

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Le jugement clinique infirmier



LE LIEVRE Gwenaël
Formation infirmière
Promotion 2017-2020



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études : Le jugement clinique infirmier

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 22/04/2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

TABLE DES MATIERES

1) INTRODUCTION	1
1.1) SITUATION DE DÉPART	2
1.2) LE QUESTIONNEMENT.....	3
1.3) CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART	4
2) CADRE THÉORIQUE.....	6
2.1) Du raisonnement clinique au jugement clinique	6
2.1.1) Cadre législatif.....	6
2.1.2) Le raisonnement clinique infirmier	6
2.1.3) Le jugement clinique infirmier	7
2.2) La construction d'un jugement clinique fiable.....	8
2.2.1) Le patient, racine du jugement clinique	8
2.2.1.1) L'observation clinique	8
2.2.1.2) La relation d'aide.....	9
2.2.1.3) L'examen clinique.....	10
2.2.2) Un recoupement de savoir.....	11
2.2.2.1) Des connaissances distinctes	11
2.2.2.2) Corrélation connaissance et raisonnement	12
2.2.3) Une méthodologie de problématisation et de théorisation.....	12
2.2.3.1) Des opérations mentales	12
2.2.3.3) Différents modèles de raisonnement	13
2.3) Le jugement clinique dans l'urgence.....	15
3.1) Raisonnement clinique adapté	15
3.2) De l'expérience à la compétence	16
3.3) Un jugement clinique influençable	17
3.4) Le jugement clinique appuyé par des outils.....	17
3) METHODOLOGIE.....	19
3.1) Le choix et la construction de l'outil	19
3.2) Choix des professionnels.....	19
2.3) Organisation	20
2.4) L'analyse des entretiens.....	20
2.5) Bilan du dispositif.....	25
4) DISCUSSION	26
5) CONCLUSION	34

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier,

Ma référente pédagogique, Madame VERDIER Catherine, pour son accompagnement et pour m'avoir guidé dans mon projet professionnel durant ces trois années de formation

Ma référente MIRSI, Madame OLERON Marylène pour son soutien et ses conseils tout au long de cette année qui m'ont permis de mener mon travail à terme.

Les formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes.

Les infirmiers ayant accepté de répondre à mes questions.

Tous mes amis et ma famille, particulièrement mes parents et ma sœur pour leur présence tout au long de ces trois années d'études ; leur patience, leur écoute, leur réconfort, leur soutien. Merci pour leur aide précieuse de relecture.

Ma colocataire, amie et collègue de promotion, Marie.

Jean-Dominique, pour son aide, sa relecture et ses critiques positives et constructives.

Alexandra, pour sa collaboration.

« Heureux est l'homme qui possède la rectitude du jugement. »

Sénèque, La vie heureuse.

I) INTRODUCTION

« C'est inhabituel », « Cela ne va pas se passer comme prévu, je le ressens ». Depuis mon entrée en formation et durant mes stages, j'ai été impressionné par la capacité et l'objectivité des infirmiers à évaluer des situations cliniques. Ces phrases me perpétuellement interpellées. Le jugement clinique et le raisonnement clinique sont des concepts clés de notre profession et pourtant si difficiles à discerner et expliquer. Chaque jour les infirmiers mobilisent ces notions sans pour autant sans rendre compte. L'ayant également vécu, j'ai ce besoin de comprendre comment un infirmier, construit, développe et mobilise un jugement clinique fiable pour obtenir une décision de décision optimal.

Dans une première partie, je présenterai la situation d'appel et le questionnement me permettant de poser la question de départ. Dans une seconde partie je développerai le cadre théorique et conceptuel autour de mon thème qui va étayer mon travail de recherche. L'enquête réalisée auprès des professionnels sera présentée et exploitée dans une troisième partie. Puis, dans une quatrième partie, après avoir confronté le cadre théorique avec l'enquête, j'exposerai la problématique me permettant de poser l'hypothèse et la question de recherche. Enfin, je terminerai ce travail par une conclusion.

1.1) SITUATION DE DÉPART

SITUATION N°1 LORS D'UN STAGE EN UNITÉ DE SOINS LONGUE DURÉE

Je suis en stage à l'Unité de Soins Longue Durée (USLD). Je suis rendu aux deux derniers patients dans mon tour d'après midi. Les deux portes sont grandes ouvertes. Je m'apprête à entrer dans la chambre de Madame C mais je vois au loin que Monsieur L tousse et qu'il à l'air gêné pour respirer. Monsieur L est un patient atteint de BPCO (Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive) de grade élevé. Je m'approche. Il me fait signe de la tête et il me dit que tout va bien. Cependant je trouve qu'il tousse beaucoup et qu'il à l'air très gêné. Il expectore une mousse blanchâtre, expectorations qui ressemblent à ses habitudes mais qui me fait penser à la mousse blanchâtre d'un patient faisant un OAP (Œdème Aigu du Poumon). Je l'installe en position demi-assise. Il est alimenté par une GPE (Gastrostomie Percutané Externe). Son alimentation entérale à tendance à le gêner au niveau respiratoire. Je me dis que je m'inquiète un peu trop (aucun signe de gravité) et que je reviendrai d'ici 10 minutes pour voir comment il va.

Je quitte la pièce. Ensuite je suis interpellé par le mari d'une patiente en fin de vie qui à l'air déboussolé. La patiente est décédée. Nous l'avons accompagné avec son marie pendant une trentaine de minute.

Je retourne de nouveau vers la chambre de monsieur L. Je vois monsieur L avec le visage cyanosé, pâle et le regard fixe. Monsieur L a les lèvres et les doigts cyanosés. Il est agité et dyspnéique. Il expectore des grosses quantités de mousses blanchâtres. J'essaye de l'aspirer mais rien ne le soulage. Je lui prends ses constantes qui ne sont pas dans les normes. J'appelle l'interne de garde qui ausculte le patient. Elle nous fait une prescription orale de thérapeutiques et d'examens. Pendant que l'infirmière pose la voie veineuse, je mets le patient sous oxygène et je réalise l'ECG. Le résultat tombe. Le patient fait un Syndrome Coronarien Aigu de type ST – (Sus décalage du segment ST) compliqué d'un par un OAP (Œdème Aigu du Poumon) massif. Il sera transféré vers les urgences cardiologiques.

SITUATION N°2 LORS D'UN REMPLACEMENT D'ÉTÉ EN RÉANIMATION

Remplaçant d'été en réanimation. Un infirmier « de volante » nous prévient qu'une patiente provenant de l'USC (Unité de Surveillance Continue) descend dans notre galerie car son état se dégrade. La patiente arrive dans le service intubée, sédaturée. Nous sommes huit dans la chambre. Nous installons et « techniquons » la patiente. Tout va vite et tout est automatique pour les infirmiers. L'ambiance est calme, tout le monde communique et s'écoute. Le pronostic vital est engagé, La patiente est en état de choc. Le réanimateur souhaite réaliser un scanner en urgence, cependant elle reste trop instable pour être accompagnée au scanner.

Nathan, l'infirmier de volante, me demande tout de même de préparer le matériel pour le transport. Le scope sonne, son état se dégrade de minutes en minutes. Pendant que les infirmiers continuent de techniquer la patiente, Nathan, l'infirmier, va tranquillement à la pharmacie et me dit calmement qu'il a ramené de l'adrénaline et me demande d'aller chercher le chariot d'urgence, pendant qu'il prépare la seringue. Je suis surpris car la patiente n'est pas en asystolie. Il ajoute, « Elle va tomber en ACR. Ramène le chariot d'urgence, sort la planche à masser et apporte la au bord du lit ». Je m'exécute. Lorsque j'apporte la planche à masser au bord du lit, il dit aux infirmières du secteur qu'il a préparé la seringue d'adrénaline, si jamais elle passe en asystolie.

Nathan doit quitter la pièce pour aller donner un coup de main dans la galerie voisine pour une autre situation complexe. Il nous lance « appelez moi quand elle sera tombée en arrêt » et il quitte la pièce. Une minute plus tard le scoop sonne de nouveau, la patiente est en asystolie.

1.2) LE QUESTIONNEMENT

Quelle différence y a t-il entre le raisonnement clinique infirmier et le jugement clinique infirmier ? Comment le jugement clinique se construit-il ? Comment se développe t-il ?

Dans la première situation, j'ai senti qu'il y avait quelque chose d'anormal, pourquoi ne me suis-je pas écouté ? Est-ce un manque de confiance ? Est-ce un manque d'expérience ou d'assurance ? Est-ce un problème de positionnement (étudiant ou jeune professionnel) ? Est-ce un manque de distance avec la situation ?

J'avais des éléments qui m'ont permis de faire des suppositions sur l'état de santé du malade ? Grâce à quels éléments l'infirmier peut-il établir un jugement clinique ? Comment en suis-je arrivé à supposer que l'état du patient s'aggravait ? Est-ce la clinique ou la paraclinique ? La théorie ? La pratique ? Le lien entre les deux ?

La connaissance du patient ? Qu'est-ce qui m'a permis de me dire "Il y a quelque chose d'inhabituel, d'anormal" ? Est-ce que les sensations perçues ont un rôle à jouer ? Est-ce que le non verbal du patient joue un rôle ?

La seconde situation est une situation observée, qui m'a permis de déduire de nouvelles questions. Que s'est-il passé dans la tête de l'infirmier ? A quoi fait-il appel ? Quelles données lui ont permis de déduire l'évolution de la situation ? Est-ce du à des situations précédemment vécues voire similaires ? Comment a-t-il interprété les données qu'il avait ? Qu'en a-t-il fait ? Par quel chemin de réflexion passe l'infirmier avant d'agir ? Ainsi je me suis interrogé sur les mécanismes de réflexes, c'est-à-dire, est-ce qu'il y a la mise en jeu de réflexes ? De mécanismes ? Est-ce que les habitudes ont un rôle dans le dépistage d'anomalies ?

Est-ce que l'infirmier met en jeu les mêmes mécanismes pour dépister une anomalie lors d'une situation d'urgence ? Est-ce que son raisonnement est le même ? Est-ce que les actions qui en découlent sont les mêmes ? Est-ce que la pression qui règne autour de la situation ou la nécessité de rapidité d'intervention influence le jugement ou le raisonnement clinique ? Est-ce que cela le stimule le jugement clinique ? Ensuite, qu'est-ce que l'intuition du soignant ? A quoi fait-elle appel ? Comment influence-t-elle le prendre soin ? Doit-on l'écouter ?

Pour finir, comment est-ce que le jugement clinique influence une prise de décision et la mise en jeu d'actions ? Qu'est-ce qui conditionne la prise de décision ? Est-ce propre à chaque individu ? Est-ce universel ?

1.3) CHEMINEMENT VERS LA QUESTION DE DEPART

L'une des premières questions qui me soit venue à l'esprit, pour la question de départ, est la suivante : dans quelle mesure le dépistage d'une anomalie fait appel au jugement clinique infirmier ? Malheureusement, cette question n'inclut pas le patient dans la recherche. Ainsi, je me suis tourné vers ce questionnement : dans quelle mesure le jugement clinique infirmier influence la prise de décision lors de l'aggravation brutale de l'état de santé d'un patient ? Cependant, ce questionnement ne me semblait pas être le point de départ d'un mémoire de recherche. J'ai donc complété cette question pour en faire la suivante : dans quelle mesure la construction d'un jugement clinique infirmier permet-elle une prise de décision lors de l'aggravation brutale de l'état de santé d'un patient ?

Cette question me semblait adaptée, car il y avait l'importance du mot construction vis-à-vis de mes questionnements. Cela permet d'évoquer la construction du jugement clinique infirmier et expliquer qu'il ne s'invente pas. Mais suite à ma première guidance individuelle, ma référente m'a conseillé d'utiliser le terme "mobilisation" qui était plus neutre. En effet, le risque d'utiliser le mot "construction", est de se diriger vers l'étudiant infirmier en formation, ce que je ne souhaite pas. De plus, nous avons retiré le mot brutal de " l'aggravation brutale de l'état de santé d'un patient" afin d'être moins restrictif pour mes recherches.

Ainsi j'ai pu établir cette question de départ : **Dans quelle mesure la mobilisation du jugement clinique infirmier oriente-t-elle une prise de décision lors de l'aggravation de l'état de santé d'un patient ?**

2) CADRE THÉORIQUE

2.1) Du raisonnement clinique au jugement clinique

Dans un premier temps, il est essentiel de comparer les notions de raisonnement clinique et le jugement clinique.

2.1.1) Cadre législatif

Débutons cette comparaison en arborant le lien entre les notions et le cadre législatif infirmier. Dans le recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession infirmière (2017, p.183) nous retrouvons des articles concernant les actes professionnels dont,

L'article R.4311-1 – « L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse l'organisation et la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de préventions [...] ».

Et l'article R.4311-3, « Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. [...] »

2.1.2) Le raisonnement clinique infirmier

Il existe de multiples définitions du raisonnement clinique et du jugement clinique. C'est pour quoi, il est intéressant d'en définir les termes.

Le Centre national de ressources textuelles et lexicales, définit la clinique, telle une "Méthode de diagnostic par l'observation directe, et sans l'aide des moyens de laboratoire, du malade alité". C'est ce "Qui s'opère au chevet du malade et qui repose sur l'observation directe du malade [...] Observation directe du malade par l'analyse approfondie de son comportement dans différentes situations."

De plus, Alain Rey (linguiste) (1999, p 778), cité par Sarah Côté et al (infirmière, Étudiante à la maîtrise en recherche en sciences cliniques) (2012), explique que l'étymologie du terme clinique à pour prévenance *klinô* signifiant être couché. Ce terme a donné naissance à *klinikos* qui correspondant "à celui qui observe directement, au lit des malades, les manifestations de la maladie". Cet auteur définit le mot raisonnement, avec pour racine

ratiocinatio comme étant “une opération de l'esprit qui consiste à faire passer sa croyance d'un jugement à un autre”. Ensuite, Higgs et Jones (professeurs en faculté), complètent cette notion comme étant un,

“Processus par lequel le clinicien, en interagissant avec les autres, structure le sens, les buts et les stratégies basées sur les données cliniques, le jugement clinique et les connaissances. C'est une étape du processus du raisonnement clinique. Un processus de pensée intangible, rarement expliqué qui mène à une décision clinique. Ce qui se passe entre la collecte et la génération d'une décision.” (Higgs et Jones, 2000)

A l'inverse, Tanner (doctorante en sciences infirmières), citée par Chapados (inf., Ph.D.) et al (2014, p.1), pense que c'est le “processus par lequel les infirmières et autres cliniciens font leurs jugements, génèrent et pèsent les alternatives et choisissent les plus appropriées”

Dans cette même idée, pour Gordon et al (théoricienne en sciences infirmières) (1994), le raisonnement clinique est une “forme de jugement clinique dont les étapes sont : rencontrer le patient, collecter les données, formuler des hypothèses de diagnostic, rechercher des informations pour confirmer ou infirmer l'hypothèse, arriver à un diagnostic et déterminer les actions”. Selon les deux derniers auteurs, le raisonnement clinique serait une étape au jugement clinique. Il est aisé d'observer, qu'il existe des discordances dans la définition du raisonnement clinique. Ainsi, il est essentiel de préciser le terme de jugement clinique

2.1.3) Le jugement clinique infirmier

Margot Phaneuf (INF., M.ED., PHD) (2013, p.1), expose le jugement clinique comme « une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées; il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire.”

Christiane Bourdier et al (cadre supérieur de santé et doctorante en sociologie) (2011, p.69) définissent le jugement clinique tel une

“Démarche mentale qui permet d'élaborer une conclusion en prenant appui sur un ensemble de signes et de symptômes relatifs à l'état de la personne. Le jugement clinique de l'infirmière est une opinion claire faisant suite à un processus d'observation, de réflexion, de raisonnement concernant les données recueillies” (Christiane Bourdier et al, 2011)

Dans le même esprit que Christiane Bourdier, Nagels (Ph.D, Chercheur en sciences de l'éducation) (2017, p.4), parle du jugement clinique comme processus de l'esprit définissant un plan d'action, de l'infirmier dans le processus de soin.

Il reste complexe de différencier le raisonnement clinique et la notion de jugement clinique car les auteurs ont des points de vue divergents quant à leur définition. Cependant, ils sont en accord pour dire que le raisonnement clinique ou le jugement clinique ont pour point de départ le patient et l'observation que l'infirmier en fait.

2.2) La construction d'un jugement clinique fiable

2.1.1) Le patient, racine du jugement clinique

Thérèse Psiuk (Directrice des soins et conférencière sur le raisonnement clinique), citée par Formarier (formatrice) (2012), explique que la clinique suppose de "considérer ce qui est saisissable par l'intermédiaire de la vue, du toucher, de l'ouïe, de l'odorat, de la parole, ce que l'on peut discerner par tous les moyens à notre disposition. ». Mais, Sarah Côté et al (2012, p.13), ajoutent un élément, l'environnement du patient serait également à prendre en compte dans le recueil de données.

2.1.1.1) L'observation clinique

Thérèse Pisuk (2012, p.12) nous explique que, lors d'une relation de soin, le soignant doit être observateur. C'est à dire qu'il recueille, de la situation, des données et des informations qui lui sont importantes. Elle part du principe que, "l'opération mentale "observer". Cette opération est considérée comme méthode de recherche car on recueille des informations dans le but de tester des hypothèses. De plus, elle explique que "le raisonnement clinique est initié à partir d'un indice existant chez le patient, visuel ou exprimé".

Margot Phaneuf (2012), éclaircit le concept d'observation. Le soignant, lorsqu'il observe une situation, ne doit pas "juger, cautionner ou modifier la manière d'être de la personne ou son comportement". Ainsi, L'observation clinique, " Ce n'est qu'accueillir, par nos sens, l'impression visuelle, auditive ou tactile qui s'en dégage ». Une autre règle importante pour une observation conséquente, c'est la qualité d'attention et même la concentration orientée vers le sujet. Sans attention, il n'y a pas de réelle observation. De plus, cette phase

"Se compose bien d'une étape de réceptivité, où nous sommes comme en attente de ce qui va se passer, d'une étape où nos sens sont frappés par l'image de la personne, par le son de sa voix et par ses paroles, mais pour être efficace, elle doit

être complétée par une phase intellectuellement active. C'est le moment où nous tentons de vérifier, de nous assurer de la justesse de cette perception. C'est alors le moment où nous cherchons à faire ressortir plus de détails, plus d'explications, et de valider nos perceptions". (Margot Phaneuf, 2012).

