éviter les
217 chutes ou des choses comme ça, je pense que c'est à éviter euh c'est plus à faire aujourd'hui.
218 Je l'ai vu dans le passé mais je le vois de moins en moins aujourd'hui et j'imagine que des
219 équipes peuvent être en difficulté avec l'agressivité et devoir mettre des contentions hors-
220 cadre.

221 **Y : Bien, c'était un entretien assez riche, on a pu parler de pas mal de thèmes, est-ce qu'il y**
222 **a un thème en particulier, qu'on n'a pas abordé mais que tu souhaiterais aborder ?**

223 M : Alors je pense que l'infirmier doit être très vigilant à ce que les contentions durent le moins
224 longtemps mais doit mesurer les risques et garder la sécurité en tête même si ça ne doit pas
225 être le facteur dominant pour les contentions. Il faut de l'observation et il faut à tout prix
226 essayer de faire le plus court possible. Avant on avait des anciens protocoles qui indiquaient
227 48h d'office, aujourd'hui on peut cibler sur 1h voir une demi-heure

228 **Y : D'ailleurs comment fonctionnent les protocoles de contention avant la mise en place de**
229 **la prescription ?**

230 M : Oui la chambre d'isolement et les contentions on peut les mettre sans prescription mais
231 on a une heure pour faire valider cette décision infirmière par un médecin, c'est ce qui est
232 prévu officiellement dans le protocole.

233 **Y : Donc encore une fois, le médecin se base uniquement sur votre jugement ?**

234 M : Absolument, il peut se baser sur nous mais il se basera aussi sur son évaluation clinique
235 dans l'heure car il va lui aussi observer et juger. C'est d'ailleurs bien je trouve qu'il y a une
236 nécessité de valider et de remettre en question les décisions de chacun comme il est prévue
237 dans les nouvelles lois visant à protéger les patients.

238 Maintenant pour les jugements cliniques, je trouve que ça se perd aujourd'hui, au profit des
239 temps institutionnels. Ces temps-là sont parfois privilégiés car on sait que l'on va soigner avec
240 les temps de repas, de sommeil etc. c'est vrai qu'ils permettent le soin mais je pense qu'ils

241 empêchent la réflexion du soignant et son improvisation dans les temps plus informels. Plus
242 on travaille les jugements cliniques plus on les fait émerger et ça permet la dynamique
243 d'équipe via l'interrogation et le débat, je pense que c'est un outil formidable pour prendre
244 soin au mieux des patients.
245 **Parfait je te remercie beaucoup.**

Entretien 2, Sabri (IDE 2)

1 **Avant de commencer, j'aimerais que tu racontes ton parcours professionnel depuis ton**
2 **diplôme.**

3 Je m'appelle Sabri j'ai 25 ans j'ai eu mon diplôme en 2017 ça fait 3 ans que je suis sur, j'ai
4 commencé à l'UIP d'..... en septembre 2017. C'est les urgences psychiatriques qui est affilié
5 aux urgences d'..... là où ils accueillent les dé compensation de toute nature pour re diriger
6 vers d'autres service ou pas. Ensuite en 2018 je suis muté au qui était une unité de
7 réhabilitation psycho-sociale c'est la « fin de parcours » de patients où on travaille surtout sur
8 leur autonomie leur travail sur leur devenir justement des hospitalisations longues, on évalue
9 pas mal de chose pour un retour dans la société et leurs domiciles pour les patients qui n'ont
10 pas de situation fixe ou pas d'appartement, c'est aussi pour les patients qui ont eu de longue
11 hospitalisation. Depuis 2019 je suis au qui est un accueil crise fermé.

12 **Après avoir eu ton diplôme, pourquoi avoir choisi la psychiatrie ?**

13 Euh pour 2 choses, la première c'était par curiosité parce que pour moi je n'avais pas fait
14 beaucoup de psychiatrie, j'ai fait un stage dans un hôpital de jour avec des patients bien
15 stabilisés donc je n'avais pas vu de vraie clinique et en cours on voit des notions assez
16 superficielles donc j'avais cette curiosité-là. Après c'est vrai que l'hôpital de c'est une
17 institution dans la région donc voilà c'était un peu pour aller à la découverte de l'inconnu.

18 Après à la fin de mon diplôme j'étais aussi intéresser par les urgences, réanimations et SMUR
19 donc j'avais déposé plusieurs CV et c'est qui avait répondu en premier.

20 **Maintenant j'aimerais que tu me racontes ce qu'est le raisonnement clinique pour toi et**
21 **comment l'utilises-tu dans ta pratique.**

22 Le raisonnement clinique en psychiatrie c'est pour moi une grosse partie de mon travail
23 vraiment, c'est différent des soins généraux qui sont plus basés sur la technique et le travail
24 avec les mains si je peux dire, ils sont aussi beaucoup plus protocolaires à ma connaissance.
25 Ici c'est vraiment un travail au jour le jour avec tes patients qui sont tous différents de par
26 leurs pathologies parce qu'elles se manifestent de différentes manières, de par leurs histoires
27 de vie, de par leurs vécus et puis même de par nous et des ressentis que l'on peut avoir face
28 à telle personne donc le raisonnement clinique pour moi c'est quelque chose qui est propre à
29 chacun concernant le soignant et propre à chaque patient. Le raisonnement clinique c'est
30 vraiment une réflexion qui doit être constante chez les soignants, on doit se poser des
31 questions pour essayer de savoir ce qu'il se passe. En plus de ça c'est quelque chose qui
32 s'associe au travail d'équipe avec la réflexion commune qui doit se faire. Le raisonnement
33 clinique pour moi rentre parfaitement dans le travail de groupe.

34 **Comment ce forme ce raisonnement face à un patient que tu vois la première fois ?**
35 **Comment est-ce que tu formes tes hypothèses et jugements ?**

36 Alors y'a l'observation que j'utilise beaucoup mais la première prise de contact c'est les
37 transmissions des collègues puis ensuite moi personnellement je vais aller me confronter au
38 patient après ça peut se faire dans un autre ordre, je peux avoir une formation primaire de
39 mes collègues et aller ensuite discuter, faire connaissance typiquement avec le patient savoir

40 finalement pourquoi il est là et clairement voir avec lui, lui demander, entamer une relation
41 pas forcément de manière formel en face à face dans un bureau mais au cour d'un cigarette
42 donc sur un temps informel. Donc pour moi c'est là où notre raisonnement commence à se
43 construire avec une observation clinique qui est très importante. Après y'a aussi les échanges
44 avec les collègues qui participent à ce raisonnement et à cette réflexion parce que moi je peux
45 avoir une idée ou une hypothèse que je vais devoir essayer de confirmer seul ou avec mes
46 collègues qui auront peut-être des hypothèses différentes donc l'intérêt c'est la diversité de
47 chacun qui permet la confrontation des idées de chacun.

48 **Que penses-tu de la recherche de savoir dans le raisonnement clinique ?**

49 Alors moi de mon expérience, je suis arrivé en psychiatrie comme je t'ai dit un peu par hasard,
50 par curiosité donc quand je suis arrivé ici j'avais zéro connaissance. C'est sûrement un manque
51 de ma part, je n'ai pas fait ce travail de recherche durant mes études mais voilà je suis arrivé
52 avec zéro notion. Donc moi mon expérience je l'ai faite sur le terrain et aussi par des apports
53 théoriques donc les connaissances sont importantes je pense pour commencer à travailler son
54 raisonnement. Après je pense que je suis plus une personne de terrain qui va agir selon
55 beaucoup de ressenti, d'observation et de *feeling* plutôt qu'un personne qui va se poser dans
56 un bureau avec le dossier du patient et qui va se dire que selon tel théorie je le classe dans
57 telle ou telle pathologie ou je ne sais quoi, ça j'aime pas trop la manière de trop classer
58 même si ça reste important dans une certaine mesure car ça aide a catégoriser les
59 connaissances théoriques mais faut pas oublier qu'en psychiatrie y'a tellement de symptôme,
60 de clinique qui se regroupent et se mêlent que pour moi tu peux pas classer dans des genre
61 de cases les pathologies. Donc les connaissances c'est essentiel mais faut savoir travailler avec.

62 **Tout à l'heure tu as parlé du feeling et de ton ressenti face aux patients, dans le**
63 **raisonnement clinique on parle souvent de deux phases avec l'une intuitive et l'autre plus**
64 **analytique où l'on tente de confirmer nos hypothèses, est-ce que tu retrouves cette**
65 **démarche dans ton raisonnement clinique ?**

66 Oui c'est totalement ça au début j'ai des idées ou des hypothèses et mes intuitions vont
67 évoluer ensuite au fur et à mesure de mes contacts avec le patient, mais aussi grâce à mon
68 expérience personnelle et professionnelle grâce à tout ce que j'ai pu voir auparavant. Y'a aussi
69 mes discussions avec mes collègues qui sont utiles parce que chacun à son intuition et on a
70 tous envie de les valider parce que c'est un peu comme une enquête qui doit être faite pour
71 soigner le patient. Donc du coup si je vois que mon hypothèse n'est pas conforme je vais la
72 modifier.

73 **Ce raisonnement et les jugements cliniques qui suivent peuvent être influencés par**
74 **certaines représentation ? je pense en particulier aux personnes âgées démente ou au**
75 **personnalité limites.**

76 Complètement oui, parfois on fait face à des patients qui sont compliqué à prendre en charge
77 et forcément le raisonnement clinique devient plus compliqué. Mais c'est des patients qui
78 peuvent renvoyer des choses qui ne sont pas forcément les choses qu'elles veulent exprimer,
79 mais c'est des comportements qui peuvent susciter plus facilement le rejet clairement. Tu
80 parles des états limites qui peuvent susciter le rejet de prime abord mais faut comprendre que

81 ça traduit avant tout une souffrance, faut chercher le sens derrière. Les états limites n'ont pas
82 les mêmes moyens de communication que nous pour exprimer leurs émotions, ils vont par
83 exemple s'énerver facilement, crier ou frapper mais ça reste un mode de communication. Des
84 fois nous on peut être tenter de dire que ce mode de communication est inadapté mais en
85 réalité c'est adapté à son état psychique du moment. Après c'est à nous de réfléchir à leurs
86 problématiques pour agir en conséquence.

87 **Tu as parlé des temps informels que tu vis avec les patients Concernant la relation de soin
88 que tu mènes avec eux, penses-tu qu'elle est utile pour mener un bon raisonnement ?**

89 Totalement oui, pour moi tu ne peux pas entreprendre un raisonnement clinique si tu n'as pas
90 un minimum de relation avec le patient on a affaire à humain et non à un robot, on est sur
91 quelque chose où le psychisme, les émotions, le ressenti et le feeling jouent beaucoup. Donc
92 pour faire ton raisonnement t'es obligé de créer un minimum de relation, après elle ne sera
93 pas forcément la même avec tous les patients mais c'est pour ça qu'on est une équipe
94 pluridisciplinaire. Je pense qu'elle est essentielle cette relation à créer pour sortir de ce
95 postulat de l'infirmier institutionnel parce qu'il faut savoir qu'en psychiatrie on a des temps
96 institutionnels obligatoire mais ce n'est pas le propre de notre métier ce n'est pas notre rôle
97 propre, je ne viens pas le matin juste pour donner trois traitements, faire manger les patients
98 et les coucher. Non ma journée elle est liée par une relation que je crée avec un patient, avec
99 des échanges que j'entretiens avec eux bon après là j'enjolive un peu le truck parce que
100 forcément on reste des humains donc dès fois on n'est pas forcément enclin à aller parler à
101 lui seul ou aller faire cinq entretiens. Mais après voilà je reconnais quand même que ces temps
102 non-institutionnels sont et doivent rester l'essence de notre pratique car c'est pendant ces
103 temps-là que tu apprends sur ton patient.

104 **Après le raisonnement clinique vient la phase de décision thérapeutique. Pour toi quelle est
105 l'impact de ce raisonnement sur la décision thérapeutique et la prescription ?**

106 Je pense que la prescription peut être influencée dans la prise en charge du patient. Après ici
107 on travail en équipe pluridisciplinaire mais c'est vrai que nous les infirmiers et aides-soignants
108 on est au cœur de la prise en charge avec le patient parce qu'on a toutes les informations, que
109 ce soit social, médical ou familial on peut avoir toutes les informations donc ensuite on essaie
110 de regrouper toutes ces informations, de les transmettre aux médecins pour qu'ils puissent
111 prendre une décision thérapeutique. Je pense donc qu'on a un rôle à jouer dans cette décision
112 médicale.

113 **Raconte-moi comment est ta relation avec tes collègues médecins.**

114 Je la vois réellement comme une relation de collaboration. Y'en a certains qui vont parler de
115 hiérarchie mais je pense qu'il faut éviter cette idée voire même cet affrontement. On n'est
116 pas une industrie ou je ne sais quoi, on est là pour soigner donc personnellement dès que j'ai
117 une idée ou des informations j'en parle à tous mes collègues quel qu'ils soient pour ensuite
118 décider ensemble. Après ça peut arriver qu'on ne soit pas en accord sur certains points et que
119 chacun défend son point de vue mais ça reste un échange professionnel dans l'intérêt du
120 patient. Pour moi ça doit rester dans le domaine d'une collaboration et non d'une
121 subordination pour pouvoir travailler ensemble.

