

## Le raisonnement clinique : vestige du passé ou nécessité du présent ?

« Travailler auprès des malades sans raisonnement clinique est un peu comme d'entreprendre un voyage au long cours sans compas ni boussole. »

Margot Phaneuf, PhD.

Avec les conditions actuelles dans les milieux de soins, on pourrait penser qu'il est inutile, voire dépassé d'écrire sur le raisonnement clinique en soins infirmiers. Il serait pourtant dommage de nous résigner et que devienne vestige du passé ce moyen d'arriver, par l'observation et l'analyse de la situation, à une cible précise de soins. Je ne peux me faire à l'idée que des soins aussi importants que ceux que donne l'infirmière ne reposent plus sur un processus de nature scientifique, mais plutôt sur un schème « *manifestation-réaction* » presque automatique. Par exemple, si un problème se présente, on suit une ordonnance et, dans bien des cas, on ne regarde pas plus loin.



### Faudrait-il faire notre deuil?

Quelle perte ce serait si cette pratique se répandait et que les infirmières cessaient de travailler selon une démarche scientifique comme tous les professionnels de haut niveau. Ceux-ci, qu'ils soient médecins, physiothérapeutes, biologistes ou autres, commencent par observer, analyser, puis ils suivent un raisonnement qui les conduit à identifier une cible d'action, c'est-à-dire qu'ils posent un diagnostic afin d'orienter le cours de leurs interventions.<sup>1</sup> Pourquoi ferions-nous exception? Serait-ce que nous sommes devenues si désabusées et si démotivées que nous en sommes incapables? Est-ce que par nos agissements automatiques, sans souci scientifique, nous ne nous condamnons pas à éternellement demeurer les petites mains du système de santé?<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>. Image frontispice du site [www.prendresoin.org](http://www.prendresoin.org)

<sup>2</sup>. Petites mains : ouvrières qui jouent un rôle de peu d'importance dans un atelier de couture.

## Regard sur la situation

Un phénomène est toujours lié au contexte dans lequel il se présente, ce qui le favorise ou le défavorise. Ce n'est pas différent pour l'utilisation timide du raisonnement clinique dans nos services. On doit reconnaître qu'en ce moment, les conditions de travail dans nos milieux de soins ne sont pas des plus favorables. Les restrictions de personnel, la surcharge de la tâche et pour certaines, les heures

*« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ».*

supplémentaires obligatoires qu'il leur faut concilier avec la famille, tout cela n'est en rien favorable à la réflexion et à la mise en place d'un processus réfléchi sur la situation du client.

De plus, le partage tayloriste du travail entre différents niveaux de personnels dans l'équipe de soins ne favorise pas la prise en charge complète du client par l'infirmière. Il en résulte qu'elle est malheureusement de plus en plus éloignée de ses cibles d'action et qu'à moins d'un état très sérieux du client ou d'une situation très particulière, ni la démarche clinique, pourtant supposée être l'un des fondements de nos soins ni la prévention qui fait partie de la description même de notre exercice infirmier ne peuvent s'appliquer. Comme s'en plaignent de nombreuses infirmières, elles sont malheureusement, plus dans les « écritures » qu'auprès des malades.<sup>3</sup>

Le taylorisme, système d'organisation du travail, pensé par un ingénieur américain du nom de Taylor (1856-1915), où la division des tâches permet de fournir un rendement maximum.

## Un glissement défavorable

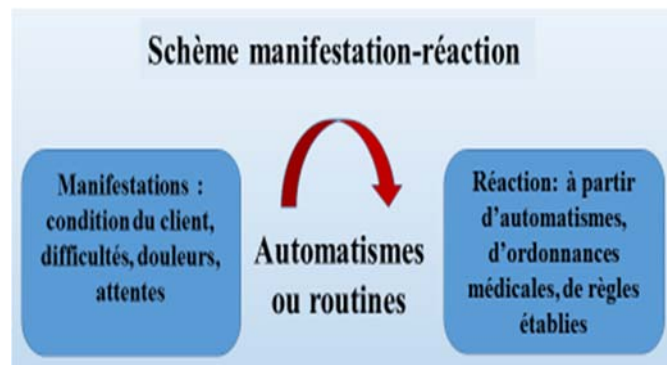
La situation actuelle entraîne malheureusement trop souvent un glissement des soins et de leur qualité qui devient fort préoccupante. Les soins de base exécutés par les préposés aux bénéficiaires sont réduits à leur plus simple expression, souvent sans vérification par l'infirmière qui n'en a pas le temps. Les prélèvements et l'administration des médicaments sont dévolus aux infirmières auxiliaires et il résulte de cette situation partagée une réduction importante du temps de contact de l'infirmière avec les clients, de ces précieux moments où elle pourrait directement s'informer de leur état et leur apporter son soutien. « Ainsi, le recentrage du rôle de l'infirmière sur l'évaluation, la surveillance et le suivi de l'état de santé du client compris dans la Loi 90 est perçu comme un éloignement du soin «care» versus le soin cure.» Dans cette situation, certaines