La perception est une interprétation de ce qui est effectivement présent en lien avec nos connaissances.

2.1.1.2) La relation d'aide

Cependant, Thérèse Psiuk (2012, p.55) enrichie l'observation clinique, d'une composante relationnelle. En effet, elle parle d'une relation d'aide à type de « Counseling ». Le terme de « counseling » se définit en français par le conseil. "Pour conduire un recueil de données pertinent, le soignant donne la parole au patient, l'écoute en laissant la place aux désirs, aux pensées, aux émotions". Dans la relation d'aide, plusieurs paramètres sont en jeu : la communication verbale et non verbale, l'écoute et une attitude de compréhension.

Ensuite, elle définit l'écoute active selon trois niveaux, avec dans l'ordre, comprendre ce que dit le malade, identifier l'équité entre le verbal et le non verbal du patient, puis le dernier niveau, écouter ses propres réactions, être à l'écoute de ses propres émotions.

« Comprendre ce que dit le malade est la première condition pour entrer dans le processus de démarche clinique. La description des signes, des symptômes, des sentiments, des émotions ... Toute cette réalité n'est pas perceptible uniquement par l'observation ; elle doit être mise en mots, ceux utilisés par la personne soignée qui sont souvent différents des mots médicaux utilisés par les soignants". Thérèse Pisuk (2012, p.56)

Enfin, Thérèse Pisuk (2012, p.58), ajoute que le lien de confiance est une clé de la relation car, « le malade qui a confiance apporte toutes les données réelles en lien avec la clarification progressive de sa problématique ».

Malgré tout, Sarah Côté et al (2012), ne sont pas dans le même état d'esprit car elles partent du principe que la relation d'aide est « préférable » dans le processus de raisonnement et qu'il faut « l'inclure dans ses décisions » mais il n'est pas essentiel.

L'observation clinique d'une situation de soin ne serait donc pas le seul paramètre à la récolte de données cliniques.

2.1.1.3) L'examen clinique

Boursin et al (2013), différencient l'observation clinique de l'examen clinique. Tout en restant dans son champ de compétence, l'infirmier participe aux recueils de données "précis et organisés" afin de comprendre la plainte du patient par l'intermédiaire de signes responsables d'un problème de santé. "Autrement dit, d'objectiver les problèmes de santé à partir de la subjectivité du patient, de passer du cadre de référence du patient à celui des soignants, pour pouvoir ensuite agir. "

"L'examen physique renvoie au corps humain, à sa morphologie et à sa typologie. Il permet de recueillir des signes ou données objectives, manifestations particulières recueillies à l'aide de différentes techniques d'examen, comme l'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion. Les examens complémentaires [paracliniques] sont les examens qui se réalisent avec d'autres instruments (comme un lecteur de glycémie [...]) pour collecter des données objectives complémentaires." (Boursin et al, 2013 p.6)

Néanmoins, Lyne Cloutier et al (professeure au département des sciences infirmières) (2002), ont un avis divergent quant à la différenciation de l'observation et de l'examen clinique. En effet, "la notion d'examen renvoie au fait d'observer, de considérer attentivement la personne tout en menant une étude minutieuse afin d'apprécier son état de santé mais aussi ses réactions".

Elles conjuguent la relation d'aide et l'examen clinique. Selon les auteures « l'entretien clinique désigne le bilan fait par la personne de son état de santé. Il tient compte des symptômes ou données subjectives exprimées par le patient qui évalue ce qui lui semble normal versus anormal ». Puis, elles décrivent l'examen clinique comme « un renvoi au corps humain, à sa morphologie, et à sa typologie. Il permet de recueillir des signes ou données subjectives, manifestation particulière recueillie à l'aide de différentes techniques d'examen comme l'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion. »

Le patient est le point de départ du jugement clinique grâce la récolte de données. Cette masse de données est mise en corrélation avec des connaissances acquises qu'il est bon d'étudier.

2.1.2) Un recouplement de savoir

Le raisonnement s'appuie sur des réseaux de connaissances qui peuvent être organisés selon plusieurs modèles. Le Consortium national de formation en santé (CNFS), de l'université d'Ottawa, (2011) définit les connaissances comme un "ensemble des faits, des informations, des notions, des principes qu'on acquiert grâce à l'étude."

2.1.2.1) Des connaissances distinctes

Diners et Perner (1999), partent du principe, qu'un individu peut acquérir deux types de connaissances, les connaissances explicites (réflexes) et les connaissances implicites (apprentissage répété).

" Si les premières s'acquièrent par un apprentissage conscient, les secondes peuvent s'acquérir selon deux procédés : d'une part par l'expérience en étant soumis de manière répétée à une même séquence, on parle alors d'apprentissage implicite, et d'autres part par une transformation, une évolution des connaissances du domaine de l'explicite vers l'implicite."

Thérèse Psiuk, (2012, p.47-p.48), définit l'attribut des connaissances sous trois domaines cliniques. Premièrement elle nomme le domaine clinique en lien avec "les symptômes de la maladie et du handicap". Cette classification permet d'établir les signes mineurs et les signes majeurs des pathologies permettant aux infirmiers de concourir à la recherche du diagnostic médical, en collaboration avec les médecins, et d'établir des diagnostics en soins infirmiers. Deuxièmement, elle cite un domaine clinique regroupant "'l'ensemble des risques liés à la pathologie, aux effets secondaires de traitement et des risques de réactions humaines physiques et psychologiques". Thérèse Psiuk, estime que ce domaine clinique a un rôle à jouer dans le raisonnement par anticipation. Pour finir, elle nomme un dernier domaine clinique de connaissance qui englobe les deux premiers et le qualifie de "réactions humaines, physiques et psychologiques". Elle qualifie ce dernier domaine clinique de cette sorte, car, elle estime que l'infirmier a besoin des sciences médicales et des sciences humaines pour faire du lien avec l'hypothèse. Par ce dernier domaine clinique, l'objectif est d'observer le patient dans sa globalité car "le savoir du malade peut devenir une connaissance chez le soignant si celui-ci considère le patient comme un être vivant présentant des signes intéressants à observer mais surtout une pensée qui peut se traduire".

Margot Phaneuf (2013, page 4), différencie les champs de connaissances sous un angle différent. Les connaissances essentielles à la pratique infirmière, sont

« Les connaissances empiriques issues des données saisies par les sens, les connaissances conceptuelles provenant de la mise en relation de ces observations, les connaissances rationnelles tirées d'un raisonnement sur ces données et les connaissances décisionnelles servant à la prise de décisions responsables. »

L'auteure explique que le raisonnement est étayé par des éléments d'observation, mise en liens avec les connaissances théoriques et les savoirs d'expérience qui ont été acquis sur le sujet.

2.1.2.2) *Corrélation connaissance et raisonnement*

Dans son article, Glaser (psychologue) (1984, p.8), illustre ses travaux sur le lien entre les connaissances et le raisonnement, avec un discours divergent. Pour lui, ce qui fait la différence dans l'aptitude à résoudre des problèmes est la possession et l'utilisation d'un corpus structuré de connaissances conceptuelles et procédurales. Il estime que la différence tient en la richesse des connaissances et non à la qualité du raisonnement.

Mais le discours de Sarah Côté et al (2012), est contradictoire car ils expriment cet avis :

“Les connaissances sont plutôt un préalable au déclenchement du raisonnement clinique et non pas une caractéristique qui lui est propre. Ainsi, même en l'absence de connaissances, la personne utilisera son raisonnement, émettra des hypothèses pour arriver à prendre une décision. “

Ainsi, il est primordial d'aborder le raisonnement et l'ensemble des mécanismes de problématisation dans cette démarche de résolution de problème.

2.1.3) Une méthodologie de problématisation et de théorisation

2.1.3.1) *Des opérations mentales*

Avant d'aborder les modèles de raisonnement, il est primordial de rappeler les différentes opérations mentales liées au raisonnement et à la démarche de résolution de problème.

Tout d'abord, le Consortium national de formation en santé (CNFS) de l'Université d'Ottawa (2011, p.1) définit le terme de cognition comme “un processus qui permet d'interpréter les données, de faire des liens entre les idées et de les regrouper pour prendre une décision ou atteindre un but.”

Ensuite, Christiane Boudier et al (2011, p.61) explore les principales opérations mentales liées au raisonnement. Elle débute par le questionnement, qu'elle développe comme « une opération mentale qui s'élabore à partir des données recensées : les symptômes et les données relatives aux besoins fondamentaux. Le questionnement qui est à la base du raisonnement ». Elle expose ainsi, la composante inductive.

“ Qui consiste à trouver une information nouvelle en effectuant les liens entre ce que l'on découvre ou ce que l'on suppose et ce que l'on sait. Il oblige à mobiliser et corrélérer ses connaissances à ses observations sur un problème ou une situation ou une technique pour la comprendre”

La composante inductive est également liée à la déduction. L'auteure l'a défini comme « une opération mentale qui, à partir d'une donnée permet d'en déduire une autre grâce à ses connaissances théoriques et / ou pratiques »

D'autre part, Christiane Boudier et al (2011, p.61), ajoutent que l'intuition « est une opération qui ne s'appuie pas sur la raison. Elle est proche d'un sentiment, d'un ressenti complexe et difficile à justifier mais qui parfois peut intervenir au cours d'un raisonnement sans pouvoir l'expliquer rationnellement »

Enfin, Margot Phaneuf (2013, p.4), développe le concept de la pensée critique. “ La pensée critique de l'infirmière lui permet ensuite d'évaluer la justesse de ce raisonnement et d'en peser le « pour » et le « contre ». « C'est ce qui lui permet d'arriver à se donner une interprétation logique de ce qui se passe, de parvenir à prendre les décisions qui s'imposent dans la situation et d'en apprécier la pertinence. « Lorsque ce processus est en plus soutenu par l'expérience, l'infirmière peut facilement et rapidement poser les jugements cliniques qui sont nécessaires pour organiser son action.”

2.1.3.3) Différents modèles de raisonnement

Les opérations mentales s'accordent et viennent compléter les modèles de raisonnement. Il existe de nombreux modèles de raisonnement que l'infirmier mobilise lors d'une situation clinique.

Tout d'abord Christiane Boudier et al (2011) présentent le modèle tri-focal comme étant une structuration du raisonnement clinique de l'infirmière en distinguant trois dimensions : 1ère dimension : identifier les signes et les symptômes de la maladie ; 2ème dimension : identifier les risques, les complications éventuelles ; 3ème dimension : identifier les réactions du

patient liées à ses problèmes de santé. Ce type de raisonnement est également décrit par de nombreux auteurs, tous en accord avec cette philosophie.

Tout comme, Christiane Boudier et al, Karine CHELLES et al (2014), proposent l'utilisation du modèle tri-focal mais elle ajoute que ce modèle "permet de réduire l'écart théorie-pratique grâce à une approche alliant diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration (...) il développe le haut raisonnement".

Ensuite, Thérèse Psiuk (2012, p.63), ajoute que ce modèle permet une vision globale de la personne soignée. Elle argumente cette idée en expliquant que "la distinction entre les trois domaines cliniques est aidante pour définir le choix des savoirs et le niveau de jugement clinique ". Ainsi, cela permet à l'infirmière de "collaborer avec le médecin au recueil d'informations pour poser le diagnostic médical." Ce raisonnement permet également à l'infirmière d'élaborer des hypothèses de problèmes de santé, des diagnostics infirmiers rendant à l'infirmier une autonomie.

Dans une complémentarité du modèle tri-focal. Thérèse Psiuk (2012, p.60) développe également le raisonnement hypothético-déductif. "La méthode du raisonnement clinique hypothético-déductif implique l'acceptation de doute à partir de l'intuition perceptive". L'auteure explique que ce modèle de raisonnement donne lieu au haut raisonnement clinique. Cependant pour y accéder le soignant doit entendre que le doute doit passer par la formulation d'une hypothèse mais que cette étape n'est pas des plus évidentes car elle peut laisser place à l'erreur.

"Le processus de jugement clinique sélectionnera une hypothèse parmi celles possibles [...] Les règles d'action, de prise d'information et de contrôle sont formulées de manière conditionnelle : « si... alors... »." Nagels (2017, p.9)

Toutefois, Boursin et al (2013), proposent un autre modèle de raisonnement. "Le raisonnement clinique repose sur la mobilisation de processus intuitifs et analytiques, et sur la mise en œuvre de connaissances organisées de façon spécifique dans la mémoire à long terme." Mais c'est T. Pelaccia (médecin urgentiste et chercheur) et al (2012, p.4) qui développent cette idée. Ils parlent d'un double processus. Les auteurs expliquent que les infirmiers doivent raisonner sur l'ensemble du parcours patient, de son entrée à sa sortie, lors d'examen, d'aggravation de son état, etc. Tout d'abord le système intuitif est inhérent au soignant et il est inconscient. Nous pouvons parler d'intuition. Ce système est mobilisé très précocement par le soignant et sans effort cognitif important. "Il repose sur la prise en

compte dans l'environnement, de quelques informations cliniques et contextuelles permettant de se représenter rapidement la nature du problème et de prendre des décisions". Les auteurs évoquent le terme de Gutfeeling ce que le soignant établit à propos des patients et de l'évolution de leur état, sans effort conscient, et "sans avoir toujours la possibilité d'y donner une explication logique". Ils donnent un exemple frappant; lorsqu'un soignant explique qu'il sent que l'état clinique du patient va se dégrader nous pouvons alors parler de système intuitif.

" Le second est qualifié « d'analytique », de « réflexif », ou encore, de « rationnel ». Il procède d'un jugement raisonné et contrôlé, reposant sur les informations additionnelles collectées activement par l'individu dans son environnement et sur l'application consciente de règles (scientifiques, dans le domaine du raisonnement clinique) qui ont été acquises à travers un apprentissage (...) Il est de ce fait plus lent que le système intuitif et particulièrement exigeant sur le plan cognitif. Dans le domaine du raisonnement clinique, l'approche analytique la plus courante est dénommée « processus hypothético-déductif ». T.Pelaccia et al (2012, p.4)

2.3) Le jugement clinique dans l'urgence

3.1) Raisonnement clinique adapté

Thérèse Psiuk (2012, p.60), est une des rares auteures à avoir développé le raisonnement clinique infirmier par anticipation. Ce modèle de raisonnement est complémentaire et étroitement lié au raisonnement hypothético-déductif. Ce raisonnement est déclenché à partir "d'un problème ou d'une incapacité". Cette étape passe également par la structuration d'une hypothèse, qui ne peut être élaborée qu'à partir des connaissances acquises par l'expérience de l'individu. Cette étape doit être confirmée par un recueil de données objectives. Ainsi, "la posture du soignant est à ce moment-là essentielle pour rester objectif et savoir infirmer cette hypothèse...". "Ce réflexe d'anticipation" par l'infirmier lui permet de prévoir certains risques élevés gravitant autour du patient comme les complications éventuelles d'une maladie ou d'un traitement ce qui lui permet d'avoir une "surveillance personnalisée ».

"Les situations d'urgences donnent l'occasion aux infirmières d'exprimer leurs jugements cliniques en l'absence du médecin, d'identifier les signes et les symptômes avec les caractéristiques précises en fonction de leurs hypothèses et d'agir en regard de protocole d'urgence écrit. Il est bien évident que, devant une urgence, l'infirmière agit avec toutes ses connaissances et une intuition perceptive lui

permettant de faire une analyse globale rapide de la situation pour “sauver” le patient. Elle n’a pas le temps à ce moment-là de consulter les protocoles écrits.” Thérèse Psiuk (2012, p.67)

T. Pellacia (2012, p.5), estime “qu’il existe de nombreuses spécificités contextuelles liées à la pratique de l’urgence : les professionnels de cette discipline doivent en effet souvent agir vite, avec un niveau élevé d’incertitude, une charge affective parfois importante, auprès de patients multiples dont la symptomatologie est susceptible d’évoluer rapidement, dans un environnement bruyant où les interruptions de démarches de soins sont fréquentes en raison de la nécessité de gestion simultanée de plusieurs patients et de la multitude d’acteurs de soins impliqués dans cette gestion.”

C’est pour cela que, T. Pellacia (2013, p.4) a développé l’idée du script clinique, qui

“sont des connaissances organisées pour une tâche spécifique. Ils décrivent une séquence attendue d’événements. Ils jouent un rôle important dans le cadre de la démarche hypothético-déductive, car ils guident le praticien à travers les données à recueillir, afin de confirmer ou d’infirmer les hypothèses.»

3.2) De l’expérience à la compétence

Le développement d’un jugement clinique infirmier fiable est indissociable de l’expérience de l’individu. La première auteure à définir l’évolution de l’infirmière du stade de novice à experte est Patricia Benner (infirmière, théoricienne et auteure américaine). Ainsi, l’expérience d’un infirmier est une variable à prendre en compte dans l’élaboration d’un jugement clinique efficace.

Mais selon André Montesinos (infirmier et docteur en psychologie) (1997), l’expérience est une clé pour développer la compétence infirmière qu’il définit comme étant l’association de différents concepts comme, la formation, l’attitude, l’aptitude et l’expérience. « Ces interactions qui permettent d’observer, de comprendre sa situation de travail, puis de juger de décider et d’agir afin d’apporter aux malades les soins dont ils ont besoin. » Mais Guy Le Boterf (docteur en sciences humaines et sociales) (2002, p.65) ajoute les notions d’innovation et d’autonomie, « Ce savoir-être et ce savoir faire permet à l’infirmière de faire face à l’imprévu, d’innover et de décider dans les situations inhabituelles. »

3.3) Un jugement clinique influençable

Catherine Bassal (p.26) explique que la capacité d'un individu à réguler ses émotions ne dépend pas uniquement de son expérience et de son niveau de formation. Les choix pour réguler ses émotions dépendent de la personnalité de l'individu et ils sont façonnés par l'éducation, la famille, le milieu social et surtout la culture. « Comprendre comment les soignants gèrent leurs émotions est donc un exercice difficile et subtil ».