122 **Cette collaboration est-elles plus marquée en psychiatrie par rapport aux soins généraux ?**
123 Oui la discipline psychiatrique favorise la collaboration parce qu'on est moins sur quelque
124 chose de palpable ou visible comme une plaie par exemple. Même si le matin je fais une
125 superbe démarche clinique sur un patient il la prendra en compte certes encore mais il voudra
126 quand même le voir, il ne va pas directement changer les thérapeutiques, a part en cas
127 d'urgence où là y'a la confiance qui rentre en jeu. Après il ne faut pas non plus oublier que le
128 médecin, les infirmiers et aides-soignants on a tous nos apports théoriques et nos domaines
129 de compétence propre à chacun.

130 **Et concernant ce champ de compétence, comment te sens-tu en termes d'autonomie ?**

131 Très bien, nous aux 2, en termes d'autonomie on a un grand champ d'action, on est
132 presque en autonomie totale d'ailleurs. Que ce soit dans les décisions ou notre travail on est
133 vraiment maître du déroulement de nos journée, on peut ne pas faire la même choses sur 4
134 jours différents. Par exemple au niveau des thérapeutiques, on peut choisir de donner ou non
135 certains traitements, de donner un si besoin selon notre évaluation.

136 **Et comment va se construire cette évaluation ?**

137 Alors à titre personnel, c'est au contact du patient, après y'a aussi beaucoup de concertation
138 avec les collègues, par exemple sur un patient pas trop bien je vais quand même demander
139 l'avis à un collègues aides-soignants même s'ils ne sont pas dans ce champ de compétence je
140 fais confiance à leurs interprétations du patient et généralement on est souvent d'accord. Le
141 raisonnement clinique c'est avant tout une réflexion que tu fais selon des preuves, des signes
142 et ensuite faut te servir de ton interprétation ou celle de tes collègues.

143 **Concernant maintenant la contention physique, quels sont les modalités de mise en place
144 dans ce service et quels sont tes arguments cliniques pour proposer ce soin ?**

145 Je pense qu'il faut d'abord différencier deux types de contention. Déjà on a la contention
146 humaine que l'on utilise quand un patient s'agite, ce n'est pas forcément de manière agressive
147 que l'on va l'utiliser. Après quand l'agitation commence à représenter un danger pour autrui
148 donc personnel ou patient, on va utiliser la contention physique. Après pour la réflexion, pour
149 moi y'a plusieurs raison, l'hétéro-agressivité et l'auto-agressivité. Après y'a aussi la chambre
150 d'isolement qui est une sorte de contention mais qu'on va utiliser selon les pathologies parce
151 que y'a certaines pathologies qui nécessitent ce genre de soin que je qualifie de soin intensif,
152 ça permet de se poser et de se recentrer.

153 **En parlant de la chambre d'isolement, on peut dire qu'elle est une alternative en amont à la
154 contention physique ?**

155 Alors oui complètement. Je pense que la chambre d'isolement lors d'une monter en tension
156 permet de couper l'avancer de l'agitation. Sachant que l'isolement c'est plus cet enfermement
157 dans un endroit sombre et sale pendant des jours, maintenant on a des protocoles d'isolement
158 qui dure 1h par exemple, ça peut aussi être fait en chambre du patient, on peut aussi avoir
159 des chambres d'apaisements, y'a aussi l'isolement accompagné d'un soignant. Donc oui ça
160 peut servir à éviter la contention physique que je n'aime pas utilisée.

161 **Justement peux-tu me parler de ton ressenti face à ce soin ?**

162 Le patient même s'il est violent, agité ou autre ça reste quelqu'un qui est en souffrance et qui
163 n'as pas conscience de son comportement et nous on rajoute la contention par-dessus ça. On
164 vient entraver ses libertés, on lui enlève aussi leurs dignités surtout donc moi je ne suis pas
165 forcément à l'aise avec ça, c'est toujours un moment difficile mais nécessaire. Après il faut
166 aussi savoir la doser, on n'attache pas forcément les mains, tête et pieds, on peut attacher
167 qu'une partie seulement selon la clinique du patient. Après c'est aussi compliqué car dans
168 l'équipe on n'est pas forcément tous d'accord sur la contention donc même quand on a la
169 prescription qui nous indique de la mettre on peut ne pas être d'accord mais il faut qu'on aille
170 dans le même sens.

171 **La prescription peut être remise en question ?**

172 Oui bien sûr, nous on a eu une fois un patient assez compliqué à prendre en charge, on l'a eu
173 pendant huit mois et on était un peu dans une impasse avec lui, un moment y'a des propos et
174 des actes qui nous ont conduit à réfléchir à la contention, et là dans l'équipe c'était compliqué
175 on a pris un moment pour prendre la décision malgré que la prescription été signée mais je
176 pense que chacun avait des choses à dire parce que ça pesait un peu sur l'équipe cette prise
177 en charge. Dans cette discussion on se prend un peu le bec parce que chacun a un point de
178 vue différent mais valable et c'est ça qui est beau dans ce service, chacun doit apporter sa
179 clinique. Après le médecin à trancher le débat et je pense que c'est bien d'avoir un
180 coordinateur dans ce genre de débat qui aide à la prise de décision parce que forcément nous
181 on se pose des questions sur est-ce que c'est bien ou pas pour lui mais a un moment il faut
182 agir. Et après ce soin on se repose ensemble pour en parler et c'est très dure pour chacun de
183 nous, ce moment de discussion c'était essentiel parce que c'était très compliqué
184 émotionnellement de poser les entraves. Le plus dure c'est que t'as l'impression que ça va à
185 l'encontre de ce que tu es vraiment ou de ce que tu veux être dans le soin. Ce qui est important
186 dans ce métier c'est vraiment l'introspection et la discussion pour ne pas oublier pourquoi on
187 est là et quel est l'objectif et surtout de mettre du sens dans ce que l'on fait, ne pas faire les
188 choses de manière robotique juste parce que c'est indiqué.

189 **Certains disent que les protocoles enlèvent une marge de manœuvre dans le soin et le rend
190 moins singulier, qu'est-ce que tu en pense ?**

191 Je suis complètement d'accord, en fait tu te retrouves à suivre des étapes sans réfléchir juste
192 parce qu'elles sont marquées. Pour moi les protocoles devraient exister comme une aide, un
193 outil et non pas comme un ordre auxquelles il faudrait se soustraire. Le problème aussi c'est
194 que les règles de l'hôpital changent et on se retrouve avec des désaccords entre les soignants
195 et les gestionnaires de l'hôpital.

196 **Pour finir, j'aimerais revenir sur les jugements cliniques, est-ce que tu les utilises ?**

197 Je pense que oui mais je le fais de manière implicite, je le fais plus comme avant avec un
198 démarche clinique posée sur papier. Je pense que tout ce que je faisais sur feuille je le fais
199 mentalement et y'a juste mes interprétations qui seront explicites.

200 **Cette activité mentale de réflexion, elle gagne à s'améliorer via l'expérience ?**

201 Oui totalement, chaque patient est différent et m'apporte un savoir qui fera mon expérience.
202 Même un même patient, selon le moment de la journée ils changent et j'apprends au fur et à

203 mesure à me questionner sur la clinique. Donc c'est sûr que sur des années on voit
204 énormément de patient et de collègues qui nous aident à nous améliorer. Après je suis encore
205 à mes débuts mais je suis déjà conscient de ce que m'apporte mon expérience au quotidien.
206 **Parfait je te remercie**

Entretien 3, Lehena (IDE 3)

1 **Yasin : Peux-tu me décrire ton parcours professionnel depuis ton diplôme ?**

2 Lehena : Alors avant j'étais aide-soignante en pneumologie et en soin palliatif pendant 7 ans
3 et après bah donc j'ai fait l'école d'infirmière et après j'ai passé deux ans de nuit en
4 rhumatologie après j'ai été en congé maternité et j'ai repris au mois de juin dans ce service

5 **Y : Pourquoi ce service ?**

6 L : J'ai été financé par l'hôpital donc j'ai été placée ici car il y'avait besoin de renfort à ce
7 moment-là après c'est un service intéressant parce que c'est un service qui est redevenu
8 médecine polyvalente cet été donc on voit un peu tout c'est très formateur

9 **Y : J'aimerais maintenant savoir, pour toi, qu'est-ce que c'est le raisonnement clinique et**
10 **comment l'utilises-tu au quotidien ?**

11 L : Euh déjà je pense qu'il y'a l'observation qui entre en jeu, euh ensuite y'a la communication
12 avec le patient, lui poser des questions pour savoir comment il ressent les choses après je
13 pense que la conversation aussi avec l'aide-soignante est importante parce qu'elle ne verra
14 pas la même chose que moi. Après la concertation en équipe est aussi importante euh même
15 si nous on n'a pas de staff donc c'est souvent pendant une relève avec le médecin et le cadre.

16 **Y : Tu as parlée de la communication avec le patient, en quoi la relation avec le patient est**
17 **importante dans le raisonnement clinique ?**

18 L : Je pense que ça joue beaucoup, ça l'aide à être dans l'acceptation et pour ça je pense qu'il
19 faut être dans l'empathie, être abordable et savoir utiliser les mots justes parce que des fois
20 nous on a des jargons qu'eux ne comprennent pas forcément donc il faut essayer de se mettre
21 à la portée du patient.

22 **Y : Dans les services tels que la médecine aiguë polyvalente, les patients n'ont pas forcément**
23 **de diagnostic posé à leur arrivé donc comment est-ce que tu approches et évalue le patient**
24 **à la première rencontre ?**

25 L : Alors nous ici on accueille le patient avec un inventaire d'entrée dans lequel on a des
26 questions à poser au patient. Ça permet de savoir comment il est pris en charge à la maison
27 s'il est entouré etc. Après au niveau clinique on a des questions sur son ressenti, comment ça
28 s'est passé, comment il est rentré, pourquoi il est arrivé jusqu'ici, par qui il a été amené euh
29 voilà tout ça. Après faut souvent revenir sur ces questions parce que la plupart du temps ils
30 arrivent des urgences donc ils n'ont pas forcément envie de répondre parce qu'ils sont fatigués
31 parce qu'ils n'ont pas mangés, ils sont restés 10h assis sur un banc aux urgences, ils ont mal
32 au dos ils en peuvent plus etc.

33 **Y : Dans le raisonnement clinique on parle souvent d'hypothèses générées puis de validation**
34 **de celles-ci, est-ce que ta méthode de raisonnement ressemble à celle-ci ?**

35 L : Oui j'ai des hypothèses qui me viennent en tête au début mais après c'est surtout
36 l'expérience qui me faire dire si c'est bien ça. Par exemple sur une fin de vie une personne qui
37 vas avoir un certain comportement caractéristique je vais me dire que ça ne va pas tarder pour
38 elle parce que je l'ai vécu à plusieurs reprises.

39 **Y : Concernant les diagnostics infirmiers que l'on appelle aussi les jugements cliniques, est**
40 **ce que tu les connais et est-ce que tu les utilises ?**

41 L : Oui alors je pense qu'on les utilise indirectement euh après c'est à dire que.... Je trouve
42 qu'on n'est pas assez complet, nous, dans notre façon de faire par rapport aux diagnostics
43 infirmiers. Si on devait faire précisément tous ce qui découle des diagnostics infirmiers sur un
44 patient ça serait ingérable, on ne pourrait pas. Ils ne sont pas adaptés à la prise en charge c'est
45 à dire que on va se cantonner à l'aspect clinique tout ça et pour le social ce sera peut-être plus
46 tard et on ne va peut-être pas forcément aller en profondeur parce que on n'a pas le temps
47 avec les patients il faut aller vite, on n'est pas je pense assez compétent, on n'a pas non plus
48 les moyens etc donc on ne s'attarde pas trop sur la prise en charge post hospitalière.

49 **Y : Après le raisonnement clinique, on retrouve la prise de décision thérapeutique, pour toi**
50 **quel est le poids de ton raisonnement sur les décisions thérapeutique ?**

51 L : Il a autant de poids que celui du médecin et de l'aide-soignante. Souvent l'aide-soignante
52 passe plus de temps avec le patient que nous les infirmiers ou les médecins. Avec les soins
53 infirmiers compliqués et l'administratif qui nous prend beaucoup de temps on en a moins pour
54 les patients donc c'est vrai que je trouve que le rôle de l'aide-soignante est très important.
55 Après je pense qu'on a autant de poids que les médecins et de façon générale ils nous
56 écoutent.

57 **Y : En parlant de collaboration avec les médecins, j'aimerais savoir comment elle s'articule**
58 Ben c'est à travers la transmission sur ordinateur donc c'est pour ça que c'est important de
59 mettre en place de bonnes transmissions car ils ne sont pas toujours ici donc de leurs bureaux
60 ils regardent ce qui a été fait dans l'après-midi dans la matinée et je pense que les informations
61 que je récolte conditionnent les futures prescriptions. Sinon y'a aussi la relève le matin, il y a
62 que à ce moment-là où vraiment on peut mettre les choses en place et puis sinon on peut les
63 appeler par téléphone quand y'a des problèmes.

64 **L : Concernant la contention, j'aimerais savoir quelles sont les modalités d'utilisation dans**
65 **le service et tes arguments cliniques pour proposer ce soin.**

66 Y : Alors heu.... Y'a deux cas on vas dire. En premier y'a l'urgence c'est-à-dire que le patient
67 arrive des urgences et il est déjà agité donc là ce que l'on va faire c'est mettre une contention
68 physique en urgence en attendant que le médecin vienne faire la prescription de contention
69 chimique pour le calmer. On va faire ça parce qu'il peut se mettre en danger en enlevant sa
70 perfusion et là on ne pourra pas administrer les médicaments.