<sup>3</sup>. OIIQ. Champ d'exercice et activités réservées : <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>

infirmières expriment un sentiment de perte. Elles ont même le sentiment de s'éloigner du soin pour faire davantage un travail de bureaucrate.<sup>4</sup>

Les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires peuvent évidemment suppléer en devenant les yeux et les oreilles de l'infirmière pour lui communiquer ce qu'elles observent. Pourtant c'est elle qui est la mieux formée dans cette équipe et la plus apte à créer avec le client une relation de confiance qui permet d'identifier ce qui est nécessaire à son accompagnement thérapeutique, c'est-à-dire à mettre sur pied l'ensemble des soins médicaux et infirmiers appropriés à son état et à ses besoins. C'est elle qui a la responsabilité du client, puisqu'à travers le PTI et le PSTI elle engage sa responsabilité en le rédigeant, en l'ajustant selon le suivi exercé et en assurant sa réalisation<sup>5</sup>

Il faut reconnaître que « Le champ d'exercice infirmier est très large et comporte le spectre d'interventions le plus étendu parmi les professionnels de la santé. Il couvre des activités d'aspect préventif, curatif, réadaptatif et palliatif, ce qui confère à nos soins une grande complexité. »<sup>6</sup> Ainsi, il n'est pas étonnant, soit par manque d'expérience, par insuffisance de temps, mais aussi parfois, par négligence, que la planification des soins se simplifie et soit sans personnalisation.



Ce travail partagé entre les diverses intervenantes est difficile à coordonner, mais il doit suivre les directives du PTI et du PSTI élaborés par l'infirmière. Celle-ci doit les fonder sur un raisonnement clinique, source des interventions suggérées afin que l'équipe travaille en synergie. Il n'y a heureusement pas que de mauvais côtés à ce partage des tâches, mais il limite la prise en compte par l'infirmière de ce que vit le client et de ce qui lui est nécessaire.

À l'heure actuelle, il serait évidemment contreproductif pour une infirmière de passer de longs moments à dispenser des soins de base aux malades, mais un accroissement de son temps de présence à leur chevet lui permettrait de mieux appréhender l'ensemble de leur situation et d'agir avec les autres soignantes de l'équipe pour travailler à leur mieux-être.

<sup>4</sup>. FIQ. (2008). Rôles, tâches, fonctions et responsabilités des professionnelles en soins : [http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/A08-CF-I-D7\\_portrait-taches-fonctions-responsabilites.pdf](http://www.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/A08-CF-I-D7_portrait-taches-fonctions-responsabilites.pdf)