Par ailleurs, dans l'environnement professionnel, les stratégies utilisées pour réguler les émotions peuvent prendre deux chemins. Soit l'infirmier identifie ses émotions, arrive à les gérer et les évaluer, lui permettant ainsi de développer des stratégies adaptées, sources de bien-être, de motivation et d'accomplissement. Par contre si l'infirmier n'arrive pas à adapter ses émotions, il risque de développer de la frustration, de l'insatisfaction, voire de l'épuisement professionnel.

Mais toutes ces stratégies d'adaptation ne sont pas innées, elles s'apprennent :

« Les stratégies de coping sont nombreuses : si elles sont centrées sur l'émotion, elles vont viser à diminuer la réaction au stress en agissant sur les réactions psychologiques ou émotionnelles. Si les stratégies sont centrées sur le problème, elles vont consister à augmenter ses ressources (intellectuelles par exemple) pour mieux y faire face. Ces stratégies peuvent se traduire par la recherche d'informations complémentaires concernant la situation, la maîtrise de soi et aussi élaborer des plans d'actions. » LEPRETRE Charlotte (2013, p.26)

Thérèse Pisuk (1997, p.10) défend l'idée, qu'il existe des variables qui influencent le raisonnement clinique. Par exemple,

“L'influence des facteurs environnementaux, du contexte dans lequel survient le raisonnement clinique, du stress et des émotions de l'infirmière [...] La perception des émotions exerce une puissante influence sur la faculté de raisonnement... Et lorsqu'elle intervient, elle a pour rôle de nous indiquer la bonne direction, de nous placer au bon endroit dans l'espace où se joue la prise de décision”.

3.4) Le jugement clinique appuyé par des outils

Tous les services hospitaliers possèdent des arbres décisionnels ou protocoles pour permettre à chaque professionnel de santé d'avoir une réponse standardisée face à une situation donnée. Dans le domaine de l'urgence médicale, de nombreux protocoles existent. Comme par exemple, la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), a publié des

« aides cognitives » sur la prise en charge des urgences en bloc opératoire ou en réanimation (confère annexe V).

Outre le milieu hospitalier, les infirmiers pompiers sont également formés selon des protocoles infirmiers de soins d'urgences (PISU). L'infirmier sapeur-pompier doit donc se reposer sur ses connaissances, son expérience et son vécu face aux différentes situations qu'il rencontre, pour réaliser les « justes soins » dans de bonnes conditions à une victime. Il doit aussi établir des liens entre ce qu'il voit, ce qu'il sait, ce qu'il ressent par expérience et ce qu'il peut faire : il doit donc raisonner. Le jugement clinique apparaît alors comme un cycle d'activité : il s'agit de percevoir ces activités mais aussi de les traiter et de les organiser. Il faut être capable de raisonner, de juger et de mettre en accord plusieurs applications mentales.

Ainsi, un protocole est une indication générale, une direction à suivre avec les grandes lignes de conduite à tenir, cependant ce n'est pas une règle. Ce type d'outil de doit pas devenir une contrainte ou une routine

« Les protocoles sont nécessaires, voire indispensables car constitutifs des critères des sciences comme la médecine. Ils ne sont pas suffisants, univoques, universels. Les protocoles et la pertinence de leurs résultats sont indispensables et essentiels » Dr Corinne Gonzalez (2012).

3) METHODOLOGIE

3.1) Le choix et la construction de l'outil

Dans un objectif d'exploration des notions théoriques auprès des professionnels, j'ai décidé d'effectuer deux entretiens semi-directifs. C'est le type d'entretien le plus utilisé. Il permet de poser des questions ouvertes et impartiales, laissant la personne interrogée, s'exprimer librement. Au préalable, j'ai préparé nos rencontres en élaborant une grille d'entretien. Cet outil, élaboré au regard du cadre théorique, est composé d'une partie, qui est un recueil de données, pour faire connaissance avec le professionnel de santé. La seconde partie, me permet de poser des questions sur des thèmes précis, faisant écho aux concepts abordés. La dernière partie permet d'accéder à la problématique.

J'ai choisi de réaliser un questionnaire unique pour les deux entretiens, afin de pouvoir comparer les réponses des professionnels, le plus objectivement possible. L'échange est enregistré à l'aide d'un téléphone portable (après accord verbal du professionnel) et durera 20 min, maximum 30 minutes. Dans la mesure du possible, les entretiens devront être réalisés dans un espace neutre (en dehors du service) et calme, pour que la personne interrogée ne soit pas perturbée par les bruits extérieurs.

Les objectifs de l'entretien sont les suivants :

- Identifier la différenciation faite par l'infirmier sur le jugement clinique infirmier et le raisonnement clinique infirmier
- Identifier les notions permettant la construction d'un jugement clinique
- Relever les éléments spécifiques au jugement clinique relevant de « l'urgence »
- Identifier les paramètres pouvant influencer le jugement clinique
- Relever les outils aidant les infirmiers dans l'élaboration de leur jugement clinique et leur prise de décision

3.2) Choix des professionnels

Pour ces entretiens, il me paraissait intéressant d'interroger des professionnels d'horizons différents et d'expériences différentes. Le jugement clinique touche l'ensemble de la profession infirmière et se compose de plusieurs variables comme l'expérience et la compétence qu'il me semblait bon d'étudier. De plus, je pensais comparer les réponses de professionnels de santé provenant de services de médecine ou de chirurgie et de services de médecine intensive. Ma directrice de mémoire m'a conseillé de m'orienter uniquement

vers des entretiens avec des infirmiers de service conventionnel de médecine et de chirurgie pour ne pas biaiser mon analyse. Le choix des professionnels fut aléatoire et proposé par le CHU. J'ai rencontré deux infirmières d'un service de chirurgie cardiaque.

Dans cette étude je respecte l'anonymat de chaque personne interrogée. Afin de faciliter l'écriture et la compréhension de mon analyse j'ai choisi deux prénoms d'emprunts :

- Marie (IDE 1) – Durée de l'entretien 15 minutes et 21 secondes – 35 ans - diplômée en juillet 2017 – aide soignante avant la formation infirmière – depuis septembre 2017 dans le service de chirurgie cardiaque
- Claire (IDE 2) : Durée de l'entretien 13 minutes et 24 secondes – 55 ans – diplômée en 1989 – depuis 1998 dans le service de chirurgie cardiaque

2.3) Organisation

Les professionnels de santé ont été proposés par le CHU. Ce sont les professionnels qui m'ont contacté pour convenir d'un entretien. Cet entretien a eu lieu à la fin de la journée de travail, dans le service. Pour chaque entretien une pièce, calme, a été mise à disposition.

2.4) L'analyse des entretiens

Identifier la différenciation faite par l'IDE sur le jugement clinique infirmier et le raisonnement clinique infirmier

Concernant le jugement clinique, les deux infirmières partent du principe qu'il débute par une récolte de données. Cette récolte de données peut se faire de trois manières différentes : l'observation clinique (en utilisant principalement la vue), puis Marie ajoute, l'entretien clinique auprès des patients par le biais d'une discussion, et les ressentis du soignant (ses sensations et sa perception).

Cette perception et ce ressenti du soignant ne sont pas évoqués dans la notion de raisonnement clinique. Les infirmières se basent plutôt sur des données concrètes telles que l'observation clinique et les données paracliniques. La récolte de données lors du raisonnement clinique est uniquement décrite par Claire avec des données cliniques et paracliniques concrètes. La perception et le ressenti du soignant ne seraient alors présent que dans l'étape de jugement clinique.

Concernant la place du jugement clinique dans le prendre soin, les infirmières s'accordent à dire qu'il a une place « importante » dans notre profession. Marie ajoute qu'il permet de se positionner. De plus, elle décrit le terme de responsabilité car le jugement clinique fait partie « de notre rôle ». Un rôle, décrit par Claire comme émanant plutôt du « contrôle » dans la

collaboration avec les AS. Il est de la responsabilité des infirmières d'aller observer les données transmises par les autres soignants.

Puis, le jugement clinique est décrit par les deux infirmières comme un processus évolutif, non constant, dans l'idée qu'une situation vraie à un temps 0 ne l'est plus à un temps T+1. De plus, ce processus évolue et s'adapte à la situation rencontrée, il s'améliore, se dessine pour répondre aux besoins de la personne soignée. Marie ajoute que le jugement clinique est un processus instantané, demandant peu d'analyse et de réflexion dans le temps.

L'étape d'analyse et de réflexion est uniquement évoquée dans le raisonnement clinique, en aucun cas cette idée est discutée dans la notion de jugement clinique. Pour Marie, cela permet de « faire des liens », c'est quelque chose « de construit, de recherché », derrière cette idée, il y a un travail de « cheminement ». Claire ajoute que « cela permet d'envisager des hypothèses ».

La programmation des soins est évoquée par Marie dans l'étape de raisonnement. En effet selon cette infirmière le raisonnement lui permet de programmer les soins qu'elle va devoir mettre en place et de les organiser. Ensuite, pour Marie la collaboration entre tous les acteurs (médecins et aides soignants) est essentielle et met en lien l'idée de responsabilité dans la description du raisonnement clinique mais sous l'angle de la collaboration infirmier-médecin. Le raisonnement clinique peut avoir des limites qui sont la prise de décision médicale.

Enfin, elles se sont accordées pour dire que les deux notions étaient liées les unes aux autres, notamment que « l'un n'allait pas sans l'autre » mais sans expliquer les modalités de cette association.

Pour résumer, les infirmières ont défini le jugement clinique comme étant un processus issu d'une récolte de données. Ce processus relèverait de l'instantané et serait évolutif. Il possède une place importante dans la profession car il permet à l'infirmier de se positionner dans l'équipe soignante mais également de collaborer avec les différents acteurs tout en prenant part à ses responsabilités.

Leur définition du raisonnement conduit vers plusieurs similitudes comme la récolte de données issue du patient mais les infirmières ajoutent que ce processus leur permet de raisonner, de faire des liens et des hypothèses jusqu'alors oubliés. De plus, cette mise en lien permet une programmation des soins.

Identifier les notions permettant la construction d'un jugement clinique

La construction d'un jugement clinique fiable se divise en deux entités : une recherche d'information et un travail d'analyse par l'infirmier.

La recherche d'informations est divisée en plusieurs étapes qui débutent par la recherche d'informations sur l'état de santé du patient. Tout d'abord, Marie explique qu'il est important de rechercher l'état de santé général du patient, en recherchant des données issues des « antécédents ». Elle ajoute qu'une récolte de données paracliniques est nécessaire comme les paramètres vitaux ou des données issues de la lecture de scope de surveillance, idées partagées avec Claire. Ensuite, les deux infirmières vont aller rechercher des données cliniques auprès du patient, en utilisant la vue. Cette récolte de données cliniques leur permet de comparer leur état entre le moment T0 et l'état antérieur du patient. Ce procédé permet de voir l'évolution de l'état de santé du patient.

Ensuite, il paraît essentiel pour Marie, de connaître l'environnement du patient. Cette recherche passe par l'appropriation de son milieu de vie, son environnement familial, social, son parcours de vie. Elle ajoute également, que le contexte de l'hospitalisation (urgence ou programmée) est une donnée à prendre en compte dans l'élaboration de son jugement clinique. La dernière étape pour récolter des informations va pouvoir se faire grâce à un entretien clinique. Cet entretien avec le patient, va permettre de rentrer en relation avec lui. C'est par la « discussion » qu'elle va apprendre à connaître son patient. Ces deux dernières idées n'ont pas été évoquées par Claire, qui s'est centrée sur l'analyse des données.

En effet, pour Claire, la construction d'un jugement clinique passe par la recherche de données cliniques, issues de ses connaissances, sur les signes et les symptômes d'une maladie. Toutes ces données lui permettent de réfléchir aux complications et actions à venir telles que les examens à réaliser. Marie n'a jamais évoqué cette notion de « connaissances ».

Par contre elles se sont accordées pour dire que le raisonnement est une autre étape du jugement clinique. Marie explique que ces données sont « prises en compte », alors que Claire explique que les données récoltées lui permettent de se poser des questions, de réfléchir à d'autres solutions. Sous ces termes on peut imaginer qu'elle veuille parler d'hypothèse ...

Ainsi, on constate que les deux infirmières ne recherchent pas les mêmes données et ne mettent pas en jeu les mêmes processus. Marie se focalise plus sur l'environnement du patient et sa relation avec lui alors que Claire est plutôt concentrée sur la clinique et son analyse.

Relever les éléments spécifiques au jugement clinique relevant de « l'urgence »

Tout d'abord, j'ai pu constater deux choses. Pour établir un jugement clinique pertinent dans une situation « d'urgence », l'infirmier se retrouve dans deux situations. D'une part les infirmières relatent des données méthodologiques axées sur l'organisation du travail, l'anticipation, la mise en alerte et d'autre part, elles ont évoqué des données totalement opposées relevant plutôt de l'incertain, du doute, du « flou ».

Tout d'abord, concernant les données relevant de l'organisation. J'ai constaté que les deux infirmières ne s'organisaient pas de la même manière. Marie est organisée autour des gestes et des actions à venir. Elle va aller poser une perfusion, appeler les médecins. Elle est plutôt concentrée sur la technique. C'est d'ailleurs la seule à parler « des automatismes qui se font ». Alors que, Claire a une vision plus générale de la situation. Elle va essayer de s'organiser de façon à prioriser ce qui est important, pour ne pas se laisser dépasser par la situation et faire tout le travail qui est demandé. Ainsi, on constate que son organisation lui permet d'anticiper. Elle anticipe de façon à se laisser du temps, « une marge ridicule » pour le « si jamais ... ». Or Marie, est toujours concentrée sur la technique, « aller poser une perfusion pour pouvoir agir » ou sur l'anticipation des complications à venir.

Ensuite, les deux infirmières ont expliqué qu'elles étaient souvent « en alerte » dans ces situations. Mais elles ne le sont pas de la même manière. En effet, Marie s'appuie sur le matériel (les scopes par exemple) mais également sur le patient. Elle l'écoute et s'appuie sur ses dires. Alors que Claire est plutôt mise en alerte ou vigilante grâce aux données qu'elle recueille, puis, suivant les données, elle accentuera sa surveillance.

Cependant les deux infirmières s'entendent pour dire que les situations demandent de l'entraide et de la collaboration entre professionnels. L'infirmier ne peut pas gérer une aggravation de santé seul ! Marie et Claire expliquent que la collaboration doit se faire entre médecins (pour l'administration des thérapeutiques, le diagnostic, ...) mais aussi avec les AS qui peuvent aider l'infirmier pour pratiquer des gestes adaptés à leur champs de compétence. Claire ajoute qu'il faut savoir écouter et faire confiance à une AS qui trouve que l'état de santé d'un patient se dégrade.

Enfin, les infirmières ont expliqué faire face à de l'incertitude. En effet, elles ont précisé que parfois, elles ne savaient pas comment expliquer le fait qu'elles sentaient que le patient n'allait pas bien. Marie évoque ses sensations ou perceptions alors que Claire parle de « feeling » voire de sixième sens sans pouvoir en expliquer davantage. Elles admettent que, parfois, elles ne sont pas en mesure d'expliquer « pourquoi » mais que leur instinct est le bon. Malgré tout, on constate que dans ces situations complexes, les infirmières font

majoritairement place à un travail méthodologique, organisé et anticipé de façon à ne pas se laisser déborder par la situation.

Identifier les paramètres pouvant influencer le jugement clinique

Le jugement clinique peut être influencé par différentes notions expliquées par les deux professionnelles. Tout d'abord la notion d'expérience est un concept qui a été de nombreuses fois développé par Marie. Toutefois, ses propos se sont contredits. Elle a commencé par dire qu'elle avait de l'expérience après ses deux ans de diplôme, expérience qui lui sert au quotidien, sur laquelle elle s'appuie. Puis, elle a conclu en expliquant avoir malgré tout peu d'expérience en qualité d'infirmière, par rapport à ses collègues plus anciennes. Finalement on peut en comprendre que cette infirmière n'est pas novice mais n'est pas encore experte. Par contre, Claire, beaucoup plus expérimentée, à peu évoqué ce terme, malgré tout « elle dit en avoir vu tellement », cela sous entend qu'elle s'est forgée une expérience grâce aux situations qu'elle a rencontrés.

Ensuite, Claire a plutôt expliqué que son jugement clinique pouvait être influencé ou plutôt perturbé en fonction de son état de santé. Elle admet qu'avec de la fatigue, des soucis personnels elle n'est « pas aussi vigilante et percutante ». De plus, elle confirme ses dires en expliquant que, lorsqu'elle était enceinte, son travail devenait compliqué. Mais elle relativise en expliquant qu'une infirmière est également « un humain ».

Ensuite Claire parle de sa confiance en soi dans l'élaboration de son jugement clinique, chose qui n'a pas été évoqué par Marie. Elle explique « ne pas être fiable à 100% » cela sous entend que le droit à l'erreur existe mais que cela ne doit pas amputer sa confiance en soi car sans cela elle ne pourrait pas travailler.

De plus, elle révèle que cette confiance en soi, lui permet de relativiser les situations et les prises de décision, notamment dans le cadre d'une urgence. Par contre elle ne fait pas de corrélation entre sa confiance en soi et l'expérience professionnelle.

Marie explique, par contre, que son jugement peut être modifié en fonction de l'adhésion au soin du patient. Elle estime que son jugement peut être perturbé en fonction du comportement du patient, s'il y a une situation de refus de soin.

Ensuite, les deux infirmières expliquent que le travail d'équipe est quelque chose de bénéfique à l'élaboration d'une stratégie de soin commune. Marie dit que chaque professionnel peut y « mettre sa patte » alors que Claire ajoute que l'objectif est que toute l'équipe aille dans « le même sens ».

Enfin, seule Marie a parlé de la problématique de surcharge de travail. Elle pense que sa charge de travail peut affecter son jugement clinique et que cette charge de travail lui donne moins de temps pour discuter avec les patients, diminuant ainsi les capacités de recueil de données.