71 Après l'autre cas c'est en cas d'hétéro-agressivité mais c'est rare honnêtement donc la plupart
72 du temps c'est pour protéger le patient.

73 **Y : Comment ça se passe pour prescrire toi-même une contention ?**

74 L : Oui on peut nous-même prescrire la contention, on a un questionnaire à remplir avec le
75 temps de mise en place, pourquoi on l'a mise, si les surveillances des escarres ont été faites,
76 pareil pour l'hydratation et l'élimination après on doit revoir ça en équipe si ça doit durer, là
77 je parle notamment des personnes démentes qui n'arrive pas à rester au fauteuil quand on
78 les met sous Optiflow et ça c'est assez problématique car on doit contentionner des gens au
79 fauteuil qui sont autonomes de base et la contention ça peut tellement les perturber que ça

80 peut aussi toucher leur autonomie et les agiter. Le problème c'est que si on les contentionne
81 pas, ils vont se lever sans faire attention à l'Optiflow du coup ils vont l'enlever et ils vont dé
82 saturer et tomber derrière mais ça on en parle toujours en équipe et on surveille via des
83 questionnaires régulièrement.

84 **Y : Quels sont les arguments cliniques pour enlever la contention ?**

85 L : Quand on voit que l'agitation est moins présente. Après on les enlève aussi quand le patient
86 se blesse avec mais c'est très rare parce qu'il ne blesse pas normalement, après on les enlève
87 en présence de la famille. Généralement les contentions on les met avant tout parce qu'on ne
88 peut pas surveiller tout le monde, si on pouvait rester dans une chambre avec le patient on
89 pourrait répondre à ces besoins de suite et du coup il y aurait moins d'agitation

90 **Y : Peux-tu me parler de ton ressenti face à ce soin ?**

91 L : Alors moi je trouve que on a fait un très gros progrès sur ça depuis des années, j'ai fait un
92 travail sur ça justement quand j'étais aide-soignante. Je pense que ça peut être une
93 maltraitance si ce n'est pas bien analysée. Quand j'étais en soin palliatif on mettait des matelas
94 au sol plutôt que d'attacher une personne.

95 **Y : Parmi les raisons de la mise en place de contention on retrouve souvent le risque de**
96 **chute, pour toi c'est une raison valable ?**

97 L : Oui, la chute ça peut déclencher des hémorragies, il y a pas longtemps j'ai un patient pour
98 qui on a pas pris cette raison de contention parce que c'est un monsieur qui à la base était
99 tout à fait autonome il a fait des hypotensions orthostatiques le matin et de là donc je lui avais
100 dit « écoutez rester au lit si vous avez besoin vous m'appeler pour les urines, je vous passerai
101 tout ce qu'il faut » il m'a pas écouté parce que bon bah dans sa tête c'était passé, il a pas ... il
102 a pas fait attention. Il s'est levé il a chuté derrière et il a fait une hémorragie au niveau du foie
103 et c'est aller très loin donc c'est vrai que parfois ça peut être utile. Je pense que quand on en
104 arrive à mettre des contentions c'est par nécessité vraiment.

105 **Y : Quels sont les alternatives possibles en amont pour éviter la mise en place des**
106 **contentions et en aval pour éviter la récurrence ou la durée de celles-ci.**

107 L : Alors du coup on a la contention chimique pour calmer les patients qui sont sous oxygènes
108 et qui se l'enlève sans arrêt. Après le fait d'avoir une famille présente quand on peut ça aide
109 aussi à calmer la personne mais c'est vrai que là avec le COVID c'est plus compliqué d'avoir les
110 familles. Après y'a pas trop d'alternatives.

111 **Y : Et bien merci pour cet entretien, on a pu parler de pas mal de domaines, est ce qu'il y a**
112 **un thème que tu aimerais aborder ?**

113 L : Non pas spécialement, après si ça peut t'intéresser y'a pas mal de travaux qui ont été fait
114 à ce sujet

Entretien 4, Lara (IDE 4)

1 **YASIN : Peux-tu me raconter ton parcours depuis ton diplôme ?**

2 LARA : Je suis diplômée depuis 2006 donc ça fait 14 ans, j'ai travaillé 13 ans à et là ça va
3 faire 6 mois que je travaille ici j'ai pas beaucoup bougé.

4 **Y : Pourquoi ce service ?**

5 L : Parce qu'une place était libre ici, je voulais changer de service et c'est un service très varié
6 donc c'est ça qui m'intéresse même si maintenant c'est que du COVID en ce moment.

7 **Y : Qu'est que le raisonnement clinique pour toi et comment l'utilises-tu dans ta pratique ?**

8 L : C'est-à-dire ?... C'est vrai que nous on est très dans concret donc ça veut dire le patient a
9 un problème il faut que je le règle de suite je sais pas si c'est ça ?

10 **Y : C'est plus dans le sens, quelle est ta réflexion devant un patient que ce soit par exemple
11 pour déceler un problème ou pour sa prise en charge. Comment est-ce que tu prends des
12 décisions ?**

13 L : J'essaie de savoir quelle décision est la meilleure pour le patient dans le sens de la sécurité
14 à savoir, qu'il ne se blesse pas et que les soins soient effectués parce y a des patients sous
15 oxygène qui s'enlève l'oxygène et là ils peuvent décéder quand même donc c'est surtout ça.
16 Qu'est-ce qui est le mieux ou le moins délétère pour le patient.

17 **Y : C'est la balance bénéfico-risque ?**

18 L : Voilà c'est ça j'essaie de peser le pour et le contre parce qu'après c'est sûr qu'une
19 contention physique ce n'est jamais l'idéal, loin de là, mais parfois on en arrive là. Après c'est
20 vrai que des fois il y a la contention chimique qui peut exister aussi mais les médecins sont
21 quand même... ils en mettent mais... C'est quand même plus compliqué car c'est des
22 molécules chimiques pas simple à maîtriser.

23 **Y : Ça demande un certain dosage difficile à trouver ?**

24 L : Voilà il faut faire attention à ça, en plus c'est souvent des personnes âgées donc le
25 métabolisme n'est pas forcément au top, tu sais pas exactement comment la personne va
26 réagir avec ces molécules.

27 **Y : Par rapport à la contention physique, comment est-ce que la décision est prise de ton
28 côté ? Sur quoi est-ce que tu te bases pour formuler la demande ?**

29 L : Par exemple y'a le risque et le danger de ne pas le faire. Si vraiment je vois qu'il y a un
30 danger réel à ne pas contensionner

31 **Y : Comment mesures-tu ce danger ?**

32 L : Ça peut dépendre des dispositifs médicaux, par exemple s'il est sous oxygène et qu'il se
33 l'enlève tout le temps, c'est un danger parce que y'a une rupture thérapeutique et risque de
34 décès. Après il y a différentes raisons mais c'est sûr que si un patient se lève une fois et se
35 casser la figure ma première réaction c'est pas de l'attacher mais si je vois que ça arrive sans
36 arrêt et qu'il se blesse, là on va se dire qu'il faut réfléchir. Après, de plus en plus on a des
37 contentions qui sont moins embêtantes que celle qu'il y avait au début de ma carrière. Avant
38 on avait juste les contentions poignées et chevilles ça c'est.... C'est horrible juste pour une

39 personne qui se lève et tombe euh c'est horrible parce qu'elle peut même plus se gratter le
40 nez.

41 Maintenant on a des ceintures de sécurité c'est vrai qu'on les met plus facilement en cas de
42 chute parce que le problème c'est pas ce qu'ils font avec leurs mains, c'est qu'ils tombent et
43 se font mal donc ça permet de sécuriser plutôt que d'attacher.

44 **Y : Avant la décision d'utiliser la contention, vous mettez des moyens en œuvre pour éviter
45 d'attacher ?**

46 L : C'est... c'est compliqué parce que on parle de personnes qu'on ne peut pas raisonner parce
47 que certaines sont démentes. Y'a des personnes âgées, il suffit de les sortir de leurs contextes
48 et elles deviennent complètement perturbés donc elles ne peuvent pas comprendre ce qu'on
49 leur dit. On va leur dire : « si vous faites ça vous allez mourir » C'est comme si on leur disait
50 « demain il va faire beau ». Ça n'a aucun sens. Dès fois on peut essayer d'expliquer et on voit
51 qu'il y'a quand même compréhension alors qu'on n'y croyait pas mais la plupart du temps on
52 parle de gens qui ne comprennent pas et ce n'est pas qu'ils sont méchants ou qu'ils veulent
53 se faire du mal mais c'est qu'ils ne comprennent pas ce qu'il se passe tout simplement. Les
54 contentions physico-chimique, quand on en arrive là, c'est vraiment quand y'a pas d'autre
55 solution. C'est pas juste pour un malade psychiatrique qui n'a pas pris ses cachets ou que son
56 traitement n'est pas adapté non c'est quand on a pas d'autre choix.

57 **Y : On peut entendre parfois que les patients psychiatriques été plus facilement mis sous
58 contention, est-ce que, ici, tu retrouves ce phénomène ?**

59 L : Forcément ça va être plus des gens qui ont des problèmes psy mais pas forcément
60 psychotique. Ici C'est plus la démence parce que en général les patients psychotiques, quand
61 ils viennent chez nous ils sont pas vraiment en crise, quand ils ont leurs traitements c'est
62 gérable. Non, Dans le milieu hospitalier médical classique je pense pas que ce soit un problème
63 ici

64 **Y : Est-ce que tu te sens formée pour aborder la contention ? Pendant tes études ou pendant
65 ton parcours ?**

66 L : C'est plus sur le terrain après tu le vois au début de ta carrière tu ne met pas de contention
67 sur certain patients et tu t'en veux après parce que ça a été délétère, il est tombé, il s'est fait
68 mal donc c'est par expérience. On ose pas la mettre parce que c'est grave de mettre une
69 contention ça fait pas plaisir parce que c'est quand même... voilà... on est pas soignant pour
70 contraindre les gens comme ça.

71 **Y : Qu'est-ce que tu ressens lorsque tu installes les contentions ?**

72 L : Bah c'est pas joyeux du tout, ça me fait de la peine mais en même temps comme je t'ai dis,
73 des fois je l'ai pas mis et au final j'ai je me suis dis « c'est à cause de moi qu'il s'est fait mal »
74 parce que j'ai pas mis la contention. J'aurais pu faire en sorte qu'il se fasse pas mal.

75 **Y : On parle souvent de de l'expérience dans le raisonnement clinique, avec ton expérience,
76 tu es plus à l'aise sur l'évaluation d'un patient ?**

77 L : Oui ça c'est sûr, après il faut jamais se dire que c'est acquis, chaque patient est différent
78 mais c'est certain qu'avec l'expérience ça aide. Tout ce qu'on a vécu avant c'est des situations

79 sur lesquelles on s'appuie sinon c'est dommage de ne pas s'en servir. Après il faut être
80 conscient que c'est pas parce qu'on a de l'expérience que tout ce qu'on va faire c'est top.
81 Il faut tout le temps se remettre en question « *est ce que là c'est toujours adapté ? est-ce que*
82 *ma contention elle est toujours valable* » Il faut toujours se poser des questions et dans la
83 contention justement il faut à chaque moment, chaque jour réadapter
84 **Y : Concernant les diagnostics infirmier, est-ce que tu les connais et utilise ?**
85 L : Peut-être que je les utilise sans savoir mais honnêtement c'est surtout les médicaux. On
86 avait le livre là à l'école je m'en rappelle mais ici on ne les utilise pas.
87 **Y : Est-ce que la relation de soin participe à la réflexion et la recherche de diagnostic ?**
88 L : Oui oui il faut connaître le patient pour savoir de qui tu parles. Après y'a des gens qui vont
89 tout de suite être très ouverts pour parler parce que tu es soignant donc ils te font confiance
90 et pour certain c'est plus compliqué. Y'a des patients tu vas savoir ce qu'ils vont faire et leurs
91 réactions parce que t'as appris à les connaître. Connaître ton patient c'est hyper important
92 **Y : Lors de la mise en place d'une contention, cette relation est-ce qu'elle est perturbée ?**
93 L : Elle est forcément perturbée parce que c'est dans une situation où la relation est perturbée.
94 Sinon on n'en serait pas là et il n'y aurait pas besoin de la contention.
95 **Y : A partir de quel moment est-ce que tu décide que la contention a fait son effet et qu'on**
96 **peut l'enlever ?**
97 L : Lorsqu'il n'y'a plus de danger pour le patient
98 **Y : Comment tu le mesures ?**
99 L : Alors parfois on teste un petit peu on voit comment ça se passe. Souvent on dit que y'a des
100 gens dès qu'on les entraves ils s'énervent mais y'en a certains, au contraire, ça les apaise
101 parce qu'ils se sentent sécurisés surtout maintenant avec les ceintures.
102 **Y : Comment ça se passe la surveillance d'un patient sous contention ?**
103 L : Quand tu fais les soins de nursing tu vérifies si ça ne sert pas trop.
104 **Y : Cette surveillance peut désorganiser ton organisation ou du moins la complexifier ?**
105 L : C'est un peu complexifier le soin au niveau purement technique car tu as cette contention
106 au milieu qui peut gêner donc ça prend du temps et du travail en plus.
107 **Y : J'aimerais savoir ce que tu penses de la collaboration entre toi et le médecin**
108 L : Dans ce service j'ai trouvé une relation entre médecins et soignants où le médecin écoute
109 quand même ce que tu as à dire surtout niveau contention parce qu'il comprend bien que le
110 patient ils ne le voient pas longtemps donc ils nous écoutent. Après eux aussi ils n'ont pas
111 envie d'avoir un patient qui tombe et qui se casse le col du fémur donc on se met assez bien
112 d'accord sur ce genre de décision.
113 **Y : Du coup j'imagine que la plupart des observations qui va transmettre ou un réel poids**
114 **sur les décisions thérapeutiques ?**
115 L : Pas toujours, pas toujours c'est plutôt dans le cas de la contention, pour ce qui est du
116 somatique c'est moins le cas après ça dépend du médecin aussi et la situation mais il y a quand
117 même une communication dans ce service y'a pas se plaindre.
118 **Parfait, je te remercie pour tes réponses.**

Entretien 5, Amélie (IDE 5)

1 **Yasin : Pouvez-vous me raconter votre parcours ?**

2 Amélie : Alors je suis diplômé en 1984 je fais quelques services de chirurgie médecine pendant
3 3 ans euh ensuite je suis allé direct au SAMU pendant 10 ans puis de la réa, de la cardio et
4 depuis 1997 je suis aux urgences.