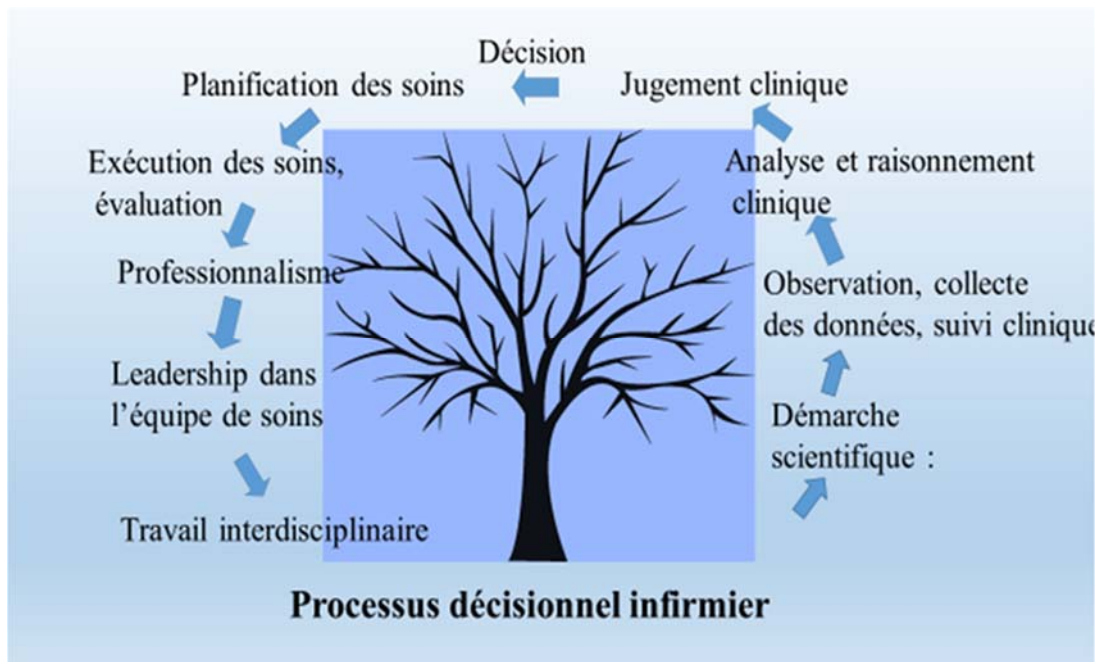
<sup>5</sup>. L'infirmière est responsable des soins qu'elle délègue. Dans ce contexte, elle vérifie l'évolution de la situation, les réactions du client et sa participation, le résultat des interventions et ce, même si elle n'a pas dispensé ces soins. Organisation du travail et revalorisation des pratiques : <http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Publications/RAPPORT%20FINAL%20PROJET%20OT%20-%20ANNEXE%2010%20-%20Cahier%20de%20formation.pdf>

<sup>6</sup>. OIIQ. Champ d'exercice et activités réservées : <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>

## Un vœu pieux?

Le partage des tâches ne devrait pas couper l'infirmière de ses malades et l'empêcher ainsi de s'investir auprès d'eux. Nous savons pourtant que c'est peut-être un vœu pieux en raison des nombreuses difficultés qui surgissent dans nos services de soins, c'est-à-dire, de possibles rivalités entre les membres de l'équipe, les urgences, la charge émotionnelle de certaines situations et les difficultés de coordination des diverses compétences. Pourtant, si l'infirmière était davantage en contact avec ses clients, elle pourrait revenir à des modes d'intervention plus humains et retrouver des soins infirmiers attentionnés qui, en parallèle avec l'ordonnance médicale, offriraient au client des solutions infirmières, à savoir, de la compréhension, du réconfort et de l'empathie pour sa douleur, pour ses inquiétudes ou son découragement.

On pourrait aussi voir plus fréquemment s'appliquer des interventions d'éducation de la



clientèle et de prévention de certains problèmes, telles que nous l'autorise la description de notre exercice professionnel. Ce meilleur suivi du client permettrait à l'infirmière de le mieux connaître et de stimuler ses collègues à l'action, assumant ainsi son rôle de leadership dans l'équipe. Autrement, nous est-il encore possible de dire que nous travaillons comme des professionnelles?