Relever les outils aidant les infirmiers dans l'élaboration de leur jugement clinique et leur prise de décision

La question de l'aide à l'élaboration clinique par le biais d'outil fut peu productive. Malgré tout, j'ai pu relever deux grandes idées, ce qui est écrit et ce qui relève plutôt de l'initiative du professionnel.

Tout d'abord, les infirmières ont expliqué la possibilité d'avoir des protocoles pour les soins d'urgences. Cependant aucune d'entre elles ne les utilisent lors d'une situation d'urgence pour deux raisons : Accessibilité et présence dans le service de protocoles écrits. De plus Marie n'a jamais pris l'initiative de les chercher ... et l'infirmière est toujours dans une façon de faire méthodique centrée sur le technique : poser une voie veineuse. Ensuite elles ont expliqué avoir accès facilement aux numéros de téléphone des médecins de garde (anesthésistes, internes), Marie précise qu'ils sont bien affichés dans la salle de soin et Claire ajoute que leur visibilité est importante. Puis, les deux infirmières s'appuient sur des données du dossier médical du patient. Marie ajoute s'appuyer sur le logiciel de dossier de soin (DXCare), la macrocible d'entrée.

Enfin, Claire a terminé par dire que les recherches personnelles des infirmières peuvent également être des outils. D'elle-même l'infirmière peut aller faire des recherches sur des pathologies ou des manières de prendre en charge un patient, données qu'elle peut retrouver dans des livres ou sur internet. On imagine que cette dernière donnée se fait à postériori de la situation.

2.5) Bilan du dispositif

Deux entretiens réalisés dans le service de chirurgie cardiaque, sur deux après-midis et à deux temps différents pour chaque infirmière. Aucune interruption durant les entretiens, lieu calme. Deux entretiens constructifs. Par contre, les infirmières n'ont pas eu le bon thème de mon entretien en amont, ce qui a toutefois permis d'avoir des réponses spontanées en toute neutralité. Les deux entretiens ont été enregistrés sur un téléphone portable, sans soucis d'enregistrement.

4) DISCUSSION

Le raisonnement clinique et le jugement clinique sont deux notions complexes. Elles sont aussi difficiles à définir par les auteurs que par les professionnels. Nombre d'auteurs ont défini le raisonnement clinique comme étant inclus dans l'étape de jugement clinique et la combinaison des deux notions, permet l'élaboration d'une démarche clinique globale. Les auteurs et les infirmiers s'accordent pour dire que, l'élaboration d'un jugement clinique débute forcément par une récolte de données, initiée par des données cliniques ou paracliniques. Les infirmières expliquent que la formulation d'hypothèses, l'étape d'analyse et de réflexion sont issues du raisonnement clinique et non du jugement clinique et les auteurs ne sont pas tous en accord avec cette idée.

C'est dans cette étape que se trouve toute la difficulté de mon sujet ... est-il possible de « borner » le jugement clinique et raisonnement clinique ? Est-ce deux notions associées mais différentes ? Est-il possible de poser un jugement clinique sans cette étape de raisonnement clinique ? A mon sens, et pour éclairer ma question de départ, le jugement clinique et le raisonnement clinique sont indissociables et complémentaires. Lors d'une situation de soins, l'infirmier mobilise les deux notions. Suite à mes recherches, je comprends que le jugement clinique permet une prise en charge globale du patient. Pour en arriver à cette idée je me suis basé sur l'étymologie des mots émis par les auteurs et les réponses aux entretiens des professionnels. Les infirmières expliquent que le jugement clinique est une situation évolutive, qui ne cesse de se modifier pour s'adapter la prise en charge du patient. De plus, elles expliquent que le jugement clinique relève de l'instantané. C'est-à-dire qu'il n'y a pas besoin d'effort cognitif important, qu'il peut se faire rapidement. Mais pour les auteurs, l'objectif du jugement clinique est d'élaborer une conclusion, « une opinion claire » de la situation suite aux données recueillies. De plus, les professionnels ont expliqué que, seule l'étape de raisonnement clinique permettait la génération d'hypothèse, de la réflexion et de l'analyse. Donc à mon sens, le jugement clinique serait global et le raisonnement clinique une étape du jugement clinique. Le jugement clinique permettrait d'élaborer une conclusion afin de définir un plan d'action sécurisé pour continuer la prise en charge du patient.

Ensuite, les infirmières insistent à plusieurs reprises sur l'idée de responsabilité dans l'élaboration d'un jugement clinique. Elles estiment que le jugement clinique a une place importante dans la profession et nous permet de nous positionner. Ainsi, la démarche clinique infirmière serait, au delà d'une compétence, un fondement de notre métier car elle est régie par des textes législatifs à règle de droit (code de santé publique). C'est une disposition qui pose une norme juridique à caractère obligatoire. Ces textes de loi nomment

les termes suivant : identification des besoins, d'évaluation clinique, surveillance clinique et de diagnostic infirmier. Tous ces termes sont le cheminement vers la démarche de raisonnement clinique et de jugement clinique. De plus, les infirmières ont relevé quelque chose que j'ai peu retrouvée parmi les auteurs c'est l'idée du positionnement professionnel. A plusieurs reprises elles ont expliqué que le raisonnement et le jugement clinique leur permettait de se positionner en tant que professionnelles vis-à-vis des autres acteurs.

L'entretien auprès des professionnels m'a permis de comprendre l'enjeu de la démarche clinique infirmière. Les professionnels expliquent que la démarche clinique, auprès de patient et l'élaboration d'un jugement, issus de leur raisonnement, leur permettait de se positionner dans la prise en charge du patient, elles ont notamment insisté sur la collaboration médicale. Ainsi, je suppose qu'il est important pour les professionnels d'expliquer que, leur profession, a un rôle clé dans la prise en soin de patient. Les infirmiers sont dotés d'une capacité à pouvoir agir, raisonner et percevoir des données cliniques pour adapter leur prise en charge permettant un travail en autonomie sous couvert des règles de droits. Ce sentiment éclaira ma question de départ en permettant d'observer le positionnement infirmier.

L'élaboration d'un jugement clinique fiable s'établit en mobilisant plusieurs concepts. Tout d'abord, les professionnels soulèvent l'idée que le jugement clinique infirmier débute par une recherche d'informations. Dans un premier temps, elles récoltent des données cliniques et paracliniques afin d'observer l'état général du patient. Les données cliniques sont obtenues grâce à la vue ou le toucher et les données paracliniques en utilisant du matériel tel que les scopes. Cette première étape a également été décrite par les auteurs comme Margot Phaneuf ou Sarah Côté et al, qui ont détaillé l'observation clinique et l'examen clinique (sous la forme d'auscultation, de palpation). Cependant, je remarque que ce procédé est peu développé dans la pratique infirmière même s'il reste possible. Ensuite, l'observation clinique reste pour les professionnels centrés sur la vue or les auteurs affirment que l'observation clinique mobilise presque toutes nos sens (L'ouïe, la vue, le toucher, l'odorat).

Ainsi, je comprends que dans la pratique infirmière l'observation clinique est relativement répandue et je pense que c'est une pratique innée, c'est pour cette raison qu'elle est peu expliquée. Cependant la pratique de l'examen clinique est quelque chose de peu, voire jamais réalisée par les professionnels. Durant ma formation, mise à part la palpation abdominale et l'utilisation d'un stéthoscope pour vérifier une sonde gastrique, je n'ai jamais vu une infirmière ausculter, palper, un patient pour aller rechercher des données cliniques complémentaires. Cette pratique est peu utilisée car elle est surtout réalisée par le corps médical mais aussi car elle est peu développée durant les formations initiales. Or, les auteurs expliquent que cette exploitation pourrait permettre d'affiner un jugement clinique et

donc de récolter des données percutantes. Cette pratique de l'examen clinique va probablement se développer dans la pratique infirmière grâce aux infirmières en pratiques avancées (IPA). Ensuite, Marie, infirmière jeune diplômée, a relevé, en parfait adéquation avec Thérèse Pisuk, la recherche d'informations par la relation d'aide. En effet, l'infirmière explique récolter des données par le biais d'un entretien avec le patient, d'une discussion, lui permettant de récolter des informations, d'observer son comportement et surtout de comprendre comment le patient vit et ressent l'instant. Thérèse Pisuk explique que la relation d'aide permet une récolte de données fiables et pertinentes, permettant de donner une place au patient et d'établir un lien de confiance entre le soignant et le patient. Thérèse Pisuk affirme que c'est la première étape d'une démarche clinique.

Ce point de vue m'a complètement échappé dans l'élaboration de ma question de départ. En effet, en évoquant mon thème je n'avais jamais pensé à ce concept. Pourtant, la communication et la relation de confiance avec les patients, sont des piliers dans ma manière de prendre en charge des patients et je ne les avais jamais associées à l'idée de jugement clinique. Les recherches documentaires et les entretiens exploratoires m'ont permis de prendre conscience que la relation avec le patient pouvait nous en apprendre bien plus sur la situation que les données cliniques elles-mêmes.

Cette infirmière développe ensuite, un autre aspect également peu expliqué par les auteurs, c'est la prise en compte de l'environnement du patient. Pour la professionnelle, la nécessité de comprendre le contexte d'hospitalisation et l'environnement du patient (mode de vie, profession, cercle familial et social) semblent essentiels. Les auteurs restent centrés sur une recherche clinique, paraclinique et l'environnement social, familial du patient est peu recherché. Seule Sarah Côté et al expliquent, que l'environnement du patient serait à prendre en compte.

Concernant les connaissances c'est Claire, infirmière expérimentée, qui développe ce sujet. Je suppose qu'il existe une corrélation entre son exposé et son niveau d'expertise. Elle explique que les connaissances sont essentielles à l'élaboration d'un jugement clinique, notamment par la recherche de signes et de symptômes en parlant même d'enseignements cliniques. Les enseignements cliniques sont décrits par Thérèse Psiuk dans le modèle trifocal. Pour l'infirmière, la recherche des signes et des symptômes lui permettent d'aller rechercher les complications d'une maladie et d'anticiper les examens à réaliser. Elle est déjà dans une étape de raisonnement et les auteurs ont décrit une corrélation entre le niveau de connaissance et le raisonnement.

L'étape de raisonnement, est complexe à expliquer pour les professionnels de santé. Nombre d'auteurs expliquent qu'il est difficile pour un soignant d'expliquer sa façon de raisonner lors d'une situation de soin et c'est une réalité que je constate. Cependant les infirmières expliquent, raisonner en faisant des hypothèses. La méthode de raisonnement hypothético déductif à été décrite par Thérèse Psiuk en expliquant que l'infirmier débute son raisonnement à partir d'une donnée pertinente qu'il transforme en hypothèse de cause permettant ainsi un haut raisonnement clinique. T.Pellacia appuie cette idée en expliquant que ce processus relève du scientifique, du concret et se développe avec l'apprentissage. J'observe durant les entretiens que le processus de raisonnement des infirmières est alors très méthodique, organisé, laissant peu de place à de l'improvisation.

Cette méthode de raisonnement ne m'a pas surpris, car c'est une méthode de travail étudiée depuis notre entrée en formation. C'est une méthode permettant d'énumérer l'ensemble des hypothèses de cause d'un problème de santé, et, en fonction des données récoltées et de l'analyse que nous en faisons, cela permet d'établir la conclusion la plus pertinente et adaptée pour le patient. Dans le cadre d'une situation d'urgence ou d'aggravation de l'état de santé de patient, j'observe des processus analytiques différents qui me permettent d'étayer les réponses à ma question de départ.

Dans le cadre de la situation d'urgence, les infirmiers mobilisent deux notions. Tout d'abord, ils expriment des données très méthodiques et organisées. J'observe de la part des professionnels des données relevant de l'organisation dans leurs gestes et dans leurs actions. Ils savent ce qu'ils ont à faire. De plus ils essaient de s'organiser dans le travail pour pallier une urgence éventuelle et l'anticiper. Tout ce travail d'organisation et d'anticipation a été relevé par les auteurs. En effet Thérèse Psiuk est une des seules auteures à avoir développé le raisonnement clinique par anticipation, chose que les infirmiers eux-mêmes n'ont pas conscience. Elle décrit ce processus de raisonnement comme permettant aux infirmiers d'anticiper les éventuelles complications ou aggravations de l'état de santé à venir du patient, les infirmiers réalisent donc des hypothèses et ce processus est lié au processus hypothético-déductif. Ce mode d'anticipation est également exprimé chez les professionnels qui m'expliquent anticiper les événements à venir, les complications éventuelles, les gestes ou examens à effectuer pour palier aux problèmes. Ainsi, par les professionnels, j'ai compris que l'organisation du travail et l'anticipation sont liées. Elles expliquent que leur organisation dépend souvent du patient et des priorités qu'elles jugent graves. De plus, les infirmières exposent les termes « d'automatisme » et cette notion est très importante car ce sont souvent des actions dont les infirmières n'ont pas conscience tellement cela parait évident. Ce travail d'automatisation et de réflexe est fortement lié à l'expérience et à la répétition

d'évènements. Ce processus d'automatisation peut être transposé à l'idée de Pellacia qui explique le raisonnement intuitif. Ce raisonnement est inhérent aux soignants, il se développe sans qu'ils en soient réellement conscients. Il parle même d'intuition. Pour l'auteur ce processus est tout aussi important que le processus analytique et c'est une donnée que j'ai retrouvée parmi les infirmières. Leurs raisonnements laissent parfois place à un domaine de l'ordre de l'incertitude provenant de leur intuition. Les infirmières expliquent que parfois elles ne peuvent exprimer certaines perceptions. Elles parlent même de sixième sens. Ce sixième sens leur permet également de les mettre en alerte. Elles expliquent être plus vigilantes lorsqu'elles ont un doute.

Comprendre le raisonnement et le cheminement des infirmiers lors d'une situation est complexe et je ne pensais pas avoir autant de difficulté à aller rechercher tous ces éléments. Durant les entretiens, les infirmiers ont eu des difficultés à exprimer cette idée de perception, d'intuition et de sensation. J'ai l'impression que cela relève parfois de l'inconnu, du flou voir même de l'intime pour le professionnel, comme étant quelque chose de fermé, qu'on ne peut pas creuser. Pour autant, les auteurs expliquent bien que le processus intuitif est complexe et qu'il est parfois impossible d'obtenir une réponse logique.

Enfin, les professionnels expriment une idée que je n'avais pas rencontrée dans mon cadre théorique, c'est l'idée du jugement clinique partagé. En effet, à plusieurs reprises elles expliquent qu'elles n'étaient pas seules à réaliser un jugement clinique et que chaque professionnel pouvait y contribuer comme les aides soignants mais également les médecins et que chaque donnée pouvait s'assembler et s'additionner. Certaines données peuvent être observées par d'autres professionnels « sous un autre angle » et compléter la démarche clinique pour adapter la prise en charge du patient. Cette idée me semble finalement pertinente pour ma question de départ et surtout sur l'idée de prise de décision. Un jugement clinique ne s'élabore pas seul, l'objectif reste la collaboration interprofessionnelle mais, je me demande comment peut-on obtenir un jugement clinique fiable avec de nombreux acteurs ? Comment les données sont identifiées, partagées et analysées ? C'est un travail qui nécessite un esprit d'équipe et de critique positive et bienveillante pour les partages à venir. L'élaboration d'un jugement clinique partagé est pratiquée par les institutions lors de staff ou de prise en charge à domicile mais dans le cadre d'une situation d'urgence ou d'aggravation brutale de l'état de santé d'un patient celui doit être adapté afin que chaque professionnel se dirige dans la bonne direction.

Ce travail m'a permis de constater que le jugement clinique n'est pas infaillible et qu'il peut être influencé. Tout d'abord, le paramètre majeur qui peut influencer notre jugement et qui a été démontré par les professionnels et les auteurs, c'est l'expérience. L'expérience a été

décrite sous 5 niveaux différents par Patricia Benner du novice à celui d'expert. Dans les entretiens professionnels j'ai remarqué cette différence de niveau. L'infirmière jeune diplômée m'a clairement avoué, que son manque d'expérience pouvait impacter son jugement clinique. Elle n'avait pas vécu assez de situations pour y faire face de manière adaptée et coordonnée. Or Claire, l'infirmière expérimentée ne m'a que très peu parlée d'expérience, elle m'a juste dit en en avoir « vu tellement » que forcément son expérience pouvait influencer de manière positive son jugement clinique.

Dans l'étape d'analyse de mes entretiens j'ai remarqué que leur niveau d'expérience avait un impact sur la manière de fonctionner ou d'établir leur jugement clinique. En effet, l'infirmière jeune diplômée est relativement centrée sur les gestes, la technique lors d'une situation d'urgence. Elle sait ce qu'elle a, à faire mais j'ai la sensation qu'elle a un peu « la tête dans le guidon » or l'infirmière plus expérimentée, experte, est davantage dans un poste d'observatrice. Elle essaye d'analyser la situation dans son ensemble, j'ai perçu l'idée de se mettre à l'écart, pour ne rien oublier et mieux appréhender l'évènement.

Finalement, les deux infirmières procèdent de façon similaire, elles sont organisées, méthodiques et elles écoutent leur intuition de soignante. Par contre, leur regard et leur positionnement, dans la situation, ne sont pas les mêmes. Ainsi, je retiens qu'avoir un regard plus distant de la situation, peut permettre de mieux appréhender la situation et donc de gagner du temps. Je perçois cette idée comme une forme d'organisation dans la situation d'urgence. Cette façon de travailler conduit finalement les infirmiers à un niveau de compétence. Non exprimé dans les entretiens avec les professionnels mais fortement expliqué par les auteurs, l'idée de la compétence infirmière. Celle-ci se développe grâce à l'expérience, un savoir faire et un savoir être permettant à l'infirmier de devenir compétent et pouvant s'adapter à de multiples situations. Cependant, les infirmières expliquent que l'expérience s'acquiert tous les jours, à tous instants. Un infirmier ne cesse de développer son expérience durant sa carrière

Ensuite, le jugement clinique de l'infirmier peut être influencé par son état physique et son état psychique. Les infirmières admettent que leur jugement peut être influencé si elles sont fatiguées, malades ou si elles ont des problèmes familiaux et/ou personnels. Les infirmières expliquent être moins attentives et « percutantes » dans leur travail. Les auteurs expliquent que les émotions négatives telles que le stress pouvait modifier le comportement et le prendre soin des professionnels car eux mêmes n'arriveront pas à faire face à la situation. Ces données ne me choquent pas au contraire, un infirmier qui n'est pas bien épanoui sur le plan professionnel ne peut pas rester attentif, vigilant. Par contre, une des infirmières explique que le patient pouvait également avoir une influence sur son prendre soin et c'est

une donnée à laquelle je n'avais pas pensé ! Elles expliquent que le comportement du patient ou un refus de soins peut modifier leurs perceptions et la récolte de données. Cependant, je me demande si ce genre de situation ne doit pas montrer l'adaptabilité du soignant ? Enfin, Claire explique que la confiance en soi lui permet de relativiser certaine situation, sans cette confiance en soi, qui se construit grâce à ses expériences, elle ne peut pas faire son métier.