5 **Y : J'aimerais savoir maintenant, qu'est-ce que le raisonnement clinique et comment**
6 **l'utilisez-vous dans votre exercice ?**

7 A : Alors tout dépend de la façon dont arrive la personne s'il arrive seul ou accompagné par
8 les pompiers c'est complètement différent. S'il est accompagné par les pompiers ou une
9 ambulance je vais avoir quand même avoir une relève. Si c'est quelqu'un qui arrive seul c'est
10 complètement différent, je vais déjà observer comment il arrive, sa façon de marcher, une
11 coloration particulière. Je vais vraiment l'observer intégralement.

12 Ensuite j'écoute la raison pour laquelle il vient, je prends tous les paramètres
13 hémodynamiques, la douleur avec l'EVA, la glycémie, l'hémocue. Après je pose quelques
14 questions et très rapidement il faut rapidement synthétiser le patient euh et de là je l'oriente
15 dans un secteur ou un autre en fonction de la pathologie annoncée et la pathologie que je
16 décèle en fait voilà ça se passe comme ça.

17 **Y : Du coup quand vous parlez de pathologie à déceler euh est-ce que vous parlez aussi de**
18 **diagnostic infirmier ?**

19 A : Moi je trouve qu'on a des diagnostics infirmiers, c'est l'expérience qui fait que on cherche
20 les diagnostics et là c'est une parenthèse que je fais, on peut trouver des diagnostics que les
21 médecins généralistes n'ont pas exprimés. Nous on a une autre vision de la personne. Par
22 exemple le médecin nous adresse un patient pour une douleur dorsal qui s'avère être une
23 colite néphrétique. Nous, (les infirmières d'accueils) on est tellement compétentes et experte
24 et tous que ça facilite. Mais normalement il n'existe pas vraiment de diagnostic infirmier.

25 **Y : Pourtant il existe une classification qui existe comme celle de la NANDA**

26 A : Alors moi je le fais un peu avec mon instinct, mon expertise, ma compétence entre
27 guillemets et mon ancienneté donc j'ai plutôt une vision globale du patient et rapidement je
28 fais mon diagnostic mais c'est vrai que je suis pas peut être dans les règles tu vois ce que je
29 veux dire.

30 **Y : C'est intéressant que vous parliez de l'intuition puisque les auteurs du raisonnement**
31 **clinique différencient bien une première phase qui est l'intuition et la seconde phase qui est**
32 **l'analyse analytique avec la recherche de preuve. Vous procédez de la même manière ?**

33 A : Oui complètement et a 80% l'intuition oriente vers le bon diagnostic

34 **Y : Tout à l'heure on parlait de l'expérience. Pour vous l'expérience a vraiment amélioré**
35 **vos intuition ?**

36 A : Oui tout à fait. Euh comment te dire... je peux, quand je suis infirmière accueil debout (c'est
37 les gens qui arrivent sans ambulance) à la vision du patient je peux savoir à peu près pourquoi
38 il vient mais ça c'est l'expérience et ça c'est pas du tout pour mettre en avant, je ne suis pas la
39 meilleure infirmière à l'accueil du monde mais l'expérience elle fais que je suis plus à l'aise.
40 Une fois j'ai dit à un élève qui faisait aussi un travail sur l'accueil que dans la police je serai un
41 peu profileuses tu vois ce que je veux dire ? C'est un peu ce que je ressens en fait.

42 **Y : Du coup toujours par rapport à l'expérience, est ce que ça vous permet aussi d'avoir une**
43 **certaine autonomie et est-ce que vous utilisez un outil comme la grille de tri ?**

44 A : Je ne vais pas te mentir, je m'en détache grâce à l'expérience. Par exemple le patient que
45 je ne sens pas je le met en salle de déchoq, je vais voir le médecin pour lui dire que je le sens
46 pas et voilà. Quand c'est aux secteurs de médecine je vais prioriser mon intuition, mon
47 diagnostique et dire « ce monsieur est ce que vous pouvez ne pas le faire attendre comme
48 parce que je ne le trouve pas bien. » je vais aussi parler au médecin d'accueil ou au médecin
49 du déchoquage pour dire « faut que tu prennes en charge rapidement le patient »

50 **Y : Du coup cette collaboration avec le médecin que vous avez est-ce que dans votre exercice**
51 **vous vous voyez sur un même pied d'égalité avec un domaine équivalent ?**

52 A : On peut pas parler d'égalité, c'est pas possible. Je ne suis qu'une infirmière mais bon ils
53 nous connaissent, je veux dire... ils me font confiance la plupart du temps, je peux me tromper
54 comme tout le monde mais euh au niveau de l'intuition et au niveau diagnostique je trouve que
55 que je suis sur un pied d'égalité mais c'est moi qui le dis et après les médecins me font
56 confiance aussi.

57 **Y : Du coup comment vous évalueriez votre autonomie par rapport au service de médecine**
58 **classique, Vous vous sentez plus autonome ?**

59 A : Moi je me sens autonome dans mon travail d'infirmière d'accueil moi personnellement ça
60 avec l'expérience que j'ai, je me sens autonome et si j'ai un doute je vais voir un médecin
61 d'accueil. Je reconnais que je ne parle pas de tous les patients au médecin d'accueil
62 notamment les patients que je renvoi dans les maisons médicales à droite ou à gauche mais
63 je peux me permettre de sortir de mon cadre grâce à l'expérience.

64 Tout ce qui est trauma je peux renvoyer sans problème si ça date de 3 jours je renvoie et tous
65 mais par contre il y a des problèmes plus médicaux ça par contre je ne renvoie pas un
66 problème médical sans en référer au médecin d'accueil. Après les jeunes infirmières d'accueil
67 ont l'obligation de téléphoner au médecin d'accueil pour tout ce qu'elle renvoie entre
68 guillemets à une maison médicale ou au médecin généraliste euh moi je reconnais que je
69 devrais le faire mais je le fais pas systématiquement et généralement mon expérience fais que
70 je me trompe rarement.

71 **Y : Je vous pose la question de l'autonomie car dans un article que j'avais lu par rapport à**
72 **vos exercice il été marqué que l'infirmier d'accueil est un peu comme le chef d'orchestre**
73 **des urgences vous êtes d'accord avec ça ?**

74 A : Complètement, elle a une responsabilité incroyable et c'est tout à fait ça.

75 **Y : J'aimerais vous interroger par rapport au protocole vous en utilisez ?**

76 A : Alors on a des protocoles douleur mais alors moi je marche à l'ancienne école je ne vais
77 pas mentir, je les connais les protocoles, je sais évaluer la douleur, quoi donner, respecter les
78 temps, les paliers et tout. Ensuite il y a des protocoles que les plus jeunes suivent mais je ne
79 suis pas vraiment rigoureusement là-dessus là tu parles avec quelqu'un qui est qui est bientôt
80 à la retraite

81 **Y : J'aimerais maintenant vous interroger sur le raisonnement orienté vers la contention,**
82 **quelles sont les questions que vous posez dans la mise en place de ce soin ?**

83 A : Alors moi déjà je n'aime pas la contention mais des fois on n'a pas le choix aux vues de
84 l'agressivité et la dangerosité de certains patients. Par contre ce que je constate c'est que
85 souvent on contentionne des gens plus « psychiatrique » mais ça c'est mon ressenti. Moi ce
86 qui m'arrive de faire c'est demander à tout le monde de me laisser tranquille puis d'essayer
87 d'apaiser la personne quel qu'elle soit pour éviter la contention. Quand c'est quelqu'un qui
88 est extrêmement agité et qu'on ne peut rien faire même à 10 dessus, normalement on doit
89 demander une prescription médicale tu le sais mais là quand on n'a pas le choix, l'urgence
90 impose d'agir avant la prescription. La contention me dérange parce que physiquement je
91 trouve ça très agressif et très... très dur quoi c'est c'est... c'est très rabaisant pour le patient
92 et terriblement humiliant, Après des fois on n'a pas le choix il y a des gens qui sont
93 extrêmement agressifs aux urgences et tellement provocateur, menaçant, insultant
94 verbalement et physiquement donc un moment on a beau parler on n'y arrive plus donc là
95 j'appelle les gardes pour le maîtriser. Des fois y'a une infirmière qui peut l'apaiser et pendant
96 ce temps-là on arrive à le contentionner.

97 **Y : Vous êtes préparé à ce genre de situation avant d'arriver aux urgences ou même pendant**
98 **l'exercice ?**

99 A : Non c'est un peu sur le tas qu'on apprend

100 **Y : J'imagine que faire un examen clinique à une personne agitée c'est compliqué.**

101 A : C'est très compliqué oui, si les pompiers m'amènent un patient agité voir furieux là on
102 l'emmène directe en déchoc et là on est plusieurs pour mettre les contentions. Généralement
103 les pompiers me disent qu'on ne peut rien faire et c'est surtout quand le patient est menaçant
104 avec des gestes violents on va directe en déchoc on ne l'envoie pas dans des services de
105 médecine ou chirurgie.

106 **Y : L'agitation que vous décrivez m'invite à un autre point, dans la littérature du**
107 **raisonnement clinique, celui de la relation de counselling qui correspond à la relation de**
108 **soin. Comment ça se passe dans un service d'urgence ?**

109 A : Tout dépend de la personne que l'on reçoit. On est tous humains on a le dialogue plus facile
110 selon ce qui on a devant nous. Tout dépend aussi de la journée qu'on a, des fois on a le temps
111 d'associer le rationnel avec notre entretien et des fois on n'a pas le temps, des fois ça défile ça

112 défile. L'entretien d'accueil doit être très rapide mais si on a le temps de prendre en charge
113 correctement le patient on va ajouter du rationnel par des questions basique « vous avez des
114 enfants ? Vous êtes marié ? vous faites quoi comme travail ? Des fois la discussion peut être
115 très naturel mais ça ça dépend de plein de critères. Après de manière générale, je pense qu,1

116 **Y : Je voudrai également connaître votre implication dans la décision thérapeutique, est-ce**
117 **que votre raisonnement peut guider les choix thérapeutiques ?**

118 A : Oui oui parce que quand on est infirmière d'accueil on note toutes nos remarques et quand
119 le médecin voit marqué colique néphrétique tout de suite il prescrit des antalgiques. Nous
120 pour la colique néphrétique, déjà j'accompagne le patient avec les pompiers et je dis a ma
121 collègue infirmière « tu lâches tout, tu vas calmer ses douleurs » parce que c'est des douleurs
122 terribles. Pour les douleurs thoraciques, on fait direct l'ECG. La rétention urinaire est une
123 urgence aussi pour le patient donc pareil il faut vite le sonder et faire le *blad scan* Tout ce qui
124 est douleurs insupportables, moi je me permets d'accompagner le patient et de dire « allez on
125 arrête tout, on calme sa douleurs » et ça se passe très bien la plupart du temps ça se passe
126 très bien entre nous, la douleur c'est important.

127 **Y : Êtes-vous amené à ausculter les patients ?**

128 A : Alors oui moi ça m'arrive d'ausculter selon les symptômes. Après c'est quelques choses qui
129 se perd malheureusement. Certains ne prennent plus le pouls radial par exemple, moi je le
130 fais tout le temps pour déceler une arythmie cardiaque par exemple. Le problème c'est qu'on
131 perd de la donnée si on ne touche pas le patient. L'auscultation pour moi ça aide à réfléchir
132 sur les problématiques du patient.

133 **Y : J'ai pu lire aussi dans divers articles la proposition de faire une spécialité infirmière aux**
134 **urgences tout comme les IADES par exemple, voir même une pratique avancée, vous en**
135 **pensez quoi ?**

136 A : je serai plus jeune je le ferai parce que c'est vrai que pouvoir faire des demandes de radio,
137 avancer quelques soin ce serai bien.

138 **Y : Vous vous sentez capable d'avoir plus de compétences ?**

139 A : Bien sûr, pour moi, je suis à la limite de la pratique avancée aux urgences sans l'être mais
140 c'est obligatoire et pas parce que je suis une super infirmière pas du tout c'est parce que j'ai
141 l'expérience.