## Pour des soins de précision humains et efficaces

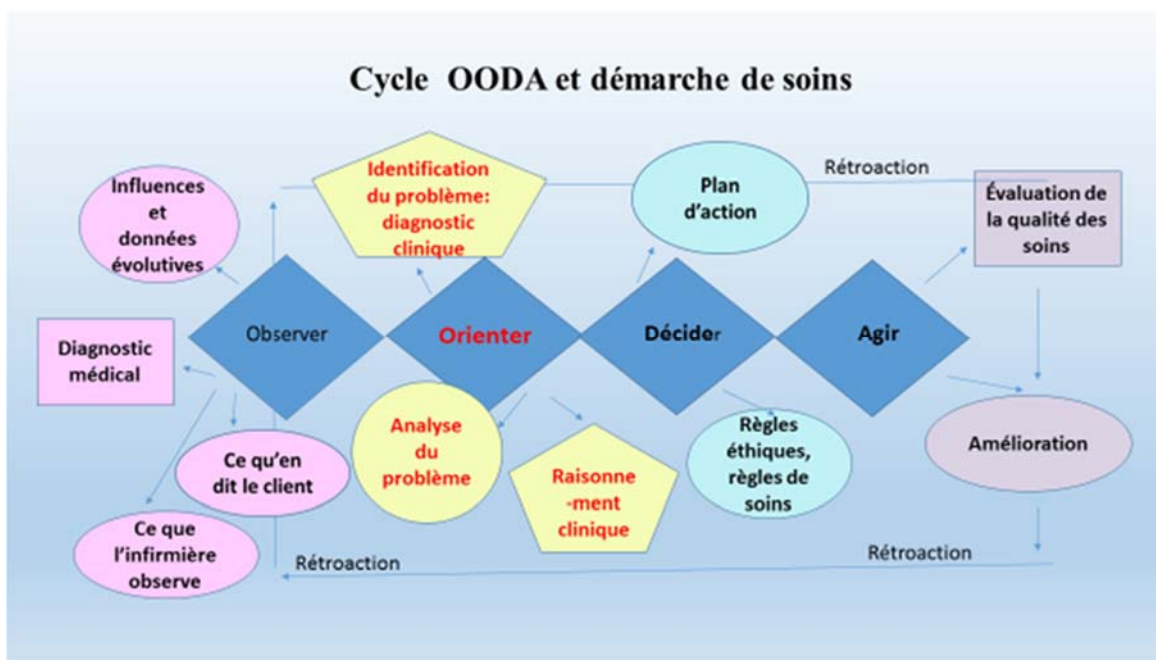
Les soins infirmiers ont un long passé d'humanisme et les obligations administratives actuelles, avec toutes les limites qu'elles posent, nous en éloignent malheureusement beaucoup. Les gestes infirmiers sont pourtant très importants, car ils apportent au client des attentions couvrant leurs besoins sur les différents plans. Ils ne peuvent cependant se fonder sur des automatismes et des routines établies sans réflexion et sans données

probantes, où la seule justification est de faire les choses comme elles se sont toujours faites.

Pour leur donner l'efficacité, l'efficience et la précision attendues, ils doivent se situer dans un processus décisionnel où priment la réflexion et l'analyse de la situation afin d'identifier les cibles à atteindre et d'en tirer une marche à suivre logique. C'est le processus décisionnel de la méthode scientifique de résolution de problème que nous appliquons déjà depuis longtemps et que nous appelons la « *démarche de soins* ». D'aucuns peuvent trouver cette démarche ennuyeuse et dépassée, alors regardons-la d'une autre manière, visant le même cheminement décisionnel, mais sous le jour de termes nouveaux, différents, peut-être plus stimulants et plus engageants : il s'agit du cycle OODA.

## Le cycle OODA

En 1960, le Capitaine John Boyd de l'aviation des États-Unis conceptualisa, pour la formation des pilotes de chasse, une méthode qui leur permettait d'être plus rapides et



plus sûrs dans leur prise de décision face à l'ennemi. C'est le « cycle de Boyd » ou la « boucle OODA » qui permet d'analyser une situation, d'arriver rapidement à une décision et d'éviter, lorsque celle-ci est prise, de demeurer dans les conjectures et l'inaction. Tout comme notre démarche clinique, ce cycle favorise à la fin la réévaluation des décisions et, au besoin, la réorientation de l'action.

Le cycle OODA se compose de quatre étapes : ***observer***, ***orienter***, ***décider*** et ***agir***. C'est un système de pensée logique, déductif qui permet d'examiner la réalité avec attention et

vigilance et de coordonner l'action. Le but du Capitaine Boyd était la survie et l'efficacité de ses pilotes de chasse, mais pour nous, c'est la vie et le bien-être de nos malades qui sont en cause, ce qui est pour le moins aussi important.

## Un processus de logique déductive

Peu à peu, ce cycle s'est transposé à diverses disciplines où ce système-réseau sert à la prise de décision. Pour nous, faire connaissance avec le cycle OODA, nous conduit à réaliser la puissance d'action d'une démarche qui a permis à des pilotes d'être efficaces et de survivre dans un ciel de guerre, mais aussi, de nous montrer la force mobilisatrice et organisationnelle d'un processus déductif logique où chacune des étapes se renforce par sa mise en réseau.<sup>7</sup> L'attention se porte ainsi sur l'observation, l'orientation de l'action, la décision qui en est issue et l'action elle-même.