Pour finir, le jugement clinique peut être appuyé par des outils. Les principaux outils que j'ai relevés sont les protocoles d'urgences. Les protocoles sont régis par le code de santé publique et permettent à un infirmier de réaliser des actes ou des soins en autonomie après une formation, dans l'attente de l'arrivée d'un médecin. Cependant il existe des pièges à éviter dans l'utilisation de protocole, un médecin explique qu'un protocole est une indication générale et qu'il ne s'adapte pas forcément à toutes les situations. Leur évaluation doit être continue et le professionnel doit toujours analyser la situation afin d'adapter sa prise en charge aux malades et non aux protocoles. Par contre, l'accès aux numéros d'urgence leur semble essentiel pour prévenir les médecins ou internes de garde. De plus, l'infirmière expérimentée explique que les recherches personnelles (en lien avec leurs connaissances) peuvent également être un appui au jugement clinique, sur les conduites à tenir, examen à réaliser, les symptômes à rechercher pour une pathologie. Suite aux entretiens, je pense également aux conférences, aux formations (diplômes universitaires) et aux colloques qui peuvent être une aide. Durant mon stage en réanimation médicale, une équipe infirmière participait à la conférence de la société de réanimation de la langue française (SRLF) pour actualiser leurs connaissances et la partager avec l'équipe. De plus, aujourd'hui, bon nombre d'applications se développent, comme par exemple eICU qui est une application créée par une société savante de réanimation, contenant des fiches techniques de matériel et de pathologies, de conduites à tenir, de résultats de recherche, des connaissances paramédicales sur des maladies et de la pharmacologie. J'ai également observé grâce à mon expérience professionnelle que des affiches couleurs avec les dilutions des principaux médicaments d'urgence étaient affichées sur des affiches A3. Ceci, au déchoquage pédiatrique de l'hôpital sud afin de permettre aux infirmiers d'avoir un support, d'éviter les erreurs et de leur permettre de gagner en rapidité et de diminuer les risques d'erreur. Ce travail m'a permis de comprendre que les outils ne sont pas tous des protocoles écrits datés signés. Les outils peuvent également être des supports techniques ou visuels, apportés par le professionnel lui-même ou travaillés en équipe. Cependant, il est important de toujours avoir en tête que l'infirmier travaille en collaboration avec un médecin et en équipe. Nous ne devons pas dépasser notre champ de compétence. Les outils technologiques ne sont utiles

que s'ils sont approuvés par des sociétés savantes. Les protocoles institutionnels restent une ressource indispensable.

Ce travail de recherche me permet de comprendre qu'un infirmier utilise son jugement clinique pour prendre une décision adaptée pour le patient. En effet, la mobilisation du jugement clinique infirmier est indispensable pour appréhender une situation de soin. Cette étape de jugement permet à l'infirmier d'établir des hypothèses, qu'il va mettre en relation avec de nombreux éléments, comme ses connaissances, son expérience, ... Puis, ce jugement clinique va faire intervenir de nombreuses notions comme l'expérience, le positionnement professionnel, la collaboration ... je comprends ainsi que la prise de décision soit générée par un juste équilibre des différentes notions évoquées et c'est cet équilibre qui peut être perturbé. Ainsi, lors de l'aggravation de l'état de santé d'un patient, qu'elle soit grave ou non, demande à l'infirmier de faire preuve d'adaptabilité pour ajuster sa prise en charge. Cette recherche va me permettre de construire mon identité professionnelle. Avant ce travail, je n'avais pas conscience de tous les mécanismes que je pouvais mettre en jeu pour élaborer un jugement clinique. D'ailleurs cette notion restait floue. Ce travail m'a permis de comprendre que le patient reste un acteur clé dans sa prise en charge et qu'il faut l'écouter. De plus, j'ai pris conscience de l'importance de la démarche clinique infirmière ... elle est essentielle pour la prise en soin des patients et complémentaire de la démarche clinique médicale. Ce mémoire m'a permis de comprendre ma manière de construire un jugement clinique, notamment sur mon stage de semestre 6, mais également de la critiquer afin de la travailler, de l'affiner pour l'améliorer. D'autre part, j'ai surtout retenu que le jugement clinique est rarement individuel, il est souvent complété par d'autres professionnels et les décisions sont rarement prises seules. Le partage et la collaboration s'associent au jugement clinique. Mais ce travail de recherche ne m'a pas permis de faire de lien direct entre l'usage de supports techniques (protocoles, ...), l'élaboration et la poursuite d'un jugement clinique dans le cadre d'une urgence vitale. Ainsi, je m'oriente vers cette question de recherche.

J'avais formulé au début de cette recherche la question de départ suivante :

Dans quelle mesure la mobilisation du jugement clinique infirmier oriente-t-elle une prise de décision lors de l'aggravation de l'état de santé d'un patient ?

Aujourd'hui je m'orienterai au vu de ma recherche vers cette **nouvelle question** :

Dans quelle mesure l'utilisation d'aides cognitives impacte-elle la performance du jugement clinique infirmier dans la prise en charge d'un patient en urgence vitale ?

5) CONCLUSION

Le travail de fin d'étude clôture trois années de formation et ouvre ainsi le champ de notre avenir professionnel. Je conclus ce travail avec satisfaction. Mon sujet de recherche fut élaboré suite à mon expérience en stage ou en qualité de professionnel. Ce sujet s'est construit suite à de nombreux questionnements pour lesquels j'avais besoin d'éclaircissement. Néanmoins travailler sur le jugement clinique infirmier n'a pas été une chose facile car outre le fait que les données théoriques sont abondantes leur contenu reste compliqué. J'ai beaucoup apprécié de développer ce sujet. Il m'a permis de comprendre des notions comme l'intuition, le raisonnement clinique anticipé,... et de critiquer mon « savoir-faire », durant mes stages, voire dans ma future pratique professionnelle. La rédaction de ce mémoire d'étude fut un apprentissage supplémentaire sur la pratique infirmière et sa démarche clinique. J'ai compris l'enjeu de l'analyse et du jugement clinique infirmier et son poids dans le prendre en soin des patients mais également dans notre système de santé. Ce travail affirme que l'infirmier diplômé d'état n'est un simple exécutant mais que son travail mobilise des notions d'analyse, de raisonnement, de recherches qu'il peut mettre en œuvre au quotidien. Ainsi, le jugement clinique infirmier est le principal moteur de la pratique infirmière. Grâce à lui, les soins infirmiers dispensés aux patients entrent dans une démarche réflexive de questionnement et de critique de sa propre pratique.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage :

Thérèse Psiuk (2010). Le concept de raisonnement clinique. *Revue de référence infirmière Soins* (n°742), p1-p2.

Thérèse Psiuk (2010). La méthodologie du raisonnement clinique. *Revue de référence infirmière Soins* (n°742), p3-p4.

Thérèse Psiuk (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique*. De Boeck

Raisonnement. (2009). Dans *Le Petit Robert de la langue française*. (p.2129). Paris : Le Robert.

Jugement. (2009). Dans *Le Petit Robert de la langue française*. (p.1400). Paris : Le Robert

Ministère des affaires sociales et de la santé. (2017). *Profession Infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formations préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Uzès : SEDI

Articles :

Côté, S. & St-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 13-21. doi:10.3917/rsi.111.0013.

André, C. (2005). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 26-30. doi:10.3917/rsi.082.0026.

Belpaume, C. (2009). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 99(4), 43-74. doi:10.3917/rsi.099.0043.

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-4-page-43.htm>

P. Boursin, Maillard-acker (2013) L'examen clinique infirmier, un outil de l'IOA (Infirmier Organisateur de l'Accueil). *Urgences 2013*. p1 à p10.

M. Meyer, *Log., lang. et argumentation* (1982), Paris, Hachette, p. 125, cité dans le centre nationale de ressources textuelles et lexicales.

Margot Phaneuf, (Février 2007, révision nov.2012). L'observation en psychiatrie : une compétence à développer« L'observation permet d'arriver à l'essence des choses ». http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2012/11/Lobservation_en_psychiatrie1.pdf

Christiane Boudier, Talin Ardic-Pulas, Laurence Pitard, (2011). Cahier des sciences infirmières. *Raisonnement et démarche clinique infirmière*. Elsevier Masson.

O. Brûlé M., Cloutier.L (2004). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint Laurent (Québec): ERPI. 676 pages.

Margot Phaneuf, inf., Ph.D (Décembre 2011). Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer : mentorat, pratiques exemplaires et benchmarking. Infiressources.

Montesinos André (1997). La compétence professionnelle de l'infirmière. *Objectif soins* n°50

Le Boterf Guy (2002). *Ingénieries et évaluations de la compétence*. Paris : Les Editions d'organisations. p.65.

Anne-Marie Nicole. L'influence des émotions sur la qualité des soins. Curaviva. p24-p.26.

André QUINTON. Présentation chronologique de résumés de textes sur le raisonnement clinique. p1-p23

Michel Boivin et al (juin 2008). Référentiel de compétences, infirmière en médecine d'urgence. *SMFU*. 66 pages.

T.Pellacia (2013). L'apprentissage du raisonnement clinique en médecine d'urgence, chapitre 62. *Urgences 2013*. p1-p8.

T. Pellacia et al (2012). Les bases du raisonnement lors des prises en charge soignantes, chapitre 101. *Urgences 2012*. p1-p8.

Marc Nagels (2017), « Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation », *Recherche en soins infirmiers* (N° 129), p. 6-17. DOI 10.3917/rsi.129.0006

Thérèse Psiuk (1997). Le raisonnement clinique de l'infirmier(ère) dans son activité quotidienne du raisonnement clinique aux concepts. *Recherche en soins infirmiers* n°51.p12-p24.

Claire Chapados et al (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Recherche volume* (n°11). p.37 à p.40.

Pages web :

Clinique. (s. d.). Dans *Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales*. Repéré à : <https://www.cnrtl.fr/definition/clinique>

Jugement. (s. d.) Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jugement/45112>

La perception. Dans *Kartable*. Repéré à : <https://www.kartable.fr/ressources/philosophie/cours/la-perception/11635>

Droits infirmier. Dans *Consortium National des formations en Santé de l'Université d'Ottawa*. Repéré à : <https://cnfs.ca/>

Les aides cognitives. Dans *La Société Française d'Anesthésie Réanimation*. Repéré à :

<https://sfar.org/espace-professionel-anesthesiste-reanimateur/outils-professionnels/boite-a-outils/aides-cognitives-en-anesthesie-reanimation/>

Thèse / mémoire :

Choca Sema et al (2015). Selon la philosophie de Benner, de Novice à Expert, le niveau de compétence a-t-il une influence sur le raisonnement clinique infirmier dans un service d'urgence adulte ?. *Travail de Bachelor*. Haute école de Santé de Genève.

Note de cours :

Verdier Catherine, (2014). Boîte à outils « raisonnement et jugement clinique » [cours]

Verdier Catherine, (2017). Le recueil de données et l'entretien clinique. [présentation powerpoint].

Verdier Catherine, (2017). Raisonnement et jugement clinique à partir des besoins fondamentaux. [présentation powerpoint].

Morgan PITTE, (2019). Les opérations mentales du raisonnement clinique [présentation powerpoint]. Repéré à : <https://www.espacesoignant.com/soignant/demarche-de-soins/operations-mentales-du-raisonnement-clinique>

Karine CHELLES et José TRIGANCE, Cadres de santé chargés de formation IFSI D'ANNECY, (06/11/2014). L'apprentissage du raisonnement clinique infirmier par le modèle « trifocal » retour d'expérience. [présentation powerpoint]. Repéré à : <https://www.ifsianancy.fr/publications/communications/le-modele-trifocal-lyon2014-kc-jt.pdf>

Olivier GUENOUN (2003). L'évaluation du raisonnement clinique Basé sur l'article Charlin B, Bordage G, Van der Vleuten C. L'évaluation du raisonnement clinique. Pédagogie Sciences de la Santé. [présentation powerpoint]. Repéré à : https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Pauses_pedagogiques/eval_raisonnement_guenoun_diaporama.pdf

Image :

Illustration du jugement clinique infirmier. Repéré à :

<https://www.ecosia.org/images?q=jugement+clinique+infirmier#id=AA387D77A3B144051EF102ACA9D83FB6F17FBEB5>

ANNEXES

ANNEXE I : SITUATION D'APPEL N°1

ANNEXE II : SITUATION D'APPEL N°2

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE IV : TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS

ANNEXE V : AIDE COGNITIVE – ALGORYTHME – PRISE EN CHARGE D'UNE
BRADYCARDIE

ANNEXE VI : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°1

ANNEXE VII : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2

ANNEXE I

SITUATION D'APPEL N°1 :

Nous sommes le 10 mars 2019. Je suis en stage de semestre 4 à l'Unité de Soins Longue Durée (USLD) de la Tauvrais. Je suis d'après midi je fais 13h50-21h20. Il est 16h30, je réalise « le tour des perfusions » de l'aile A. J'ai 20 résidents à ma charge. Je suis rendu aux deux derniers patients, Madame C et Monsieur L. Les deux portes sont grandes ouvertes. Je m'apprête à entrer dans la chambre de Madame C mais je vois au loin que Monsieur L tousse et qu'il à l'air gêné pour respirer. Je décide d'aller voir en premier. Monsieur L est un patient atteint de BPCO (Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive) de grade élevé. Je m'approche et je lui demande comment il va, Il me fait signe de la tête et il me dit que tout va bien. Cependant je trouve qu'il tousse beaucoup et qu'il à l'air très gêné. Il expectore une mousse blanchâtre, expectorations qui ressemble à ces habitudes mais qui me fait penser à mousse blanchâtre d'un patient faisant un OAP (Œdème Aigu du Poumon). Je l'installe en position demi-assise. Il est alimenté par une GPE (Gastrostomie Percutané Externe). Son alimentation entérale à tendance à le gêner au niveau respiratoire. Je me dis que je m'inquiète un peu trop (aucun signe de gravité) et que je reviendrais d'ici 10 minutes pour voir comment il va.

Je quitte la pièce et je décide d'aller poser la perfusion d'hydratation de madame C. En sortant de la chambre je vois le mari de madame G en train de pleurer et cherchant de l'aide. Madame G est en fin de vie suite à des complications respiratoires. Je me rends vers Monsieur G. Au moment où j'entre dans la chambre, je compris que Madame G était en train de nous quitter. J'explique à Monsieur G qu'il est important qu'il reste au côté de sa femme. Je sors et j'appelle l'infirmière en lui demandant de venir me rejoindre. L'infirmière arrive avec l'interne du service qui constate le décès de Madame G. Nous accompagnons Madame et Monsieur G pendant 20 minutes. L'infirmière me dit qu'elle va s'occuper de la toilette mortuaire avec l'aide soignante et me dis d'aller finir mon tour de 16h30 pour éviter de prendre du retard.

Je me rends de nouveau vers la chambre de madame C. Je jette un œil vers la chambre de monsieur L. Je vois monsieur L avec le visage cyanosé, pâle et le regard fixe. J'appelle l'infirmière immédiatement et je file dans sa chambre avec le *Dinamap*. Monsieur L a les lèvres et les doigts cyanosés. Il est pâle. Il est agité et dyspnéique. Il expectore des grosses quantités de mousses blanchâtres. J'essaye de l'aspirer mais rien ne le soulage. Je lui prends pouls, tension, saturation et température. L'infirmière arrive et appelle l'interne de

garde. Les constantes sont les suivantes : TA (tension artérielle) 182/101, saturation 85%, pouls 130 battements/minutes, apyrétique.

L'interne de garde arrive et l'ausculte. Elle nous demande posé une veineuse avec 250 ml de G5% et de lui administrer 80 mg de Lasilix en IVD et 500 mg d'Asprine puis de réaliser un ECG. Pendant que l'infirmière pose la voie veineuse. Je mets le patient sous masque haute concertation à 9L/min et je réalise l'ECG (Electrocardiogramme). Le résultat tombe. Le patient fait un Syndrome Coronarien Aigu de type ST - (sus décalage du segment ST) compliqué d'un par un OAP (Œdème aigu du poumon) massif. Après l'administration de Lasilix le patient est soulagé. Il est moins dyspnéique et il n'est plus cyanosé. La saturation avoisine les 96%.

Nous surveillons ce patient jusqu'à l'arrivé du SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) qui le transféra vers les urgences cardiologiques du CHU.

ANNEXE II

SITUATION D'APPEL N°2 :

Samedi 13 juillet 2019, remplaçant d'été en réanimation, il est 1h30. Le téléphone de la galerie A sonne. Un infirmier « de volante » nous prévient qu'une patiente provenant de l'USC (Unité de Surveillance Continue) descend dans notre galerie car son état se dégrade. On nous annonce ceci : Glasgow 3 avec des vomissements fécaloïdes, en cours d'intubation par l'interne de réanimation. Je vais préparer la chambre avec les infirmières pour accueillir la patiente. Cinq minutes plus tard, la patiente arrive avec les infirmiers « volants ». Nous sommes huit dans la chambre, quatre infirmiers, un médecin sénior, un interne, un externe et moi-même (aide soignant). Nous installons la patiente dans le lit. Je commence par la « scoper » (pouls, tension, saturation) pendant que les infirmiers adaptent le respirateur et s'occupent du « techniquage » (respirateurs, voies veineuses) et des premiers bilans et administration de médicaments. Tout va vite et tout est instinctif pour les infirmiers.