142 **Y : Le glissement des tâches intervient aussi dans vos pratiques aux urgences ?**

143 A : Oui aux urgences on n'a pas mal de glissement des tâches, ça je reconnais

144 **Y : Donc ça augmente aussi vos responsabilités ?**

145 A : Oui bien sûr bien sûr on est responsable de l'accueil des urgences donc il faut quand même
146 être très vigilant et être expert. On ne fait pas l'accueil au en arrivant aux urgences il faut 2 ou
147 3 ans. Il faut connaître l'institution déjà, il faut connaître les pathologies et la clinique. Être
148 infirmier d'accueil ça demande une capacité à raisonner rapidement et efficacement.

149 L'expérience fait qu'on est on a aussi plus de compétences, plus de savoirs, plus habitudes,
150 plus de cliniques dans la tête.

151 **Y : Pour terminer l'entretien, est ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez rajouter ?**

152 A : Je trouve que l'humain et le relationnel aux urgences se perdent de plus en plus. C'est lié à
153 la société d'aujourd'hui, c'est lié au fait que les nouvelles infirmières sont moins dans le
154 relationnel et ça pour moi c'est une catastrophe.

155 **Y : C'est quelque chose qu'on avait reproché un peu au médecin à l'époque qui se
156 concentraient plus sur l'organe plutôt que le sujet**

157 A : Oui c'est vrai déjà ils ne touchent plus les patients.

158 **Y : Pensez-vous qu'il y a des contraintes institutionnelles qui empêchent le contact humain ?**

159 A : Il y a l'hyperactivité aux urgences surtout avec le covid et les masques. Hier on a eu une
160 activité terrible on n'a pas eu le temps de faire manger les gens, c'est terrible.

161 Moi mon plus ici c'est l'hypnose médicale et je me régale parce que ça te permet de
162 t'approcher du patient et c'est une approche qui est extrêmement enrichissante et puis en
163 même temps comme elle apaise la personne et t'as l'impression d'avoir fait quelque chose
164 d'extraordinaire

165 **Y : Vous avez soigné le sujet avant d'avoir soigné le corps.**

166 A : Voilà

167 **Y : Et vous pouvez utiliser aussi dans le cadre de la douleur ?**

168 A : Oui pour les luxations en général pour éviter l'anesthésie générale, on associe quand
169 même le *Méopa* mais on évite l'anesthésie. Au début c'était compliqué de faire accepter ça
170 aux médecins mais maintenant ils nous demandent de réaliser l'hypnose et ça c'est un vrai
171 plus. C'est un soin que demande pas mal de techniques et de maîtrise du discours

Entretien 6, Camille (IDE 6)

1 **Yasin: Avant de commencer, est-ce que tu peux présenter ton parcours professionnel ?**

2 Camille : Après mon diplôme en 2016 j'ai travaillée 2ans et demie en réanimation et ensuite
3 je suis allée travailler en cabinet libérale.

4 **Y : Dans un premier temps, j'aimerais savoir ce qu'est pour toi le raisonnement clinique et
5 comment l'utilises-tu dans ta pratique au quotidien ?**

6 C : Ça va d'abord dépendre de si je connaît le patient ou pas mais dans tous les cas je fais un
7 interrogatoire. Après je vais aller vérifier les informations disponibles dans son dossier
8 médicale et lui demander ses antécédents, je vais aussi aller demander les traitements qu'il
9 prend.

10 **Y : Au-delà des informations que donne le patient, que peux-tu regarder d'autre ?**

11 Je peux questionner la famille ou les proches présents après Je vais aussi vérifier
12 l'environnement complet du patient c'est très important ça.

13 **Y : en quoi les connaissances théoriques t'aident dans ton raisonnement ?**

14 C : t'es obligée d'avoir des connaissances, enfin c'est très important sinon tu peut pas prendre
15 en charge correctement ton patient. T'es obligé d'avoir des bases... de bonnes bases et te
16 réactualiser aussi.

17 **Y : En quoi la relation avec les patients compte dans ton raisonnement clinique ?**

18 C : Ça compte énormément, tu ne peux pas juste venir faire un soin, il faut créer un lien de
19 confiance. Si t'as pas cette confiance-là y'a des choses qu'ils ne diront pas forcément et tu as
20 besoin de toutes les informations pour prendre en charge ton patient. En plus nous en libérale
21 on est encore plus proche des patients donc je pense que c'est même un devoir de conserver
22 la relation d'aide.

23 **Concernant les diagnostics infirmiers, est-ce que tu les utilises et en quoi sont-ils
24 pertinents ?**

25 Ils sont pertinents dans le sens où nous les libéraux on doit faire des démarches de soin donc
26 on les utilisent dans ce cadre-là. Ces diagnostics ils valorisent notre travail, c'est ce qui fais que
27 l'on passe chez nos patients. Notre but c'est d'agir quand un besoin est perturbé donc nous
28 on doit avant tout l'identifier grâce aux diagnostics.

29 **Est-ce que ces diagnostics pourraient être remplacés par les diagnostics médicaux ?**

30 Non je ne pense pas car les diagnostics médicaux vont être trop centrés sur le problème
31 médical. Nous on vas se servir de ce diagnostic dans nos démarche clinique mais avec nos
32 jugements propres on vas aller plus loin sur les problèmes de la personne.

33 **Et dans tes démarches cliniques, comment ton jugement s'opère ?**

34 Moi je m'aide beaucoup de l'observation. J'observe ce que je fais au patient et ses capacités
35 au quotidien donc ensuite les jugements coulent tout seul. Si par exemple t'as une personne
36 qui devient grabataire forcément t'as une altération de la mobilité physique, ensuite tu te
37 poses des questions, est-ce qu'il peut se déplacer ? Est-ce qu'il est incontinent ? tu visualise
38 ton patient, tu vois comment il vit et tu fais ta démarche clinique à partir de là. En fait tout ça

39 tu le fais dans ta tête au fur et à mesure tu exprimes des hypothèses. Après l'observation te
40 sers aussi à vérifier tes hypothèses, c'est important de confirmer ça.

41 **Cette démarche mentale que tu fais dans ta tête, ça se fait plus facilement par l'expérience ?**

42 Oui bien sûre, aujourd'hui c'est beaucoup plus simple et plus naturel quand je le fais par
43 rapport à avant. Quand un patient m'appel pour demander une prise en charge libérale, selon
44 les informations de son état de santé, je sais quels sont les problèmes de la personne et les
45 soins que j'aurais à faire et ça c'est grâce aux prises en charges passées.

46 **Après la phase réflexive vient la décision thérapeutique. J'aimerais savoir en quoi ton
47 jugement clinique influe sur la prescription médicale ?**

48 Je vais te donner l'exemple de Mme G qui a des tremblements. A partir de là moi je commence
49 à poser certaines questions, est-ce que c'est une aggravation de sa pathologie un surdosage
50 médicamenteux... ensuite moi j'informe le médecin et notre jugement va faire que le médecin
51 de son coter va réajuster le traitement ou demander des avis de spécialiste. Donc notre
52 jugement est vraiment important surtout par le fait qu'on est plus présent auprès du patient
53 que le médecin donc on récolte plus de donnée.

54 **Comment est ta relation avec le médecin de ville ? Est-elle différente de celle qui existe en
55 hôpital ?**

56 Elle est totalement différente je dirai. En libérale on est moins sous leurs directions et ils nous
57 écoutent beaucoup plus car on est beaucoup plus auprès des patients donc on a plus de poids
58 entre guillemet. Si un médecin voit qu'on l'appel il c'est que ce n'est pas pour rien tandis qu'en
59 hôpital ils ont l'habitude d'être sollicité.

60 **Concernant la prescription infirmière, te permet-elle de te sentir plus autonome ?**

61 Alors oui parce qu'on peut prescrire tout type de pansement ou dispositifs médicaux donc
62 ouai je pense qu'on est autonome sur ça. Ce qui est bien ici c'est qu'on nous laisse à notre
63 jugement pour juger les types de plaies et agir en conséquence selon les pansements que je
64 juge bon ou pas.

65 **Tu penses que cette compétence à prescrire pourrai aller plus loin ?**

66 Oui bien sûre mais je pense aussi qu'il nous faudrait une formation supplémentaire pour
67 renouveler des ordonnances par exemple. Mais c'est vrai que ça pourrait être bien puisque ça
68 soulagera les médecins et ça nous éviterai de leurs courir après.

69 **Ton autonomie est plus large qu'à l'hôpital ?**

70 Oui largement et sur tous les points. Sur tes décisions déjà, tu dois prendre la décision tout
71 de suite et tu n'as personne avec toi pour te conseiller sur le moment. En cas d'urgence c'est
72 à toi d'être réactifs. Sur les actes c'est pareil c'est à toi de choisir ton organisation dans le
73 soin selon ta convenance et celle du patient

Annexe 7 : Tableau de dépouillement.

	Marc, 46 ans	Sabri, 25 ans	Lehena, 32 ans	Lara, 35 ans
Année de diplôme	2002	2017	2018	2006
Parcours professionnel	-Gérontologie -Addictologie -Accueil crise fermé (16 ans)	-Urgence psychiatrique -Réhabilitation psycho-sociale -Accueil crise fermé	-Aide-soignante pendant 7 ans -Rhumatologie 2 ans	13 ans en service de pneumologie
Lieu de travail	Accueil crise fermé	Accueil crise fermé	Médecine aigüe polyvalente	Médecine aigüe polyvalente
Formation spécifique en soins contenant	Oui	Non	Non	Non

LE RAISONNEMENT CLINIQUE

<p>Méthode hypothético déductives</p>	<p>L. 22 « Mon raisonnement clinique est basé évidemment sur l'observation de mon patient » L. 24-25 « Dans l'observation quand je propose des soins des entretiens des activités médiatrices » L. 31 « Il n'y a pas de points spécifiques dans mon observation » L. 33-34 « Je peux installer un terrain pour que des choses viennent si je veux être plus ciblée » L. 35 « Avoir une observation très ouverte des temps informels » L. 37-38 « On peut déterminer beaucoup de critères d'observation finalement » L. 38-39 « Le plus important pour l'observation c'est d'avoir de solide connaissance c'est grâce à ça que tu auras un recueil de donnée pertinent. » L. 47-48 « L'intuitif oui il existe mais j'essaie de le réduire car je pense qu'il est source d'erreurs donc j'essaye de réduire au maximum je travaille qu'en hypothèse » L. 48-49 « Effectivement mon intuitif se couvre que de point</p>	<p>L. 23 « Le raisonnement clinique en psychiatrie c'est pour moi une grosse partie de mon travail » L. 29-30 « Le raisonnement clinique pour moi c'est quelque chose qui est propre à chacun » L. 30-31 : « Le raisonnement clinique c'est vraiment une réflexion qui doit être constante » L. 31-32 « On doit se poser des questions » L. 37 « Y'a l'observation que j'utilise beaucoup » L. 37-38 « La première prise de contact c'est les transmissions des collègues » L. 38-39 « Je vais me confronter au patient » L. 40-41 « Discuter, faire connaissance typiquement avec le patient (...) lui demander » L. 43-44 « Notre raisonnement commence à se construire avec une observation clinique qui est très importante » L. 45-46 « Je peux avoir une idée ou une hypothèse que je</p>	<p>L. 11 « Je pense qu'il y'a l'observation qui entre en jeu » L. 25 « On accueille le patient avec un inventaire d'entrée dans lequel on a des questions à poser » L. 27 « Au niveau clinique on a des questions sur son ressenti » L. 29 « Faut souvent revenir sur ces questions » L. 35 « J'ai des hypothèses qui me viennent en tête au début » L. 37-38 « Un certain comportement caractéristique je vais me dire que ça ne va pas tarder pour elle »</p>	<p>L. 13 « J'essaie de savoir quelle décision est la meilleure pour le patient dans le sens de la sécurité » L. 16 « Qu'est-ce qui est le mieux ou le moins délétère pour le patient le moins embêtant » L. 18 « J'essaie de peser le pour et le contre » L. 36-37 « ça arrive sans arrêt et qu'il se blesse, là on va se dire qu'il faut réfléchir » L. 49 « Dès fois on peut essayer d'expliquer » L. 80 « Il faut tout le temps se remettre en question « <i>Est ce que là c'est toujours adapté ?</i> » » L. 81 « Il faut toujours se poser des questions » L. 98 « Parfois on teste »</p>
---------------------------------------	---	--	--	---