Dans ce cycle, Boyd disait que l'étape la plus importante était celle de « l'orientation », c'est-à-dire, le moment de l'analyse de la situation et du raisonnement qui la couronne. Tout comme dans la démarche de soins où l'étape majeure est le raisonnement clinique, cette phase du cycle OODA tient compte de facteurs importants pour la personne, tels que la culture, la



langue, les habitudes de vie, les antécédents médicaux et familiaux, les expériences passées, etc., que l'on doit aussi prendre en compte pour la planification des soins.

Qu'on les nomme démarche scientifique, démarche de résolution de problème, cycle OODA ou démarche de soins, il en ressort que toute action et décision importantes en soins infirmiers doit reposer sur des bases logiques sûres, envisageant en même temps un certain spectre de facteurs personnels, familiaux, psychologiques et de nature sociale qui influent sur la personne au cours de son expérience de maladie. Les soins infirmiers représentent une partie majeure de l'organisation qui entoure le malade au cours d'un épisode de soins. Aussi est-il essentiel pour l'infirmière de construire son action sur des bases logiques solides.

Et, si l'on trouve le cycle OODA plus commode, plus facile à retenir avec ses composantes OBSERVER, ORIENTER, DÉCIDER, AGIR, pourquoi ne pas l'utiliser? L'important est de réussir à planifier des soins fondés sur une réflexion logique.

## La formation à une attitude réflexive

<sup>7</sup>. Ana Christina Fachinelli, Christian Marcon, Nicolas Moinet (2001). Agilité ou paralysie stratégique : considérations réticulaires sur la boucle OODA <http://blogs.univ-poitiers.fr/c-marcon/files/2013/03/Considérations-réticulaires-sur-la-boucle-OODA-Marcon-Moinet-Facchinelli.pdf>

L'important pour une infirmière est de développer l'habitude d'une démarche réflexive avant de planifier une action. Cette habitude est habituellement prise au cours de la formation de base et devient d'ailleurs une exigence pédagogique explicite. Ainsi, devant la situation de chaque client, le recours à la réflexion verbale à partir de certaines questions posées à l'étudiante lors d'un stage, la prédisposent à la réflexion et à une meilleure maîtrise de ce processus. En voici quelques exemples :

- **Observer** : Qu'as-tu observé? (signes, symptômes) Que dit le client? (plaintes, malaises, anxiété, peur, toux, etc.)
- **Orienter** : Comment s'orienter dans tout cela? De quels facteurs médicaux (analyses, examens, ordonnance) faut-il tenir compte? De quels facteurs personnels, familiaux, psychiatriques? Comment structurer le raisonnement clinique? Quel jugement clinique en tirer? (ou diagnostic infirmier?)
- **Décider** : Quelle décision s'impose?
- **Agir** : Quels soins devraient en découler? Et comment les évaluer?

On peut de la sorte développer chez nos étudiantes une posture réflexive applicable aux diverses situations proposées pour leur apprentissage. Le programme de soins infirmiers est lourd et le temps manque souvent, aussi n'est-il pas toujours possible pour l'enseignante de faire rédiger et de vérifier les démarches écrites par les étudiantes. La réflexion à voix haute peut devenir un excellent substitut qui leur permet de faire le cheminement logique, déductif de la démarche de soins, rapidement et sans risque.<sup>8,9</sup>

### **Le processus clinique et le diagnostic infirmier**

Pour la rédaction du PTI, il est proposé d'utiliser soit un diagnostic infirmier formulé selon les règles, soit un jugement clinique librement exprimé. Il est cependant déplorable que le diagnostic infirmier ne soit pas valorisé, car c'est un instrument de précision des soins qui cible directement le problème, qu'il soit de nature physique, psychologique ou d'origine sociale. C'est un moyen de visibilité et d'affirmation des soins infirmiers tout à fait unique que des formulations vagues, variables d'une infirmière à l'autre ne sauraient remplacer. Certains opposants prétendent que par le diagnostic infirmier, la soignante

#### **Les avantages de la réflexion à voix haute**

- Elle permet une bonne représentation mentale du processus de démarche de soins.
- Renforce le besoin d'observer.
- Met l'accent sur le raisonnement clinique.
- Facilite le rodage et l'autocorrection de la démarche.
- Permet le feed-back de l'enseignante.