L'ambiance est calme, tout le monde communique et s'écoute. D'un regard un peu extérieur, j'avais l'impression d'observer et d'écouter un grand orchestre en pleine harmonie et jouant sans fausses notes. Je pèse et mesure la patiente, je change la poche de recueil des urines, je réalise une BU (bandelette urinaire). Lorsque je soulève son bras pour prendre sa température, une odeur nauséabonde envahit la pièce. Je regarde de plus près, la patiente et les draps sont recouverts de selles et de vomissements fécaloïdes, je préviens les infirmiers qui me disent qu'une toilette complète sera réalisée plus tard, quand elle sera plus stable. En effet, son pronostic vital est engagé, La patiente est tachycarde à 140 battements par min, hypotendue à 62/37 avec une PAM (pression artérielle moyenne) à 49 mmHg. Le réanimateur de garde souhaite réaliser un scanner, en urgence, car il pense qu'elle fait une hémorragie cérébrale, cependant elle reste trop instable pour être accompagné au scanner. Nathan, l'infirmier de volante me demande tout de même de préparer le matériel pour le transport, c'est-à-dire (respirateur, oxygène, BAVU, stéthoscope, ...). J'apporte le matériel dans la chambre. Je pose le respirateur et la bouteille d'oxygène dans le lit et je réalise les branchements. Le scope sonne, je regarde et j'observe les paramètres vitaux : pouls à 60, tension à 59/29 et PAM à 34 avec une saturation à 86% malgré une ventilation assistée. Les infirmiers sont en train de préparer de la noradrénaline tandis qu'une autre infirmière s'occupe des bilans biologiques. Tout va vite. Nathan, l'infirmier, va tranquillement à la pharmacie et me dit calmement qu'il à ramener de l'adrénaline et me demande d'aller chercher le chariot d'urgence, pendant qu'il prépare la seringue. Je suis surpris car la

patiente n'est pas en asystolie. Il ajoute, « Elle va tomber en ACR. Ramène le chariot d'urgence, sort la planche à masser et apporte la au bord du lit ». Je m'exécute. Lorsque j'apporte la planche à masser au bord du lit, il dit aux infirmières du secteur qu'il a préparé la seringue d'adrénaline (10 mg, 1mg = 1ml) si jamais elle passe en asystolie.

Il reçoit un appel, le secteur B avait besoin de lui pour un autre patient. Il nous lance « appeler moi quand elle sera tombé en arrêt » et quitte la pièce. Une minute plus tard le scoop sonne de nouveau, la patiente est en asystolie, tout de suite une infirmière se met à masser, l'autre prend la planche à masser et la glisse sous la patiente, de mon côté je cours chercher le réanimateur et Nathan dans le secteur B. Je cris « il y a un arrêt en A » tout le monde cours vers la chambre. Nathan nous dit « cela aura été rapide », tout s'enchaîne, je me mets à masser une infirmière passe 1mg d'adrénaline Nous massons pendant 30 min en vain, la patiente décédera.

ANNEXE III

Bonjour, je me présente, Gwenvaël, étudiant infirmier au CHU de Rennes. Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté de prendre du temps pour répondre à mes questions. Mon sujet est consacré au jugement clinique infirmier. Cet échange durera une vingtaine de minutes et sera enregistré cependant je garantis l'anonymat lors de cette entretien. Êtes-vous d'accord pour l'enregistrement ?

Êtes-vous prête à commencer ?

Les objectifs de l'entretien sont les suivants :

- Analyser les connaissances de l'infirmier sur le thème traité et notamment connaître sa différenciation du jugement clinique et du raisonnement clinique
- Interroger le professionnel sur les notions permettant la construction d'un jugement clinique fiable : du patient au raisonnement en passant par les connaissances.
- Savoir si le professionnel a déjà mis en œuvre les mécanismes de raisonnement adapté aux situations d'urgences.
- Connaître le raisonnement clinique de l'infirmier lors de situations d'urgences et observer
- Apprendre auprès du professionnel les composants pouvant influencer jugement clinique

Questions :

Présentez-vous (parcours, année de diplôme, expérience et ancienneté).

1) Que diriez-vous du jugement clinique infirmier ?

Aide : Quelle différence faites-vous avec le raisonnement clinique ?

2) Quels éléments vous permettent d'établir votre jugement clinique auprès d'un patient ?

- **Patient** : Comment procédez-vous au recueil de données auprès du patient ?
Entretien ? examen clinique ? Observation clinique ?
- **Connaissance** : Quel lien faites-vous avec vos connaissances ?
- **Raisonnement** : Comment procédez-vous lors de l'analyse ? Hypothèse ?
Questionnements ?

3) Avez-vous déjà rencontré dans votre expérience professionnelle une situation d'urgence ? (réanimation, aggravation brutale de l'état de santé, ...)

4) De quelle manière élaborez-vous votre jugement clinique en urgence ?

- Si vous deviez la comparer avec un jugement clinique en situation de soins plus classique
- Anticipation ? Réflexes ? Intuition ?
- Quels outils sont disponibles pour vous aider (protocole ? arbre décisionnel ? ...)

5) Quelles sont les paramètres pouvant influencer (positifs ou négatifs) le jugement clinique infirmier et sa prise de décision ?

Aide :

- **Expérience** : Dans quelle mesure l'expérience influe sur le jugement clinique ?
- **La confiance en soi** : Comment le manque de confiance en soi peut-il perturber le jugement clinique infirmier ?
- **La compétence**
- **Les émotions**

ANNEXE IV

<p>Objectif : Identifier la différenciation faite par l'IDE sur le jugement clinique infirmier et le raisonnement clinique infirmier</p>		
<p>Corpus : Question 1 - Que diriez-vous du jugement clinique infirmier ?</p>		
CATEGORIE	THEMES	ITEMS
<p>Le jugement clinique infirmier (17)</p>	<p>COLLECTE DE DONNEES (7)</p>	
	<p>Observation clinique (3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « en voyant une personne » - « voir son état » - « soulève un peu les bras, les trucs » - « on voit au plus près » - « qui voient le patient, qui le suivent et qui voient son autonomie » - « premières à le voir »
	<p>Entretien clinique (3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « discuter avec les gens » - « on essaye quand même de creuser un petit peu certaines situations, quand c'est des situations un peu difficiles »
	<p>Par les sensations du soignant (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « donner un peu notre ressenti »
	<p>UNE PLACE CLE POUR L'INFIRMIER (6)</p>	
	<p>Positionnement professionnel (3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « il a une place importante quand même dans la profession » - « hormis les aides-soignantes, c'est nous les infirmières et infirmiers qui sont au plus près des patients » - « se positionner » - « il est important, surtout parce qu'on est auprès des patients. Il n'y a pas que nous. Il y a aussi les aides-soignantes qui ont leur part à dire en fait »

	Responsabilité (3)	<ul style="list-style-type: none"> - « fait partie de notre rôle » - « si on retrouve exactement la même chose par rapport au AS»
	Collaboration (3)	<ul style="list-style-type: none"> - « Nous pouvons rapporter un petit peu tous ces éléments auprès de l'équipe médicale » - « porte parole des patients auprès des médecins. - « c'est les aides soignantes qui peuvent aussi vous rapporté pas mal d'infos » - « Parce que quand elles font leurs soins de nursing, elles sont au plus près d'eux et celles qui passent le plus de temps encore à côté de quoi par rapport à nous infirmière. » -
	UNE FONCTION DANS LE PRENDRE SOIN (4)	
	Evolutif	<ul style="list-style-type: none"> - « Ça se peaufine un jugement clinique. » - « à chaque fois qu'il y a un changement »
	Instantanée	<ul style="list-style-type: none"> - « pense qu'on peut le faire comme ça d'emblée » - « d'emblée en la voyant dans sa chambre »
Raisonnement clinique (30)	ANALYSE ET REFLEXION (5)	<ul style="list-style-type: none"> - « c'est quelque chose d'un peu construit, de rechercher. » - « On fait des liens entre les différents problèmes de santé de la personne » - « un cheminement » - « raisonner » - « d'envisager des hypothèses ».
	RECOLTE DE DONNES (15)	
	Clinique et par paraclinique (4)	<ul style="list-style-type: none"> - « Il y a des tensions qui sont normales » - « il n'est pas en sueurs »
	FONCTION DANS LE PRENDRE SOIN (6)	

	Programmation des soins (4)	<ul style="list-style-type: none"> - « essayer de travailler » - « faire les soins appropriés. » - « les soins qu'on va devoir mettre en place »
	Responsabilité (2)	<ul style="list-style-type: none"> - « ce n'est pas à nous de prendre responsabilité des choses, ça devient médical » - « on va en parler au médecin. »
Deux associés ? (5)	Lien (5)	<ul style="list-style-type: none"> - « les deux vont ensemble » - « Les deux sont très proches » - « tu ne peux pas faire l'un sans l'autre » - « les deux sont liés » - « Tout est lié »

ANALYSE :

Concernant le jugement clinique, les deux infirmières partent du principe qu'il débute par une récolte de données. Cette récolte de données peut se faire de trois manières différentes : l'observation clinique (en utilisant principalement la vue), puis Marie ajoute, l'entretien clinique auprès des patients par le biais d'une discussion, et les ressentis du soignant (ses sensations et sa perception).

Cette perception et ce ressenti du soignant ne sont pas évoqués dans la notion de raisonnement clinique. Les infirmières se basent plutôt sur des données concrètes telles que l'observation clinique et les données paracliniques. La récolte de données lors du raisonnement clinique est uniquement décrite par Claire avec des données cliniques et paracliniques concrètes. La perception et le ressenti du soignant ne seraient alors présent que dans l'étape de jugement clinique.

Concernant la place du jugement clinique dans le prendre soin, les infirmières s'accordent à dire qu'il a une place « importante » dans notre profession. Marie ajoute qu'il permet de se positionner. De plus, elle décrit le terme de responsabilité car le jugement clinique fait partie « de notre rôle ». Un rôle, décrit par Claire comme émanant plutôt du « contrôle » dans la collaboration avec les AS. Il est de la responsabilité des infirmières d'aller observer les données transmises par les autres soignants.

Puis, le jugement clinique est décrit par les deux infirmières comme un processus évolutif, non constant, dans l'idée qu'une situation vraie à un temps 0 ne l'est plus à un temps T+1. De plus, ce processus évolue et s'adapte à la situation rencontrée, il s'améliore, se dessine

pour répondre aux besoins de la personne soignée. Marie ajoute que le jugement clinique est un processus instantané, demandant peu d'analyse et de réflexion dans le temps.

L'étape d'analyse et de réflexion est uniquement évoquée dans le raisonnement clinique, en aucun cas cette idée est discutée dans la notion de jugement clinique. Pour Marie, cela permet de « faire des liens », c'est quelque chose « de construit, de recherché », derrière cette idée, il y a un travail de « cheminement ». Claire ajoute que « cela permet d'envisager des hypothèses ».

La programmation des soins est évoquée par Marie dans l'étape de raisonnement. En effet selon cette infirmière le raisonnement lui permet de programmer les soins qu'elle va devoir mettre en place et de les organiser. Ensuite, pour Marie la collaboration entre tous les acteurs (médecins et aides soignants) est essentielle et met en lien l'idée de responsabilité dans la description du raisonnement clinique mais sous l'angle de la collaboration infirmier-médecin. Le raisonnement clinique peut avoir des limites qui sont la prise de décision médicale. Enfin, elles se sont accordées pour dire que les deux notions étaient liées les unes aux autres, notamment que « l'un n'allait pas sans l'autre » mais sans expliquer les modalités de cette association.

Pour résumer, les infirmières ont défini le jugement clinique comme étant un processus issu d'une récolte de données. Ce processus relèverait de l'instantané et serait évolutif. Il possède une place importante dans la profession car il permet à l'infirmier de se positionner dans l'équipe soignante mais également de collaborer avec les différents acteurs tout en prenant part à ses responsabilités.

Leur définition du raisonnement conduit vers plusieurs similitudes comme la récolte de données issue du patient mais les infirmières ajoutent que ce processus leur permet de raisonner, de faire des liens et des hypothèses jusqu'alors oubliés. De plus, cette mise en lien permet une programmation des soins.

Objectif : Identifiez les notions permettant la construction d'un jugement clinique

Corpus : Question 2 : Quels éléments vous permettent d'établir votre jugement clinique auprès d'un patient ?

CATEGORIE	THEMES	ITEMS
Recherche d'information (24)	<p>ETAT DE SANTE DU PATIENT (16)</p> <p>Paraclinique (3)</p> <p>Clinique (8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « état général déjà » - « l'état de santé » - « La personne » - « antécédents de la personne » - « Son état au jour le jour » - « les paramètres » - «il a refait des épisodes de TV » - « les constantes, c'était normal que le patient paraissait fatigué mais c'était tout bon » - Ils sont stressés - « d'emblée, on le voit, je l'ai vu direct. » - « quand on a été le voir dans sa chambre, on a vu dans son regard » - « Là je ne l'ai pas reconnu » - « dans son regard, j'ai vu qu'il n'était pas bien » - « lui aussi le ressentait au niveau de son coeur. » - « sur son faciès, » - « j'avais l'occasion de le voir avant et je me suis dit il n'est plus du tout pareil que deux jours précédents »
	<p>ENVIRONNEMENT DU PATIENT (10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « son environnement social, quand on creuse un peu avec les gens, l'environnement familial peut être aussi le parcours de vie » - « prendre en compte le contexte de la prise en charge médicale » - « en urgence ou soit programmé » - « le domaine de l'urgence » - « tout un contexte d'urgence » - « la personne vit seule ou est mariée, s'il a des enfants » - « Souvent, ils sont accompagnés soit par la femme, soit par une/un ami.e, soit par un enfant » - « environnement » - « contexte anxiogène »

		<ul style="list-style-type: none"> - « le contexte familial, environnemental, social des gens » - « Toute la sphère familiale, l'environnemental, tout ça, d'emblée, c'est un truc qu'on ressent »
	<p>PAR LA RELATION D'AIDE (7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « entretien d'accueil » - « m'entretenir avec lui » - « l'entretien » - « on discute un peu de la prise en charge ou de l'hospitalisation » - « Après les gens qui sont un peu plus réservés... » - « Discussion » - « Il y a des gens qui vont se livrer assez facilement »
	<p>CONNAISSANCE IDE (10)</p> <p>Signes/symptômes enseignements cliniques</p> <p>Complications</p> <p>L'examen à réaliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « faisceau d'éléments » - « il y a plein de facteurs qui sont récurrents » - « un essoufflement, des œdèmes des membres inférieurs, ça peut être un malaise » - « Tous ces signes là nous font penser à l'épanchement » - « Signes » - « signes neurologiques » - « Même si les signes peuvent être « bâtards », ça peut être de la fièvre. » - « Ça peut juste des choses comme ça qui ne vont pas être typique » - « Tous ces signes » - « à partir des différents symptômes » - « enseignements cliniques » <p>« complication essentielle »</p> <ul style="list-style-type: none"> - « On vérifie du coup l'échographie en urgence et à ce moment là, s'il y a un épanchement, il est drainer ou pas »
	<p>RAISONNEMENT (8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « c'est vrai qu'il faut prendre ça en compte » - « c'est que je prends ça déjà en compte avant d'aller chercher le patient en salle »

		<p>d'attente »</p> <ul style="list-style-type: none"> - nous font penser à l'épanchement » - « C'est notre première question » - « c'est après qu'on va réfléchir à toute autre solution » - « on va penser principalement à ça » - « Nous, on reste focalisé là-dessus » - « on va chercher toutes les autres raisons, mais c'est notre première intention. »
--	--	--

ANALYSE :

La construction d'un jugement clinique fiable se divise en deux entités : une recherche d'information et un travail d'analyse par l'infirmier.

La recherche d'informations est divisée en plusieurs étapes qui débutent par la recherche d'informations sur l'état de santé du patient. Tout d'abord, Marie explique qu'il est important de rechercher l'état de santé général du patient, en recherchant des données issues des « antécédents ». Elle ajoute qu'une récolte de données paracliniques est nécessaire comme les paramètres vitaux ou des données issues de la lecture de scope de surveillance, idées partagées avec Claire. Ensuite, les deux infirmières vont aller rechercher des données cliniques auprès du patient, en utilisant la vue. Cette récolte de données cliniques leur permet de comparer leur état entre le moment T0 et l'état antérieur du patient. Ce procédé permet de voir l'évolution de l'état de santé du patient.

Ensuite, il paraît essentiel pour Marie, de connaître l'environnement du patient. Cette recherche passe par l'appropriation de son milieu de vie, son environnement familial, social, son parcours de vie. Elle ajoute également, que le contexte de l'hospitalisation (urgence ou programmée) est une donnée à prendre en compte dans l'élaboration de son jugement clinique. La dernière étape pour récolter des informations va pouvoir se faire grâce à un entretien clinique. Cet entretien avec le patient, va permettre de rentrer en relation avec lui. C'est par la « discussion » qu'elle va apprendre à connaître son patient. Ces deux dernières idées n'ont pas été évoquées par Claire, qui s'est centrée sur l'analyse des données.

En effet, pour Claire, la construction d'un jugement clinique passe par la recherche de données cliniques, issues de ses connaissances, sur les signes et les symptômes d'une maladie. Toutes ces données lui permettent de réfléchir aux complications et actions à venir telles que les examens à réaliser. Marie n'a jamais évoqué cette notion de « connaissances ».

Par contre elles se sont accordées pour dire que le raisonnement est une autre étape du jugement clinique. Marie explique que ces données sont « prises en compte », alors que

Claire explique que les données récoltées lui permettent de se poser des questions, de réfléchir à d'autres solutions. Sous ces termes on peut imaginer qu'elle veuille parler d'hypothèse ...

Ainsi, on constate que les deux infirmières ne recherchent pas les mêmes données et ne mettent pas en jeu les mêmes processus. Marie se focalise plus sur l'environnement du patient et sa relation avec lui alors que Claire est plutôt concentrée sur la clinique et son analyse.