	<p>d'interrogation que j'essaie d'éliminer au fur et à mesure</p> <p>L. 50 « Passer dans un mode analytique de mes hypothèses »</p> <p>L. 51-52 « Après analyse des hypothèses j'en exclue j'en valide et j'arrive à confirmer certains jugements cliniques »</p> <p>L. 127-128 « J'ai besoin moi d'avoir étudié toutes les solutions qui peuvent m'empêcher d'arriver à là »</p> <p>L. 140-142 « Proposer un soin certes difficile mais s'il est expliqué, abouti et rediscuté après coup alors on obtient un bénéfice secondaire »</p> <p>L. 168 « L'introspection et la demande de sens à émerger chez moi »</p> <p>L. 189 « Via l'observation du verbal et du non verbal »</p> <p>L. 190 « Après moi je suis très vigilant aux projections »</p> <p>L. 205 « Il faut une observation fine »</p> <p>L. 206 « Comprendre pourquoi on en arrive à devenir agressif »</p> <p>L. 216 « Pour moi c'est le sens qui doit primer »</p> <p>L. 228 « Il faut de l'observations »</p>	<p>vais devoir essayer de confirmer »</p> <p>L. 54-55 « Les connaissances sont importantes je pense pour commencer à travailler son raisonnement »</p> <p>L. 55-56 « Je préfère agir selon beaucoup de ressenti, d'observation et de <i>feeling</i> »</p> <p>L. 62 « Les connaissances c'est essentiel mais faut savoir travailler avec »</p> <p>L. 67-68 « Au début j'ai des idées ou des hypothèses et mes intuitions vont évoluer ensuite au fur et à mesure de mes contacts avec le patient »</p> <p>L. 71 « C'est un peu comme une enquête »</p> <p>L. 72-73 « Si je vois que mon hypothèse n'est pas conforme je vais la modifier »</p> <p>L. 82 « Faut chercher le sens derrière »</p> <p>L. 86-87 « C'est à nous de réfléchir à leurs problématiques pour agir en conséquence »</p> <p>L. 143-145 « Le raisonnement clinique c'est avant tout une réflexion que tu fais selon des preuves, des signes et ensuite faut te servir de ton interprétation ou celle de tes collègues »</p>		
--	---	--	--	--

Le raisonnement collectif	<p>L. 12 « J'aime travailler en équipe ce qui existe très peu en somat »</p> <p>L. 13 « On peut réfléchir ensemble »</p> <p>L. 13 « On peut travailler ensemble »</p> <p>L. 72 « Comparer mon introspection » avec leurs regards »</p> <p>L. 239 « Remettre en question les décisions de chacun »</p>	<p>L. 32-33 « c'est quelque chose qui s'associe au travail d'équipe avec la réflexion commune »</p> <p>L. 33-34 « Le raisonnement clinique pour moi rentre parfaitement dans le travail de groupe »</p> <p>L. 37-38 « la première prise de contact c'est les transmissions des collègues »</p> <p>L. 44-45 « les échanges avec les collègues qui participe à ce raisonnement »</p> <p>L. 47-48 mes collègues qui auront peut-être des hypothèses différentes donc l'intérêt c'est la diversité de chacun qui permet la confrontation des idées de chacun.</p> <p>L. 70-71 mes discussions avec mes collègues qui sont utiles parce que chacun à son intuition »</p> <p>L. 141-142 « sur un patient pas trop bien je vais quand même demander l'avis à un collègues aides-soignants »</p> <p>L. 145 « faut te servir de ton interprétation ou celle de tes collègues »</p>	<p>L. 13 « Je pense que la conversation aussi avec l'aide-soignante est importante »</p> <p>L. 13-14 « Elle ne verra pas la même chose que moi. Après la concertation en équipe est aussi importante »</p> <p>L. 51-52 « Souvent l'aide-soignante passe plus de temps avec le patient que nous les infirmiers ou les médecins »</p> <p>L.54 « L'aide-soignante est très importante »</p> <p>L.76 « On doit revoir ça en équipe »</p>	
Diagnostics infirmier	<p>L. 51-52 « Après analyse des hypothèses j'en exclue j'en valide</p>	<p>L. 200 « Je pense que oui mais je le fais de manière implicite »</p>	<p>L. 41 « Je pense qu'on les utilise indirectement »</p>	<p>L. 84 « Peut-être que je les utilise sans savoir mais</p>

	<p>et j'arrive à confirmer certains jugements cliniques »</p> <p>L. 67 Un passage par l'introspection est indispensable pour bien essayer de poser justement ce jugement et avoir en fait leur système comparatif</p> <p>L. 92 « Je les utilise au quotidien absolument »</p> <p>L. 92-93 « Je suis même un fervent défenseur des jugements cliniques qui doivent rester l'essence même de l'analyse</p> <p>L. 94-95 « Si les jugements cliniques sont faussés, on travaille sur des données faussées »</p> <p>L. 96-97 « Pour proposer des actions du jour, j'ai besoin d'avoir mes jugements cliniques bouclés »</p> <p>L. 97-98 « Je peux en ajouter ou enlever ça c'est une gymnastique de tous les jours »</p> <p>L. 98-99 « Pour moi, ils sont l'essentiel de ma prise en charge parce que une fois que je les ai déterminés sur la journée je peux en découler mon projet de soin »</p> <p>L. 104-105 « Je trouve qu'ils sont trop enfermant les diagnostics médicaux »</p> <p>L. 105-106 « Les diagnostics infirmier permettent d'avoir des choses changeantes tous les jours »</p>	<p>L. 201-202 « Je pense que tout ce que je faisais sur feuille je le fais mentalement et y'a juste mes interprétations qui seront explicite »</p>	<p>L. 41-42 « On n'est pas assez complet, nous, dans notre façon de faire par rapport aux diagnostics infirmiers »</p> <p>L. 43-44 « Si on devait faire précisément tous ce qui découle des diagnostics infirmiers sur un patient ça serait ingérable »</p> <p>L. 44 « Ils ne sont pas adaptés à la prise en charge »</p> <p>L. 45 « On va se cantonner à l'aspect clinique tout ça et pour le social ce sera peut-être plus tard »</p> <p>L. 46 « On ne va peut-être pas forcément aller en profondeur parce que on n'a pas le temps »</p> <p>L. 48 « On ne s'attarde pas trop sur la prise en charge post hospitalière »</p>	<p>honnêtement c'est surtout les médicaux. »</p> <p>L. 85 « Ici on ne les utilise pas »</p>
--	--	---	--	--

	<p>L. 107 « On va pouvoir noter précisément, concrètement et au jour même, où il en est »</p> <p>L. 110-111 « Le diagnostic infirmier permet d'être beaucoup plus adapté à la clinique du jour du patient »</p>			
La relation soignante	<p>L. 80 « Je pense que c'est indispensable »</p> <p>L. 81-82 « La relation de confiance est nécessaire pour accéder à quelque chose d'authentique »</p> <p>L. 82-83 « Quand ils ont confiance dans l'oreille qui leur est tendu ils lâchent plus de vérité »</p> <p>L. 84-85 « Certains peuvent être bloqué dans leurs discours à cause de leurs craintes ou à cause de l'étiquette »</p> <p>L. 87 « Y'a une réciprocité dans la construction de la confiance »</p>	<p>L. 41-43 « Entamer une relation pas forcément de manière formelle (...) Donc sur un temps informel »</p> <p>L. 90-91 « Tu ne peux pas entreprendre un raisonnement clinique si tu n'as pas un minimum de relation avec le patient »</p> <p>L. 92 « Le psychisme, les émotions, le ressenti et le feeling jouent beaucoup »</p> <p>L. 93 « Pour faire ton raisonnement t'es obligé de créer un minimum de relation »</p> <p>L. 99 « Ma journée elle est liée par une relation que je crée avec un patient »</p> <p>L. 102-103 « Ces temps non-institutionnels sont et doivent rester l'essence de notre pratique »</p> <p>L. 103-104 « C'est pendant ces temps-là que tu apprends sur ton patient »</p>	<p>L. 11-12 « La communication avec le patient, lui poser des questions pour savoir comment il ressent les choses »</p> <p>L. 18 « Ça l'aide à être dans l'acceptation »</p> <p>L. 19 « il faut être dans l'empathie, être abordable et savoir utiliser les mots justes »</p> <p>L. 20-21 « Il faut essayer de se mettre à la portée du patient »</p>	<p>L. 87 « Oui il faut connaître le patient pour savoir de qui tu parles »</p> <p>L. 89 « Pour certain c'est plus compliqué »</p> <p>L. 89-90 « Y'a des patients tu vas savoir ce qu'ils vont faire et leurs réactions parce que t'as appris à les connaître »</p> <p>L. 90 « Connaître ton patient c'est hyper important »</p>

Expérience	<p>L. 63-64 « Les expériences vécues permettent d'avoir une analyse différente »</p> <p>L. 64-67 « Je prends en considération finalement tout ce que j'ai pu observer avant et tout ça me permet d'éviter de les refaire »</p> <p>L. 68-69 « L'essence de l'expérience c'est d'avoir une vision sur une centaine de cas »</p> <p>L. 71« Je me sers beaucoup de l'œil nouveau mes collègues »</p> <p>L. 74-75 « Au début y'a pas mal de doute et doucement je les réduits »</p> <p>L. 76-77 « Après, effectivement quand tu as beaucoup d'expérience et que tu as vu la situation des centaines tu as des certitudes »</p>	<p>L. 53-54 « Mon expérience je l'ai faite sur le terrain et aussi par des apports théoriques</p> <p>L. 204 « Chaque patient est différent et m'apporte un savoir qui fera mon expérience »</p> <p>L. 205-206 « J'apprends au fur et à mesure à me questionner sur la clinique »</p> <p>L. 207-208 « Après je suis encore à mes débuts mais je suis déjà conscient de ce que m'apporte mon expérience au quotidien »</p>	<p>L. 35-36 « C'est surtout l'expérience qui me faire dire si c'est bien ça »</p> <p>L. 38 « Je l'ai vécu à plusieurs reprises »</p>	<p>L. 67 « C'est par expérience »</p> <p>L. 76 « Il faut jamais se dire que c'est acquis »</p> <p>L. 77-78 « C'est certain qu'avec l'expérience ça aide. Tout ce qu'on a vécu avant c'est des situations sur lesquelles on s'appuie »</p> <p>L. 78-79 « Il faut être conscient que c'est pas parce qu'on a de l'expérience que tout ce qu'on va faire c'est top »</p>
------------	---	--	--	---

	Camille,	Amélie, 58 ans
Année de diplôme	2016	1984
Parcours professionnel	-Réanimation (3ans) -libérale (1 an)	-Médecine : 3 ans -SAMU : 10 ans -Urgence : 23 ans
Lieu de travail	Libérale	Urgence en tant que IAO
Formation spécifique en soins contenant	NA	Non

LE RAISONNEMENT CLINIQUE

Méthode hypothético déductives	<p>L.6-7 « Je fais un interrogatoire »</p> <p>L. 7-8 « Je vais aller vérifier les informations disponibles dans son dossier médicale et lui demander ses antécédents »</p> <p>L.8-9 « Demander les traitements qu'il prend »</p> <p>L.11 « Je peux questionner la famille »</p> <p>L.11-12 « Je vais aussi vérifier l'environnement complet du patient c'est très important ça »</p> <p>L. 14-16 : « t'es obligée d'avoir des connaissances, enfin c'est très important sinon tu peux pas prendre en charge correctement ton patient. T'es obligé d'avoir des bases... de bonnes bases et te réactualiser aussi. »</p>	<p>1.10-11 « Je vais déjà observer comment il arrive, sa façon de marcher, une coloration particulière »</p> <p>1.11 « Je vais vraiment l'observer intégralement »</p> <p>1.12-13 « J'écoute la raison pour laquelle il vient, je prends tous les paramètres hémodynamiques, la douleur avec l'EVA, la glycémie, l'hémocue »</p> <p>1.13-14 « Je pose quelques questions et très rapidement il faut rapidement synthétiser le patient »</p> <p>1.40-41 « Dans la police je serai un peu profilleuses »</p> <p>1.44-45 « Le patient que je ne sens pas je le mets en salle de déchoc »</p> <p>1.129-130 « Ça m'arrive d'ausculter selon les symptômes, après c'est quelques choses qui se perd malheureusement. »</p>
--------------------------------	--	--

	<p>L.19-20 « Tu as besoin de toutes les informations pour prendre en charge ton patient »</p> <p>L.34 « Je m'aide beaucoup de l'observation »</p> <p>L.34-35 « J'observe ce que je fais au patients et ses capacités au quotidien donc ensuite les jugements coulent tout seul »</p> <p>L.36-37 « Ensuite tu te poses des questions, est-ce qu'il peut se déplacer ? »</p> <p>L.38 « Tu vois comment il vit et tu fais ta démarche clinique à partir de là »</p> <p>L.38-39 « En fait tout ça tu le fais dans ta tête au fur et à mesure tu exprimes des hypothèses »</p> <p>L.39-40 « Après l'observation te sers aussi à vérifier tes hypothèses, c'est important de confirmer ça »</p> <p>L.50-52 « Je commence à poser certaines questions, est-ce que c'est une aggravation de sa pathologie un surdosage médicamenteux... »</p> <p>L.55 « On récolte plus de donnée »</p>	<p>l.131-132 « Le problème c'est qu'on perd de la donnée si on ne touche pas le patient »</p> <p>l. 132-133 « L'auscultation pour moi ça aide à réfléchir sur les problématiques du patient »</p> <p>l.148-149 « Être infirmier d'accueil ça demande une capacité à raisonner rapidement et efficacement. »</p>
Le raisonnement collectif		
Diagnostics infirmier	<p>L.25 « Ils sont pertinents dans le sens où nous les libéraux on doit faire des démarches »</p> <p>L.26 « Ces diagnostics ils valorisent notre travail »</p> <p>L.27-28 « Notre but c'est d'agir quand un besoin est perturbé donc nous on doit avant tout l'identifier grâce aux diagnostics »</p> <p>L.30-31 « Les diagnostics médicaux vont être trop centrés sur le problème médical »</p> <p>L.31-32 « Avec nos jugements propres on va aller plus loin sur les problèmes de la personne »</p> <p>L.52-53 « Notre jugement va faire que le médecin de son coter va réajuster le traitement »</p>	<p>l.19 « Moi je trouve qu'on a des diagnostics infirmiers »</p> <p>l.19-20 « C'est l'expérience qui fait que on cherche les diagnostics »</p> <p>l.20-21 « On peut trouver des diagnostics que les médecins généralistes n'ont pas exprimé »</p> <p>l.21 « Nous on a une autre vision de la personne »</p> <p>l.24 « Mais normalement il n'existe pas vraiment de diagnostic infirmier »</p> <p>l.27-28 « J'ai plutôt une vision globale du patient et rapidement je fais mon diagnostic »</p> <p>l.33 « A 80% l'intuition oriente vers le bon diagnostic »</p> <p>l.46-47 « Je vais prioriser mon intuition, mon diagnostique »</p>