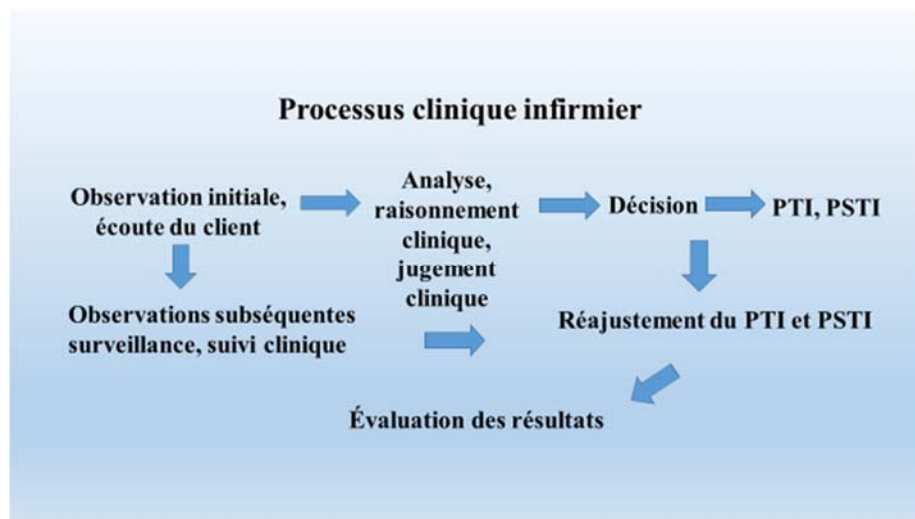
<sup>8</sup>.Margot Phaneuf (2009). La réflexion à voix haute, complément ou substitut de la démarche de soins ? <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/01/La-reflexion-.pdf>

<sup>9</sup>.Gresty, Karen and Debby Cotton (2005). Using a think-aloud protocol to evaluate an online resource for nursing students, p. 5 : <http://www.health.heacademy.ac.uk/projects/miniprojects/gresty.pdf>

parle à la place du client au lieu de le laisser s'exprimer. Or, si l'infirmière peut émettre un diagnostic infirmier, c'est que le client lui a déjà fait connaître ses difficultés et ses besoins ou que son état si gravement détérioré exprime de manière évidente les difficultés qui l'assaillent et qu'il ne peut formuler.

## Le référentiel des diagnostics infirmiers

L'ensemble du référentiel des diagnostics infirmiers est lourd, il est vrai. Mais le registre de ceux que l'on peut utiliser dans une situation n'est pas si étendu et certes pas hors de la capacité de mémorisation des étudiantes. Le diagnostic infirmier, au-delà des sensibilités



de certaines personnes pour qui le terme diagnostic ne peut s'utiliser à l'extérieur du contexte médical, est un outil synthétique, descriptif de la difficulté du client. Puisqu'il est utile,

pourquoi ne pas s'en servir. Il nous permettrait de nous construire une identité, un parcours de travailleuses logiques recherchant la clarté et l'efficacité de soins de précision.

## Conclusion

Mieux utiliser le jugement clinique et le diagnostic infirmier serait une excellente manière de bannir les automatismes peu réfléchis que l'on observe hélas trop souvent au niveau des soins et qui donnent malheureusement l'impression que certaines soignantes sont sur le « pilote automatique ». Pourtant, les soins infirmiers sont trop sérieux et trop précieux pour cela.

Nous sommes à l'ère de la précision technique, informatique et même organisationnelle. Il est aussi important, voire même urgent que nous puissions mettre sur pied des soins de précision, c'est-à-dire des soins où l'infirmière s'investit, des soins qui ciblent les difficultés du client avec justesse, en même temps qu'ils deviennent plus empathiques et plus humains.

Le contexte actuel difficile a peut-être refroidi certains enthousiasmes parce que les conditions favorables n'étaient pas au rendez-vous. Il est possible aussi que la lourdeur de la charge de travail conduise à certains automatismes. Mais il demeure essentiel que pour chaque malade se fasse une interrogation sérieuse, nous demandant « Qu'est-ce que je



vois, qu'est-ce que j'entends, cela me conduit à quel jugement et à quelles actions? » La souffrance humaine nous interpelle, elle est constamment sur notre chemin et travailler auprès de malades souffrants, anxieux ou désespérés demande d'être bien armées d'outils techniques et organisationnels, mais aussi d'un solide raisonnement clinique, car sans cela, ce serait un peu comme d'entreprendre un voyage au long cours sans compas ni boussole.