Objectif : Relevez les éléments spécifiques au jugement clinique relevant de « l'urgence »

Corpus : Question 4 : De quelle manière avez vous élaboré votre jugement clinique en urgence ? Est-ce qu'il est différent d'une situation de soin plus classique?

CATEGORIE	THEMES	ITEMS
METHODOLOGIQUE (43)	ORGANISATION (15)	<ul style="list-style-type: none"> - « mis en surveillance sous une télémétrie » - « Téléphone » - « Allo, le médecin, l'anesthésiste de garde » - « Tout le monde monte » - « Et puis on l'a descendu en salle de réveil » - « Premier truc qu'on va appeler médecin en direct » - Les automatismes se font - « Mais bon, il y a des gestes, oui, quand même qu'on peut faire sans que les médecins soient là. »
	Des actions/des gestes (8)	
	Du travail (7)	<ul style="list-style-type: none"> - « Je m'organise » - « bonne organisation » - « faire le travail qui est demandé » - « S'il est grave, on va aller le voir en premier » - « rapidement, on ne va pas rester causer avec les gens » - « on favorise d'abord les soins qui sont quotidiens, qui sont prévus, qui sont prescrits » - « Il faut qu'on fasse quelque chose »
	ANTICIPATION (13)	

	<p>Les complications/l'état de santé (3)</p> <p>Travail (7)</p> <p>Sur les gestes et conduites à tenir (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « ça peut amener à un arrêt cardiaque » - « c'est un monsieur qui prenait un peu son état de santé comme ça, à la cool » - elles ne sont pas prévisibles la plupart du temps - « qu'on anticipe un petit peu » - « il nous faut quand même aussi les prescriptions orales des médecins » - « il y a toujours un peu d'anticipation » - « elles ne sont pas prévisibles la plupart du temps » - « de façon à laisser du temps, s'il y a des soucis » - « vous avez des soucis avec un patient, il vous prend tout votre temps » - « pour avoir toujours cette petite marge ridicule mais cette petite marge qui me permet de passer un peu plus de temps avec certains patients quand ça ne va pas » - « On va aller poser une perfusion » - . Il nous faut une voie veineuse de toute façon pour pouvoir agir.
	<p>VIGILANCE / MISE EN ALERTE (8)</p> <p>Grace au matériel (3)</p> <p>Par le patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « il y a des alarmes » - « Ça sonnait ». - « on a pu voir que ça n'allait pas parce qu'on avait quand même un matériel de surveillance. » - « Il avait même, je me rappelle, demander aux collègues de nuit se laisser la porte ouverte »

	<p>(1)</p> <p>De l'infirmier (4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « vous met en alerte » - « à chaque fois qu'il y a un changement de fatigue, de tonicité ou de somnolence, ou de choses comme » - « On peut s'inquiéter et aller vers le médecin en ce moment là. » - « vous allez vous alerter » « on va le surveiller davantage »
	<p>Clinique partagé (7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « avant que le médecin arrive » - « Ça ne fait pas partie de notre rôle propre, d'aller dire « allez on lui passe de l'adré, de la dobu » - « Des fois les aides-soignantes massent si besoin. » - « Les médecins sont là mêmes. » - « Et pourtant, plein de monde étaient passés avant et ils n'avaient pas relevé quoi que ce soit » - « il tamponnait, mais pourtant, le médecin l'avait vu, les aides soignantes, mes collègues » - « quand il y a une AS qui vient vous dire « je ne le sens pas » « il n'est pas bien et tout » et bien faut pas hésiter à aller le voir parce que peut être, elle connaît peut être mieux le patient et elle va mieux juger »
<p>INCERTITUDE (10)</p>	<p>L'infirmier (10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « il me disait Il y a quelque chose » - « On a senti » - « un œil sur ce qu'on trouve bizarre » - « voir des patients et me dire celui là, il ne va pas bien »

		<ul style="list-style-type: none"> - « je me suis dit elle n'est pas bien » - « on peut avoir des impressions, avec rien à dire » - « juste un peu de feeling » - « on se dit, « qu'on ne le sent pas » . - dire lui n'est pas bien, mais on ne sait pas - « ils ont un sixième sens » « C'est difficile à dire qui est ce qui va s'aggraver et qui ne va pas s'aggraver » -
--	--	---

ANALYSE :

Tout d'abord, j'ai pu constater deux choses. Pour établir un jugement clinique pertinent dans une situation « d'urgence », l'infirmier se retrouve dans deux situations. D'une part les infirmières relatent des données méthodologiques axées sur l'organisation du travail, l'anticipation, la mise en alerte et d'autre part, elles ont évoqué des données totalement opposées relevant plutôt de l'incertain, du doute, du « flou ».

Tout d'abord, concernant les données relevant de l'organisation. J'ai constaté que les deux infirmières ne s'organisaient pas de la même manière. Marie est organisée autour des gestes et des actions à venir. Elle va aller poser une perfusion, appeler les médecins. Elle est plutôt concentrée sur la technique. C'est d'ailleurs la seule à parler « des automatismes qui se font ». Alors que, Claire a une vision plus générale de la situation. Elle va essayer de s'organiser de façon à prioriser ce qui est important, pour ne pas se laisser dépasser par la situation et faire tout le travail qui est demandé. Ainsi, on constate que son organisation lui permet d'anticiper. Elle anticipe de façon à se laisser du temps, «une marge ridicule » pour le « si jamais ... ». Or Marie, est toujours concentrée sur la technique, « aller poser une perfusion pour pouvoir agir » ou sur l'anticipation des complications à venir.

Ensuite, les deux infirmières ont expliqué qu'elles étaient souvent « en alerte » dans ces situations. Mais elles ne le sont pas de la même manière. En effet, Marie s'appuie sur le matériel (les scopes par exemple) mais également sur le patient. Elle l'écoute et s'appuie sur ses dires. Alors que Claire est plutôt mise en alerte ou vigilante grâce aux données qu'elle recueille, puis, suivant les données, elle accentuera sa surveillance.

Cependant les deux infirmières s'entendent pour dire que les situations demandent de l'entraide et de la collaboration entre professionnels. L'infirmier ne peut pas gérer une aggravation de santé seul ! Marie et Claire expliquent que la collaboration doit se faire entre médecins (pour l'administration des thérapeutiques, le diagnostic, ...) mais aussi avec les AS qui peuvent aider l'infirmier pour pratiquer des gestes adaptés à leur champs de

compétence. Claire ajoute qu'il faut savoir écouter et faire confiance à une AS qui trouve que l'état de santé d'un patient se dégrade.

Enfin, les infirmières ont expliqué faire face à de l'incertitude. En effet, elles ont précisé que parfois, elles ne savaient pas comment expliquer le fait qu'elles sentaient que le patient n'allait pas bien. Marie évoque ses sensations ou perceptions alors que Claire parle de « feeling » voire de sixième sens sans pouvoir en expliquer davantage. Elles admettent que, parfois, elles ne sont pas en mesure d'expliquer « pourquoi » mais que leur instinct est le bon. Malgré tout, on constate que dans ces situations complexes, les infirmières font majoritairement place à un travail méthodologique, organisé et anticipé de façon à ne pas se laisser déborder par la situation.

Objectif : Identifiez les paramètres pouvant influencer le jugement clinique

Corpus : Question 5 : quels sont les paramètres pouvant influencer de manière positive ou négative votre jugement clinique au quotidien et dans sa prise de décision ?

CATEGORIE	THEMES	ITEMS
L'INFIRMIER	Expérience	<ul style="list-style-type: none">- « Notre jugement, ils se forgent au fur à mesure de notre expérience aussi, je pense »- « ça ne fait pas très longtemps que je suis infirmière »- « Après deux ans et demi bientôt, je m'appuie beaucoup aussi sur mon expérience en tant qu'aide soignante »- « où j'ai été aide soignante pendant sept ans, auparavant »- « J'ai fais une diversité de services aussi, qui me permet d'avoir vu plein de choses et plein de disciplines »- « Plein de spécialités, notamment des stages en réanimation chirurgicale, dans des gros contextes d'urgence, etc »- « oui, j'ai un panel d'expérience quand même. »- « je m'appuie vraiment sur mon expérience »- « pour un jugement clinique en tant qu'infirmière aujourd'hui, j'ai envie de dire, à l'heure actuelle c'est mon manque d'expérience. »- « l'expérience elle est mieux, elle se fait, même si j'en apprend encore tous les jours »- « C'est mon manque d'expérience en tant qu'infirmière encore, qui peut des fois me défavoriser pour pouvoir poser un jugement clinique sur certaines situations. »- « quand je vois mes collègues qui ont de la bouteille »- « Il faut quand il me faut, encore un petit laps de temps malgré qu'il s'améliore de jour en jour, parce que l'expérience se forge. »- « Je pense qu'il en aura peut être encore un peu plus demain, vu de ma collègue a plus d'expérience »- « ça fait longtemps que je travaille là » - « on en a vu tellement »

		<p>- « Les gens qui sont là depuis 20 ans »</p>
	<p>Etat physique et psychique du soignant</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « je vais être moins, comment dire, objective sur un patient qui va d'emblé » - « la fatigue du moment » - « l'état de fatigue » - « si on n'est pas bien dans ses baskets, je pense que oui, effectivement, ça pourrait influencer » - « Si j'avais des soucis personnels, je ne suis pas sûr que je serais aussi vigilante et aussi percutante » - « quand j'étais enceinte, je n'étais pas à la fin, j'avais un gros ventre et j'avais du mal et je me disais pourvu que ça ne tombe pas dessus parce que là, je n'étais pas sûr d'être à cent pour cent. » - « Quand vos collègues commencent à vous aider à faire des choses vous vous dites bon ... il est peut être temps que je prenne mon congé maternité » - « je pense pour d'autres personnes qui seraient malades ou qui ont des soucis familiaux » « on est humain » -

	La confiance en soi	<ul style="list-style-type: none"> - « je peux passer aussi à côté de plein de choses » - « Je ne suis pas fiable à 100%. » - « la confiance en soi, elle vient quand même parce que sinon on ne resterait pas là » - « Je pense que je changerais de métier si on n'avait pas assez confiance en soi, mais ça me permet plutôt de relativiser quand il n'y a pas urgence en se disant je pense que ça va s'arranger. » - « Ça nous permet plutôt de relativiser et de cerner plus précisément ce qui nous paraît super urgent. » - « Une confiance, »
L'INSTITUTION	Le patient	<ul style="list-style-type: none"> - « se plaindre dans le sens où le moindre petit truc, ne concernant pas forcément son état de santé, ça va être tout un problème parce que ça va engendrer derrière des grandes discussions » - « des patients qui sont des fois dans les refus de soins » - « le jugement clinique sera peut être moins objectif, que un patient qui est conciliant et observant et agréable » - « parce que tous les patients ne sont pas agréables aussi, il faut le dire »
	L'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - « c'est un truc qui se fait en équipe aussi travail d'équipe puisque tu peux avoir toi, ton jugement et puis tes collègues vont apporter leur patte » - « tout le travail d'équipe » - « on va tous dans le même sens »
	Problème institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> - « suivant la charge de travail qu'on peut avoir » - « la charge de travail, selon un jugement clinique qui va peut être un peu biaisé » - « j'aurais moins pris le temps, peut être, de discuter avec la personne, il sera moins objectif certainement. »

ANALYSE :

Le jugement clinique peut être influencé par différentes notions expliquées par les deux professionnelles. Tout d'abord la notion d'expérience est un concept qui a été de nombreuses fois développé par Marie. Toutefois, ses propos se sont contredits. Elle a commencé par dire qu'elle avait de l'expérience après ses deux ans de diplôme, expérience qui lui sert au quotidien, sur laquelle elle s'appuie. Puis, elle a conclu en expliquant avoir malgré tout peu d'expérience en qualité d'infirmière, par rapport à ses collègues plus anciennes. Finalement on peut en comprendre que cette infirmière n'est pas novice mais n'est pas encore experte. Par contre, Claire, beaucoup plus expérimentée, à peu évoqué ce terme, malgré tout « elle dit en avoir vu tellement », cela sous entend qu'elle s'est forgée une expérience grâce aux situations qu'elle a rencontré.

Ensuite, Claire a plutôt expliqué que son jugement clinique pouvait être influencé ou plutôt perturbé en fonction de son état de santé. Elle admet qu'avec de la fatigue, des soucis personnels elle n'est « pas aussi vigilante et percutante ». De plus, elle confirme ses dires en expliquant que, lorsqu'elle était enceinte, son travail devenait compliqué. Mais elle relativise en expliquant qu'une infirmière est également « un humain ».

Ensuite Claire parle de sa confiance en soi dans l'élaboration de son jugement clinique, chose qui n'a pas été évoqué par Marie. Elle explique « ne pas être fiable à 100% » cela sous entend que le droit à l'erreur existe mais que cela ne doit pas amputer sa confiance en soi car sans cela elle ne pourrait pas travailler.

De plus, elle révèle que cette confiance en soi, lui permet de relativiser les situations et les prises de décision, notamment dans le cadre d'une urgence. Par contre elle ne fait pas de corrélation entre sa confiance en soi et l'expérience professionnelle.

Marie explique, par contre, que son jugement peut être modifié en fonction de l'adhésion au soin du patient. Elle estime que son jugement peut être perturbé en fonction du comportement du patient, s'il y a une situation de refus de soin.

Ensuite, les deux infirmières expliquent que le travail d'équipe est quelque chose de bénéfique à l'élaboration d'une stratégie de soin commune. Marie dit que chaque professionnel peut y « mettre sa patte » alors que Claire ajoute que l'objectif est que toute l'équipe aille dans « le même sens ».

Enfin, seule Marie a parlé de la problématique de surcharge de travail. Elle pense que sa charge de travail peut affecter son jugement clinique et que cette charge de travail lui donne moins de temps pour discuter avec les patients, diminuant ainsi les capacités de recueil de données.

Objectif : Relevez les outils aidant les infirmiers dans l'élaboration de leur jugement clinique et leur prise de décision

Corpus : Est-ce que vous avez les outils disponibles pour vous aider, comme des protocoles ou des arbres décisionnels, dans l'élaboration de votre jugement clinique et votre prise de décision ?

CATEGORIE	THEMES	ITEMS
ECRIT	Procédure et protocole	<ul style="list-style-type: none"> - « les protocoles » - « un classeur : situation d'urgence, après, j'avoue que j'ai jamais été cherché à l'intérieur, voir s'il y avait des protocoles » - « C'est plus dans la façon de faire, on n'a pas de protocole écrit à ma connaissance » - « Et après les protocoles c'est ça c'est posé une voie veineuse d'emblée, si le médecin n'est pas arrivé » - protocoles pour les urgences ils doivent être dans un classeur
	Numéro d'urgences	<ul style="list-style-type: none"> - « on a les numéros qui sont bien affichés dans notre salle de soin - les numéros d'urgence style l'anesthésiste de garde, le chirurgien de garde, l'interne de chirurgie de garde » - « nous avons les numéros des médecins ou internes de garde » - « Ca c'est important ! Il faut qu'ils soient faciles d'accès »
	Dossier médicale	<ul style="list-style-type: none"> - « dossier médical du patient » - « en fonction du dossier médical » - « DxCare, dans le logiciel » - « macrocible d'entrée »
A l'initiative de l'infirmier	Recherche Personnelles	<ul style="list-style-type: none"> - « nos recherches personnelles, sur des pathologies ou des manières de prendre en charge un patient en fonction des problèmes de santé » - « que l'on peut trouver dans les livres ou sur internet »

ANALYSE :

La question de l'aide à l'élaboration clinique par le biais d'outil fut peu productive. Malgré tout, j'ai pu relever deux grandes idées, ce qui est écrit et ce qui relève plutôt de l'initiative du professionnel.

Tout d'abord, les infirmières ont expliqué la possibilité d'avoir des protocoles pour les soins d'urgences. Cependant aucune d'entre elles ne les utilisent lors d'une situation d'urgence pour deux raisons : Accessibilité et présence dans le service de protocoles écrits. De plus

Marie n'a jamais pris l'initiative de les chercher ... et l'infirmière est toujours dans une façon de faire méthodique centrée sur le technique : poser une voie veineuse. Ensuite elles ont expliqué avoir accès facilement aux numéros de téléphone des médecins de garde (anesthésistes, internes), Marie précise qu'ils sont bien affichés dans la salle de soin et Claire ajoute que leur visibilité est importante. Puis, les deux infirmières s'appuient sur des données du dossier médical du patient. Marie ajoute s'appuyer sur le logiciel de dossier de soin (DXCare), la macrocible d'entrée.

Enfin, Claire a terminé par dire que les recherches personnelles des infirmières peuvent également être des outils. D'elle-même l'infirmière peut aller faire des recherches sur des pathologies ou des manières de prendre en charge un patient, données qu'elle peut retrouver dans des livres ou sur internet. On imagine que cette dernière donnée se fait à postériori de la situation.



BRADYCARDIE (réanimation ou bloc opératoire)



CONFIRMER

- baisse rapide de FC ou FC < 45/min
- Noter l'heure:H....min

EVALUER

- Pouls, conscience (sauf sédation), PA, SpO₂
- Accès veineux disponible
- Analyse scope ou ECG 12 dérivation

RECHERCHER SIGNES DE GRAVITÉ

- bas débit (syncope, choc, ↓ EtCO₂)
- Si absence de pouls, ↓↓↓↓EtCO₂ ou asystolie: cf fiche ACR

OUI

NON

- Oxygénothérapie, FiO₂ 1 si patient intubé
- Lever de jambes si syndrome vagal (nausées, malaise, sudation)
- Atropine 0,5 mg IVD à répéter jusqu'à 3 mg maxi
- Si bradycardie sous rachianesthésie: remplissage +/- vasopresseurs
- Arrêt des médicaments bradycardisants et de la stimulation chirurgicale

EFFICACE ?

OUI

NON

RISQUE ASYSTOLIE ?