	L.53-54 « Notre jugement est vraiment important »	1.54-55 « Au niveau de l'intuition et au niveau diagnostic je trouve que je suis sur un pied d'égalité »
La relation soignante	<p>L.18 « Tu ne peux pas juste venir faire un soin, il faut créer un lien de confiance »</p> <p>L.19 « Si t'as pas cette confiance-là y'a des choses qu'ils ne diront pas forcément »</p> <p>L.20-22 « En plus nous en libérale on est encore plus proche des patients donc je pense que c'est même un devoir de conserver la relation d'aide »</p>	<p>1.109-110 « On a le dialogue plus facile selon ce qui on a devant nous »</p> <p>1.110-111 « Parfois on a le temps d'associer le rationnel avec notre entretien et des fois on n'a pas le temps »</p> <p>1.112-113 « L'entretien d'accueil doit être très rapide mais si on a le temps de prendre en charge correctement le patient on va ajouter du rationnel par des questions basique »</p> <p>1.116 « Je pense qu'il faut entretenir au maximum une relation soignante »</p> <p>1.153 « Je trouve que l'humain et le relationnel aux urgences se perdent de plus en plus »</p> <p>1.154-155 « Les nouvelles infirmières sont moins dans le relationnel et ça pour moi c'est une catastrophe »</p> <p>1.162-163 « L'hypnose médicale (...) ça te permet de t'approcher du patient »</p> <p>1.164-165 « Elle apaise la personne et t'as l'impression d'avoir fait quelque chose d'extraordinaire »</p>
Expérience	<p>L.42-43 « Aujourd'hui c'est beaucoup plus simple et plus naturel quand je le fais par rapport à avant »</p> <p>L.42-45 « Quand un patient m'appelle (...) Selon les informations de son état de santé, je sais quels sont les problèmes de la personne et les soins que j'aurais a faire et ça c'est grâce à aux prises en charges passées »</p>	<p>1.19-20 « C'est l'expérience qui fait que on cherche les diagnostics »</p> <p>1.23-24 « On est tellement compétentes et experte et tous que ça facilite. »</p> <p>1.26-27 « Alors moi je le fais un peu avec mon instinct, mon expertise, ma compétence entre guillemets et mon ancienneté »</p> <p>1.37-38 « À la vision du patient je peux savoir à peu près pourquoi il vient mais ça c'est l'expérience »</p> <p>1.38-39 « Je ne suis pas la meilleure infirmière à l'accueil du monde mais l'expérience elle fais que je suis plus à l'aise »</p> <p>1.44 « Je m'en détache grâce à l'expérience »</p> <p>1.60 « Avec l'expérience que j'ai, je me sens autonome »</p>

		<p>1.63 « Je peux me permettre de sortir de mon cadre grâce à l'expérience »</p> <p>1.66-67 « Après les jeunes infirmières d'accueil ont l'obligation de téléphoner au médecin d'accueil pour tout ce qu'elle renvoie »</p> <p>1.69-70 « Généralement mon expérience fait que je me trompe rarement »</p> <p>1.76 « Alors on a des protocoles douleur mais alors moi je marche à l'ancienne école »</p> <p>1.78-79 « Il y a des protocoles que les plus jeunes suivent mais je ne suis pas vraiment rigoureusement là-dessus »</p> <p>1.140 « Pour moi, je suis à la limite de la pratique avancée aux urgences »</p> <p>1.147-148 « On ne fait pas l'accueil au en arrivant aux urgences il faut 2 ou 3 ans. »</p> <p>1.150-151 « L'expérience fait qu'on est on a aussi plus de compétences, plus de savoirs, plus habitudes, plus de cliniques dans la tête »</p>
--	--	--

L'INFIRMIER ET LA PRESCRIPTION

	Marc	Sabri	Léhéna	Lara
La prescription	<p>L.16-17 Le rôle prescrit vient croquer un peu tout ce qu'on peut avoir comme indépendance en soins généraux</p> <p>L.95-96 Si les jugements cliniques sont faussés, on travaille sur des données faussées et on part dans la mauvaise direction</p> <p>L.105 Je trouve qu'ils sont trop enfermant les diagnostics médicaux</p> <p>L.117 Ils sont censés se baser sur notre observation infirmière Ne permet pas une évaluation complète</p> <p>L.122-123 Le diagnostic infirmier et l'observation infirmière va aller nourrir le médecin sur ce qui ne vois pas sur l'entretien</p> <p>L.123-124 Ça l'aide à avoir une vue globale et surtout actualisée et surtout actualisé du patient</p> <p>L.147-148 Sans décision du médecin au début mais avec une confirmation ensuite</p>	<p>L.107 La prescription peut être influencée</p> <p>L.108-109 Les infirmiers et aides-soignants on est au cœur de la prise en charge avec le patient</p> <p>L.109 On a toutes les informations</p> <p>L.111-112 Les transmettre aux médecins pour qu'ils puissent prendre ensuite une décision thérapeutique</p> <p>L.112-113 On a un rôle à jouer dans cette décision médicale</p> <p>L.135-136 Au niveau des thérapeutiques, on peut choisir de donner ou non certains traitements, de donner un si besoin selon notre évaluation</p> <p>L.176 On a pris un moment pour prendre la décision malgré que la prescription été signée</p>	<p>L.51 Il a autant de poids que celui du médecin et de l'aide-soignante</p> <p>L.51-52 Souvent l'aide-soignante passe plus de temps avec le patient que nous les infirmiers ou les médecins</p> <p>L.58-59 C'est important de mettre en place de bonnes transmissions</p> <p>L.60-61 Les informations que je récolte conditionnent les futures prescriptions</p> <p>L.74 On peut nous-même prescrire la contention</p> <p>L.74-76 On a un questionnaire à remplir avec le temps de mise en place, pourquoi on l'a mise, si les surveillances des escarres ont été faites, pareil pour l'hydratation et l'élimination</p>	<p>L.115 C'est plutôt dans le cas de la contention, pour ce qui est du somatique c'est moins le cas</p> <p>L.116 Ça dépend du médecin aussi et la situation</p>

	<p>L.149 Ça peut être plus difficile car ce n'est pas moi qui vais générer directement le soin</p> <p>L.234-235 La chambre d'isolement et les contentions on peut les mettre sans prescription mais on a une heure pour faire valider cette décision infirmière par un médecin</p> <p>L.238 Il peut se baser sur, nous mais il se basera aussi sur son évaluation clinique</p>	<p>L.178-179 Chacun a un point de vue différent mais valable</p> <p>L.179-180 Le médecin à trancher le débat et je pense que c'est bien d'avoir un coordinateur dans ce genre de débat</p>		
L'autonomie/ collaboration	<p>L.16-17 le rôle prescrit vient croquer un peu tout ce qu'on peut avoir comme indépendance en soins généraux</p> <p>L.146-147 sans décision du médecin au début mais avec une confirmation ensuite</p> <p>L.148-149 Ça peut être plus difficile car ce n'est pas moi qui vais générer directement le soin</p> <p>L.149-150 on est souvent d'accord avec le médecin quand y'a une nécessité de contention.</p> <p>L.233-234 La chambre d'isolement et les contentions on peut les mettre sans prescription mais on a une heure pour faire valider cette décision infirmière par un médecin</p>	<p>L.25 Ils sont aussi beaucoup plus protocolaires à ma connaissance.</p> <p>L.103-105 Ces temps non-institutionnels sont et doivent rester l'essence de notre pratique car c'est pendant ces temps-là que tu apprends sur ton patient.</p> <p>L.115 Une relation de collaboration</p> <p>L.121-122 Ça doit rester dans le domaine d'une collaboration et non d'une subordination pour</p>	<p>L.51 Il a autant de poids que celui du médecin et de l'aide-soignante</p> <p>L.55 Je pense qu'on a autant de poids que les médecins</p> <p>L.58-59 C'est important de mettre en place de bonnes transmissions</p> <p>L.62-63 On peut les appeler par téléphone quand y'a des problèmes</p> <p>L.74 on peut nous-même prescrire la contention</p> <p>L.74-76 On a un questionnaire à remplir avec le temps de mise en place, pourquoi on l'a</p>	<p>L.107-108 Le médecin écoute quand même ce que tu as à dire surtout niveau contention</p> <p>L.108 Le patient ils ne le voient pas longtemps donc ils nous écoutent</p> <p>L.110-111 On se mets assez bien d'accord sur ce genre de décision.</p> <p>L.114-115 C'est plutôt dans le cas de la contention, pour ce qui est du somatique c'est moins le cas</p>

	<p>L.237 Il peut se baser sur nous mais il se basera aussi sur son évaluation clinique</p>	<p>pouvoir travailler ensemble z L.126-127 Mais il voudra quand même le voir L.127-128 En cas d'urgence où là y'a la confiance qui rentre en jeu L.129-130 On a tous nos apports théoriques et nos domaines de compétence propre à chacun. L.132-133 En termes d'autonomie on a un grand champ d'action, on est presque en autonomie totale d'ailleurs. L. 133-134 On est vraiment maître du déroulement de nos journée L. 135-136 au niveau des thérapeutiques, on peut choisir de donner ou non certains traitements, de donner un si besoin selon notre évaluation. L.192-193 Tu te retrouves à suivre des étapes sans</p>	<p>mise, si les surveillances des escarres ont été faites, pareil pour l'hydratation et l'élimination</p>	
--	--	---	---	--

		réfléchir juste parce qu'elles sont marquées L.193-194 Pour moi les protocoles devraient exister comme une aide, un outil et non pas comme un ordre		
--	--	--	--	--

L'INFIRMIER ET LA PRESCRIPTION

	Camille	Amélie
La prescription médicale	<p>L.19-20 Tu as besoin de toutes les informations pour prendre en charge ton patient</p> <p>L.21 On est encore plus proche des patients</p> <p>L.32 On va aller plus loin sur les problèmes de la personne.</p> <p>L.50-51 Notre jugement va faire que le médecin de son coter va réajuster le traitement</p> <p>L.51-52 Notre jugement est vraiment important</p> <p>L.52 On est plus présent auprès du patient</p> <p>L.53 On récolte plus de donnée</p> <p>L.61 Alors oui parce qu'on peut prescrire tout type de pansement ou dispositifs médicaux</p>	<p>L.20-21 On peut trouver des diagnostics que les médecins généralistes n'ont pas exprimés</p> <p>L.21 On a une autre vision de la personne</p> <p>L.19-20 Quand le médecin voit marqué colique néphrétique tout de suite il prescrit des antalgiques.</p> <p>L.27 La douleur c'est important</p> <p>L.162 Moi mon plus ici c'est l'hypnose médicale</p> <p>L.171 Ils nous demandent de réaliser l'hypnose</p>

<p>L'autonomie et collaboration</p>	<p>L.56 Elle est totalement différente L.56-57 En libérale on est moins sous leurs directions et ils nous écoutent beaucoup plus L.58-59 Si un médecin voit qu'on l'appelle il c'est que ce n'est pas pour rien tandis qu'en hôpital ils ont l'habitude d'être sollicité L.61 Alors oui parce qu'on peut prescrire tout type de pansement ou dispositifs médicaux L.62-64 On nous laisse à notre jugement pour juger les types de plaies et agir en conséquence selon les pansements que je juge bon ou pas L.70 Oui largement et sur tous les points L.71-72 En cas d'urgence c'est à toi d'être réactif</p>	<p>L.20-21 On peut trouver des diagnostics que les médecins généralistes n'ont pas exprimés L.21 On a une autre vision de la personne L.44 Je m'en détache grâce à l'expérience L.46 Je vais prioriser mon intuition <u>L.48-49 Je vais aussi parler au médecin d'accueil ou au médecin du déchoquage pour dire « faut que tu prennes en charge rapidement le patient »</u> L.52 On peut pas parler d'égalité, L.53 Ils me font confiance la plupart du temps L.54-55 Au niveau diagnostic je trouve que que je suis sur un pied d'égalité L.59 Moi je me sens autonome dans mon travail d'infirmière d'accueil L.60 Avec l'expérience que j'ai, je me sens autonome L.63 Je peux me permettre de sortir de mon cadre grâce à l'expérience L.65-66 Je ne renvoie pas un problème médical sans en référer au médecin d'accueil L.69-70 Mon expérience fais que je me trompe rarement. L.74 Elle a une responsabilité incroyable <u>L.89-90 L'urgence impose d'agir avant la prescription</u> L.140 Je suis à la limite de la pratique avancée aux urgences L.141-142 C'est parce que j'ai l'expérience. L.144 Aux urgences on n'a pas mal de glissement des tâches, ça je reconnais</p>
-------------------------------------	---	---

		L.170-171 Au début c'était compliqué de faire accepter ça aux médecins mais maintenant ils nous demandent de réaliser l'hypnose
--	--	---

LA CONTENTION

	Marc	Sabri
Argument clinique	<p>L.127-128 J'ai besoin moi d'avoir étudié toutes les solutions qui peuvent m'empêcher d'arriver à là</p> <p>L.128-129 Une fois que j'y mets le sens de sécuriser quelqu'un de sécuriser l'autre je me pose plus de questions</p> <p>L.129-130 Il faut que je puisse juste expliquer au patient pourquoi</p> <p>L.131 Différencier du punitif</p> <p>L.133-134 Elle doit être expliquée dans la durée, dans l'intérêt et rediscuter une fois qu'elles sont enlevées</p> <p>L.135-136 Y'a aussi une volonté de protéger le patient lui-même de faire quelque chose qu'il n'a pas envie de faire</p> <p>L.137-138 Si on lui pose les contentions c'est aussi pour le protéger contre des actions qu'il ne ferait pas dans un état clinique stable</p> <p>L.138-140 Une fois que j'ai des feux verts sur le sens et la nécessité dernière de poser les contentions, j'ai plus aucun souci je les pose car elles ont du sens</p> <p>L.141-142 S'il est expliqué, abouti et rediscuté après coup alors on obtient un bénéfice secondaire</p> <p>L.143-144 Il découvre finalement lui-même les bénéfices et du coup il convient que c'était la solution adaptée</p>	<p>L.146-147 On a la contention humaine que l'on utilise quand un patient s'agite</p> <p>L.147-148 Ce n'est pas forcément de manière agressive que l'on va l'utiliser</p> <p>L.148-149 Quand l'agitation commence à représenter un danger pour autrui donc personnel ou patient, on va utiliser la contention physique</p> <p>L.152-153 Y'a certaines pathologies qui nécessitent ce genre de soin que je qualifie de soin intensif, ça permet de se poser et de se recentrer</p> <p>L.166-167 Il faut aussi savoir la doser, on n'attache pas forcément les mains, tête et pieds, on peut attacher qu'une partie seulement selon la clinique du patient</p> <p>L.168-169 Dans l'équipe on n'est pas forcément tous d'accord sur la contention</p> <p>L.170-171 Mais il faut qu'on aille dans le même sens</p> <p>L.174-175 Un moment y'a des propos et des actes qui nous ont conduit à réfléchir à la contention</p> <p>L.183 Et après ce soin on se re pose ensemble pour en parler</p>

	<p>L.146-147 Sans décision du médecin au début mais avec une confirmation ensuite</p> <p>L.148-149 Ça peut être plus difficile car ce n'est pas moi qui vais générer directement le soin</p> <p>L.157 Vient le stade où on en discute et on éclaire sur l'intérêt de faire ça</p> <p>L.158 L'intérêt pour le patient de se poser et de réfléchir</p> <p>L.163-164 Il faut aussi aller chercher le sens du soin sois même</p> <p>L.165-166 Elles pouvaient être punitive dans une certaine forme par des infirmiers qui estimaient qu'il fallait être tranquille</p> <p><u>L.174-175 Il faut que ça se base sur une clinique solide pour pouvoir argumenter auprès du patient.</u></p> <p>L.183 Si on arrive aux contentions c'est que l'on est sur un risque suicidaire majeur</p> <p>L.190 je suis très vigilant aux projections</p> <p>L.193 y'a un moment où il faut prendre le risque de tester</p> <p><u>L.196 Faut aussi accompagner l'évolution il n'y a pas de formule exacte</u></p> <p>L.204 « là il y a eu un passage à l'acte, c'est quelque chose de dangereux vers l'autre » Alors on pose les contentions</p> <p>L.216-217 Je pourrais expliquer de la même manière chez les tous les patients peu importe le trouble</p> <p>L.217-218 Les patients déments de type personne âgée c'est plus compliqué parce que là on peut les attacher plus souvent</p> <p>L.219-220 Généralement c'est pour éviter les chutes ou des choses comme ça, je pense que c'est à éviter</p> <p>L.222-223 Des contentions hors-cadre</p>	
--	---	--

	L.233 La chambre d'isolement et les contentions on peut les mettre sans prescription	
Vécue infirmier		
Alternative	<p>L.179 Agir en amont c'est vrai que c'est l'essence même du travail</p> <p>L.182-183 Malheureusement y'a pas grand-chose à faire en amont</p> <p>L.183 si on arrive aux contentions c'est que l'on est sur un risque suicidaire majeur</p> <p>L.184-186 Le temps nécessaire de l'observation où on attend que le patient s'apaise, on regarde s'il arrive à projeter</p> <p>L.186-187 Il faut qu'on travaille à ce qu'il génère une réflexion pour que les contentions soient le plus court possible.</p> <p>L.190-192 Moi je suis très vigilant aux projections, dès que le patient commence à projeter quelque chose que ce soit n'importe quoi, même la fin des contentions par exemple, alors on commence à amorcer quelque chose qui n'est plus dans le registre de vouloir mourir</p> <p>L.193 Il faut prendre le risque de tester</p> <p><u>L.196 faut aussi accompagner l'évolution il n'y a pas de formule exacte,</u></p> <p>L.196-197 Il faut de l'observation et de l'adaptation</p> <p>L.199-201 il faut absolument éviter les tensions, les gestes hétéro-agressifs, tout ce qui peut être la confusion, les envahissements délirants toutes ces reconnaissances qui amènent à ce type de troubles</p>	<p>156-157 Je pense que la chambre d'isolement lors d'une monter en tension permet de couper l'avancer de l'agitation</p> <p>L.158-159 Maintenant on a des protocoles d'isolement qui dure 1h par exemple</p> <p>L.159-160 On peut aussi avoir des chambres d'apaisements,</p> <p>L.160-161 L'isolement accompagné d'un soignant(...)ça peut servir à éviter la contention physique</p>

	<p>L.201-204 Si on a fait tout ce travail là et qu'on arrive à se dire que « là il y a eu un passage à l'acte, c'est quelque chose de dangereux vers l'autre » Alors on pose les contentions</p> <p>L.204-206 En aval c'est pareil que pour l'auto-agressivité, il faudra une observation fine de ces mécanismes de réactivité donc comprendre pourquoi on en arrive à devenir agressif</p> <p>L.207-208 Une fois que l'on a compris le motif de l'agressivité, on peut travailler dessus.</p>	
--	--	--

LA CONTENTION

	Léhéna	Lara	Amélie
Argument clinique	<p>L.66 En premier y'a l'urgence</p> <p>L.67-68 Le patient arrive des urgences et il est déjà agité donc là ce que l'on va faire c'est mettre une contention physique en urgence</p> <p>L.68-69 En attendant que le médecin vienne faire la prescription de contention chimique pour le calmer</p> <p>L.69-70 Parce qu'il peut se mettre en danger en enlevant sa perfusion et là on ne pourra pas administrer les médicaments</p> <p>L.75-76 Pourquoi on l'a mise, si les surveillances des escarres ont été faites, pareil pour l'hydratation et l'élimination</p> <p>L.76 On doit revoir ça en équipe</p>	<p>L.13 Savoir quelle décision est la meilleure pour le patient dans le sens de la sécurité</p> <p>L.14 Qu'il ne se blesse pas et que les soins soient effectués</p> <p>L.15 Qui s'enlève l'oxygène et là ils peuvent décéder</p> <p>L.18 J'essaie de peser le pour et le contre</p> <p>L.29 Le danger de ne pas le faire</p> <p>L.33 C'est un danger parce que y'a une rupture thérapeutique et risque de décès</p> <p>L.35-36 Si je vois que ça arrive sans arrêt et qu'il se blesse, là on va se dire qu'il faut réfléchir</p> <p>L.36-37 On a des contentions qui sont moins embêtantes</p>	<p>L.83-84 Des fois on n'a pas le choix aux vues de l'agressivité et la dangerosité de certains patients</p> <p>L.84-85 ce que je constate c'est que souvent on contentionne des gens plus « psychiatrique »</p> <p>L.92-93 il y a des gens qui sont extrêmement agressif aux urgences</p>

	<p>L.77-78 Notamment des personnes démente qui n'arrive pas à rester au fauteuil quand on les met sous Optiflow</p> <p>L.85 Quand on voit que l'agitation est moins présente</p> <p>L.85-86 On les enlève aussi quand le patient se blesse avec</p> <p>L.86-87 On les enlève en présence de la famille</p> <p>L.87-88 Généralement les contentions on les met avant tout parce qu'on ne peut pas surveiller tout le monde.</p> <p>L.88-89 Si on pouvait rester dans une chambre avec le patient on pourrait répondre à ces besoins de suite et du coup il y aurait moins d'agitation.</p> <p>L.92-93 Je pense que ça peut être une maltraitance si ce n'est pas bien analyser.</p> <p>L.97 La chute ça peut déclencher des hémorragies.</p> <p>L.102 Il a pas fait attention. Il s'est levé il a chuté derrière il a fait une hémorragie au niveau du foie.</p> <p>L.103-104 Je pense que quand on est en on arrive à mettre des contentions c'est par nécessité vraiment.</p>	<p>L.41-42 On a des ceintures de sécurité c'est vrai qu'on les met plus facilement en cas de chute</p> <p>L.43 Ça permet de sécuriser plutôt que d'attacher</p> <p>L.54-55 Les contentions physico-chimique, quand on en arrive là, c'est vraiment quand y'a pas d'autre solution</p> <p>L.66-67 Au début de ta carrière tu ne mets pas de contention sur certains patients et tu t'en veux après parce que ça a été délétère.</p> <p>L.81 Il faut tout le temps se remettre en question « <i>est ce que là c'est toujours adapté ?</i> »</p> <p>L.100-101 Y'en a certains, au contraire, ça les apaise parce qu'ils se sentent sécurisés</p> <p>L.110-111Eux aussi ils n'ont pas envie d'avoir un patient qui tombe et qui se casse le col du fémur.</p> <p>L.111-112 On se mets assez bien d'accord sur ce genre de décision.</p>	
--	--	---	--

Annexe 8 : 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 : Yasin, BELGHOUL

Promotion : 2018-2021

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 :

Le raisonnement clinique, un levier de l'autonomie 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 25/05/2021 . Signature :

BELGHOUL Yasin

Promotion 2018-2021

Unité d'Enseignement : 6.2 S6 – Anglais

Date du rendu : Mardi 25 mai 2021

Clinical reasoning, a lever of nursing autonomy.

Abstract: This end of course assignment addresses the issue of the nurse's clinical reasoning in the context of mechanical restraints. These issues imposed themselves on me to the views of my experiences during my work placement and my attraction for reflection in care. Study the clinical reasoning provides an explanation, or even a method on a daily nurse's task. The questionnaire I did enabled me to express this following initial question:

What's the place of clinical reasoning in the prescription on restraint?

In order to answer this question, I had to gain knowledge about clinical reasoning and restraint to create a reference framework. For this, I used databases such as Cairn and EM Consulte. Most of the documents consulted are research articles by French and Canadian authors. to support my research on the subject, I undertook a qualitative research to analyze subjective data. These data were treated in a clinical method with the phenomenological interpretive analysis. This latter focused on the speech of six nurses in semi-structured interviews. This group includes nurses working in psychiatry, medicine, liberal sector, and emergency department. This research has highlighted the implicit and essential nature of clinical reasoning. This reasoning has steps and attributes that allow each caregiver to cultivate a high clinical reasoning. The use of efficient reasoning allows to build the caregiver's autonomy and reduce the use of restraint.

Number of words: 225

Keyword: Reasoning, Clinic, Prescription, restraint, Autonomy.

Le raisonnement clinique, un levier de l'autonomie infirmière.

Résumé : Ce travail de fin d'étude porte sur l'importance du raisonnement clinique de l'infirmier dans le cadre du soin sous contention. Ces thématiques s'imposaient à moi aux vues des situations vécues en stage et mon attrait pour la réflexion dans le soin. Étudier le raisonnement clinique permet d'apporter une explication, voir une méthode sur un exercice quotidien de l'infirmier. Mon questionnement personnel d'infirmier en devenir m'a amené à une question de départ.

Quelle est la place du raisonnement clinique dans la prescription de la contention ?

Pour répondre à cette question, il m'a fallu accumuler des connaissances sur le raisonnement clinique et la contention afin de former mon cadre de référence. Pour cela, j'ai usé des bases de données tels que Cairn et EM Consulte. La majorité des documents consultés sont des articles de recherche d'auteurs Français et Canadiens. Pour compléter mes connaissances sur le sujet, J'ai entrepris une recherche de type qualitative afin d'analyser des données subjectives. Ces données ont été traitée dans le cadre d'une méthode clinique via l'analyse interprétative phénoménologique. Cette dernière s'est portée sur le discours de six infirmiers lors d'entretiens semi-directifs. On retrouve dans ce panel, des infirmiers exerçant en psychiatrie, médecine, secteur libéral et service d'urgence. Cette recherche à mis en lumière le caractère implicite mais essentiel du raisonnement clinique. Ce raisonnement possède des étapes et attributs qui permettent à chaque soignant de cultiver un haut raisonnement clinique. L'utilisation d'un raisonnement efficient permet de forger l'autonomie du soignant et de réduire l'utilisation de la contention.

Nombre de mots : 250

Mots clefs : Raisonnement, Clinique, Prescription, Contention, Autonomie.