(ATCD asystolie, BAV 2 Mobitz II, BAV 3, pause ventriculaire > 3s)

OUI

NON

Appel à l'aide

STOP Chirurgie si bloc
Chariot d'urgence

SURVEILLANCE SCOPEE

- ISOPRÉNALINE** (ampoule 0,20 mg/ 1mL) : 5µg/min (ou 5 ampoules / 50ml de G5% = 20µg/mL), début 0,5 mL/h, débit IVSE à adapter à la FC cible
- ADRÉNALINE** bolus 5-10 µg par min IV *
- PACING TRANSCUTANÉ,**
 - Intensité stimulation minimale permettant la détection des QRS sur le scope
 - Fréquence : Objectif FC > 60-70/min
 - Confirmer présence d'un pouls (clinique, courbe SpO₂, ou artère)
 - Traiter la douleur en rapport,
- GLUCAGON si surdosage B Bloquant** : 5-10 mg IVD puis 1-10 mg/h IVSE
- CHLORURE DE Ca 10% si surdosage en Inhibiteurs calciques**: 10 à 20mL (soit 1 à 2 g) en IVD/ 20minutes (tripler la dose avec gluconate de Ca), puis **INSULINE EUGLYCÉMIQUE** (1UI/kg puis 0,5 UI/kg/h) +/- **GLUCAGON**.
- Traiter les défaillances associées (neurologiques, respiratoires, hémodynamiques)

*Dilution adrénaline: 1mg / 100mL = 10 µg/mL

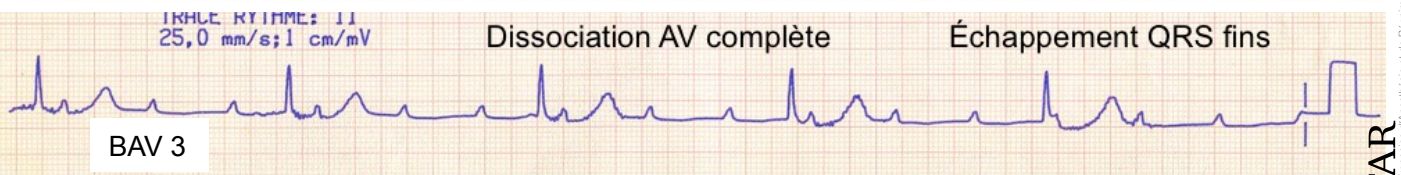
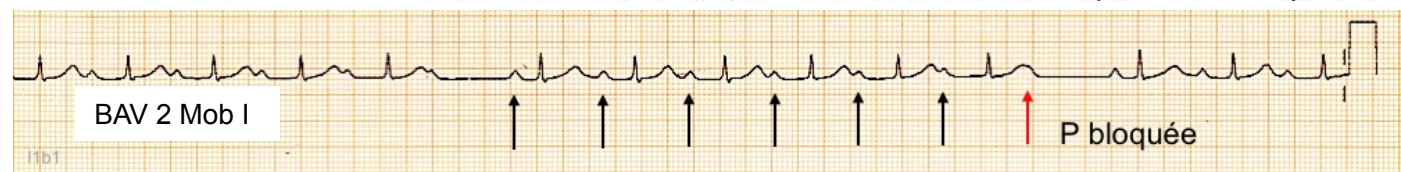
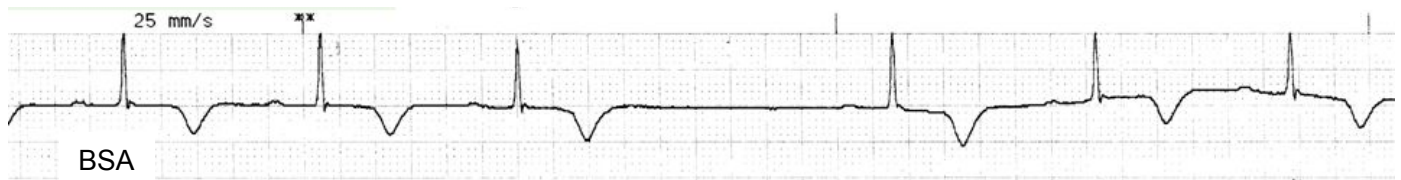
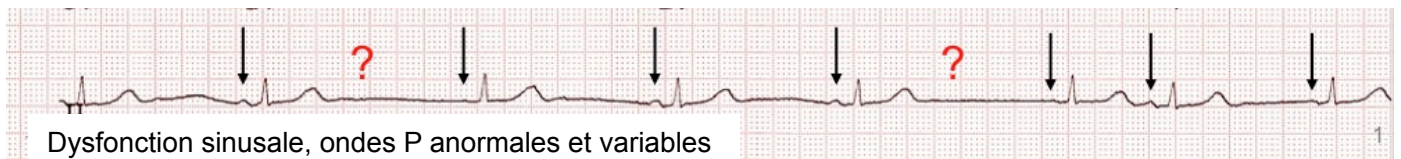
SI INEFFICACE

- SONDE D'ENTRAÎNEMENT ÉLECTROSISTOLIQUE INTERNE**, par voie veineuse centrale
- AVIS EXPERT

RECHERCHER CAUSES avec traitement spécifique

- Métaboliques (hyperK, hypoglycémie)
- SCA (surtout IDM inférieur)
- Intoxication: digitaliques (AcAntiFAB), quinidiniques, stabilisants de membrane, Anesthésiques locaux (cf AC), Glucagon si intoxication aux B bloquants et inhibiteurs calciques,
- Iatrogène: médicaments
- Hypoxémie brutale (cf AC désaturation)
- Hypovolémie extrême
- HTIC / engagement (Osmothérapie, hyperventilation à discuter)

P= QRS	Pas d'onde P		P plus fréquent que QRS	
Atteinte sinusale	QRS irréguliers	QRS réguliers	BAV 2 Ondes P bloquées	BAV 3 Dissociation P / QRS (RR régulier)
	FA lente	BSA	PR croissant, RR irréguliers: Mobitz I (bloc nodal)	
			PR constant: Mobitz II: bloc infra nodal	



Références: ERC Guidelines 2015. <http://www.corguidelines.eu/>. J. Soar et al. / Resuscitation 95 (2015) 100–147. / Mégarbane B Réanimation 2009;18:428-38

Réalisée en 2018 par le CAMR Validation CAMR & Comité Réanimation 2018

ANNEXE VI

ENTRETIEN IDE N°1 – CHU

Gwenvaël : **Est ce que tu peux te présenter ?**

IDE : Alors moi, je m'appelle M, je vais avoir 35 ans cette année, je suis diplômée infirmière depuis juillet 2017. J'ai un parcours d'aide soignante. C'est pour ça que ça fait à peine deux ans et demi que je suis IDE. Je travaillais déjà sur le CHU en tant qu'aide soignante, donc je connais bien le centre hospitalier. Et puis là, je suis dans le service de chirurgie cardiaque depuis septembre 2017. L'été qui a suivi le diplôme, j'ai fais du pool un peu partout sur le CHU. Donc depuis, je suis vraiment en chirurgie cardiaque.

Gwenvaël : D'accord. Donc ma première question est : **Que diriez-vous du jugement clinique infirmier ?**

IDE : Je trouve qu'il a une place importante quand même dans la profession. Ce qu'il ne faut pas oublier que, hormis les aides-soignantes, c'est nous les infirmières et infirmiers qui sont au plus près des patients. Donc, ça fait partie de notre rôle aussi de se positionner et de donner un peu notre ressenti sur l'état de santé de la personne, sur son vécu, sur son environnement familial, son environnement social, etc. C'est nous qui pouvons rapporter un petit peu tous les éléments auprès de l'équipe médicale qui a peut-être moins le temps de discuter avec les gens. Sinon, des fois, c'est un peu juste, on essaye quand même de creuser certaines situations, quand se sont des situations un peu difficiles pour justement être le porte parole. Moi, en tout cas, être un peu le porte parole... la porte parole des patients auprès des médecins. Notre jugement, ils se forgent au fur à mesure de notre expérience aussi, je pense.

Gwenvaël : ***Et quelle différence faites vous avec le raisonnement clinique du coup ?***

IDE : Alors, ça va remonter aux cours (rires) ... le jugement ou le raisonnement clinique et s'il y a une différence, c'est ça que tu veux savoir ?

Je pense que le raisonnement clinique ; je me trompe peut être, mais si tu veux, on va faire des liens. Pour moi, le raisonnement clinique, c'est quelque chose d'un peu construit, de recherché.

On fait des liens entre les différents problèmes de santé de la personne. Du coup, c'est ce qui peut amener le patient à être moins bien ou bien aussi en fonction de son état de santé. Donc on va voir peut être tout un cheminement derrière pour justement essayer de raisonner et essayer de travailler et de faire les soins appropriés.

Après le jugement clinique, je pense qu'on peut le faire comme ça d'emblée, en voyant une personne, peut être voir son état. D'emblée, j'ai jusqu'à ce matin une dame que je ne connaissais pas, que j'ai pris en charge, d'emblée en la voyant dans sa chambre, je me suis dit « Ah, cette dame par contre, il y a beaucoup de soins, elle n'est pas bien, il y a une grosse prise en charge derrière » et effectivement, après, on s'approche un petit peu de la patiente.

Et puis là, oui, on soulève un peu les bras, les trucs et on voit au plus près tous les soins qu'on va devoir mettre en place. Je pense que ça fait partie du raisonnement. En voilà une autre prise en charge et des soins qu'on va mettre en place. Mais les deux vont ensemble. Les deux sont très proches, en fait. Je pense que raisonnement et le jugement, tu ne peux pas faire l'un sans l'autre, peut être. Je ne sais pas.

Gwenvael : En effet les définitions sont assez similaires et « étroites ». **Quels éléments vous permettent d'établir votre jugement clinique auprès d'un patient ?**

Quels éléments ? Son état général déjà. Comme je l'es dit déjà un petit peu tout à l'heure son environnement social, quand on creuse un peu avec les gens, l'environnement familial peut être aussi le parcours de vie, l'état de santé. Ici, on est en chirurgie cardiaque. Donc c'est vrai qu'on n'a pas les gros soucis de santé en soi puisque les gens viennent se faire opérer. Et puis, ça se passe bien pour qu'ils rentrent chez eux ensuite. Par contre, quand on a des patients greffés, effectivement, c'est important aussi de prendre en compte le contexte de la prise en charge médicale, soit en urgence ou soit programmé, finalement, nos interventions chirurgicales sont programmées, mais des fois on a des patients qui peuvent être greffés ou mis sous assistance cardiaque, à cela va être plutôt dans le domaine de l'urgence, tout un contexte d'urgence. Des fois, c'est vrai qu'il faut prendre ça en compte, en fait, je pense. Voilà, les paramètres, bien sûr. La personne. Son état au jour le jour, ça se peaufine un jugement clinique.

Gwenvael : *Et quand vous procédez du recueil de données auprès du patient, qui sont plutôt des entretiens cliniques, examens cliniques, l'observation clinique ?*

Du coup, comme en chirurgie, comme je te disais, les chirurgies sont programmées en règle générale ici. Donc, d'abord, quand le patient arrive en faire un entretien d'accueil. Donc, déjà, au préalable, Dans DxCare, dans le logiciel, on a une macrocible d'entrée qui est pré-faite, si je puis dire, par nos collègues de nuit, qui déjà rentre en fonction du dossier médical papier qu'elles ont pu voir, rentrent déjà des antécédents de la personne. Si la personne vit seule ou est mariée, s'il a des enfants, etc. Donc moi, ce que je fais, c'est que je prends ça déjà en compte avant d'aller chercher le patient en salle d'attente pour m'entretenir avec lui. Et puis après, au cours de l'entretien, généralement, on discute un peu de la prise en charge ou de l'hospitalisation. Comment ça va se passer? Souvent, ils sont accompagnés soit par la femme, soit par une/un ami.e, soit par un enfant, donc, au fur à mesure de la discussion, ça se fait. Il y a des gens qui vont se livrer assez facilement, de leur environnement. J'ai envie de dire le recueil de données commence là. Tu-vois ? Après les gens qui sont un peu plus réservés. Donc bon, on sait qu'ils vont se faire opérer le lendemain. Ils sont aussi dans un contexte anxiogène. Ils sont stressés souvent pour la plupart. Du coup, ça se fait après, au décours de l'hospitalisation. Et bien souvent, je revendique un petit peu mon ancien poste d'aide soignante. Mais bien souvent, c'est les aides soignantes qui peuvent aussi vous rapporter pas mal d'infos sur le contexte familial, environnemental, social des gens. Vraiment ! Parce que quand elles font leurs soins de nursing, elles sont au plus près d'eux et celles qui passent le plus de temps encore à côté de quoi par rapport à nous infirmière.

Gwennaël : **Avez-vous déjà rencontré votre expérience professionnelle, en tant qu'infirmière, une situation d'urgence ou l'aggravation brutale de l'état de santé d'un patient ?**

IDE : Oui, plusieurs fois oui. En tant qu'infirmière, j'en ai eu ici en chirurgie cardiaque. Tu veux que je te décrive les situations ?

Gwennaël : Et bien du coup la question qui en découle c'est : **De quelle manière avez vous élaboré votre jugement clinique en urgence ? Est-ce qu'il a été différent d'une situation de soin plus classique?**

IDE : Oui, parce que tout de suite, nous en plus patient. Je pense à un patient, notamment, qui était greffé depuis quelque temps qu'on avait chez nous, parce que des fois, il y a des

défaillances aussi sur les greffons. Donc, du coup, il était revenu chez nous pour des tachycardies ventriculaires. Donc, on l'avait mis en surveillance sous une télémétrie. En faite, une télémétrie, c'est comme un petit scope portable. Ils sont branchés avec cinq électrodes reliées à un petit boîtier et nous ce petit boîtier ... Pour eux, c'est bien, parce que cela ne les empêchent pas de se déplacer, dans la chambre ou dans le service et ils sont reliés sur l'écran principal. Dès qu'il y a un problème au niveau du rythme cardiaque, il y a des alarmes. Effectivement, ce monsieur, je suis arrivé de matin ce jour là. Mon collègue de nuit me dit nous a fait pas mal de TV dans la nuit, tachycardie ventriculaire, et donc se fait prendre en charge. C'est vrai que ça peut amener à un arrêt cardiaque et c'est un monsieur qui prenait un peu son état de santé comme ça, à la cool. Il était un peu contre les décisions médicales, un peu contre les soins que l'on pouvait lui apporter. Il prenait ça un peu à la légère. Et puis, cette nuit là, il s'est fait peur. Il avait même, je me rappelle, demandé aux collègues de nuit de laisser la porte ouverte. Et moi, le matin, je suis arrivé et il a refait des épisodes de TV. Donc là, d'emblée, on le voit, je l'ai vu direct. Ça sonnait. D'une dans la télémétrie parce qu'il était scopé ce monsieur. Mais de deux, quand on a été le voir dans sa chambre, on a vu dans son regard. Là je ne l'ai pas reconnu, quoi, si tu veux, c'était un monsieur comme je dis, qui prenait ça à la légère. Et là, non ! Il nous a regardé direct dans son regard. J'ai vu qu'il n'était pas bien. En gros, il me disait Il y a quelque chose. Peut être pas « Je vais mourir ». Mais tout de suite, on a senti et lui aussi le ressentait au niveau de son cœur. Ben voilà, téléphone, allo, le médecin, l'anesthésiste de garde. Tout le monde monte. Et puis on l'a descendu en salle de réveil, je me rappelle pour qu'il soit choqué, pour avoir un choc électrique externe. Et puis voilà. Parce que lui était conscient. Donc, c'est vrai que tout de suite, sur son faciès, on a pu voir que ça n'allait pas parce qu'on avait quand même un matériel de surveillance.

Gwenvaël : *Et est ce que du coup vous avez un peu plus de réflexes, d'anticipation, et ca fait part à plus d'intuition qu'une situation de soin classique ?*

IDE : C'est-à-dire ?

Gwenvaël : *Quand vous raisonnez, est ce que vous anticipez plus vos gestes ? Votre conduite à tenir ?*

IDE : En situation d'urgence ? Je pense qu'on anticipe un petit peu, peut être, avant que le médecin arrive. Chez un patient qui est en situation d'urgence, qui n'est pas perfusé. Premier truc qu'on va appeler médecin en direct. On va aller poser une perfusion. Ne va pas attendre que le médecin arrive, d'emblée, c'est un truc qu'on va faire. Il nous faut une voie veineuse de toute façon pour pouvoir agir. On va approcher charriot d'urgence. Il y a des choses qu'on va pouvoir anticiper. Après dans les situations d'urgence proprement dites où on a besoin de réanimer et de masser, etc. Moi, je n'ai pas vécu encore ce genre de situation, mais je pense que de toute façon, il y a des automatismes qui vont se faire. On ne va pas attendre que le médecin arrive. Après tout ce qui est dans l'administration de drogues, etc, là, il nous faut quand même aussi les prescriptions orales des médecins. Ça ne fait pas partie de notre rôle propre, d'aller dire « allez on lui passe de l'adré, de la dobu ». Mais bon, il y a des gestes, oui, quand même qu'on peut faire sans que les médecins soient là. Des fois les aides-soignantes massent si besoin. Les médecins sont là mêmes.

Gwenvaël : **Est-ce que vous avez les outils disponibles pour vous aider, comme des protocoles ou des arbres décisionnels ?**

IDE : D'urgence surtout ? Pour les protocoles, pas vraiment. Sauf, bah oui, on a les numéros qui sont bien affichés dans notre salle de soin, les numéros d'urgences style l'anesthésiste de garde, le chirurgien de garde, l'interne de chirurgie de garde, etc. Et après les protocoles c'est posé une voie veineuse d'emblée, si le médecin n'est pas arrivé. Ce n'est pas vraiment protocolaire. C'est plus dans la façon de faire, on n'a pas de protocole écrit à ma connaissance. Peut être, tu vois, on a tout un classeur : situation d'urgence, après, j'avoue que j'ai jamais été cherché à l'intérieur, voir s'il y avait des protocoles.

Gwenvaël : Et donc, du coup, la dernière question : **quels sont les paramètres pouvant influencer de manière positive ou négative votre jugement clinique au quotidien et dans sa prise de décision ?**

IDE : Votre positionnement après face à l'équipe?

Gwenvaël : *Ce qui peut influencer votre expérience, votre confiance en soi dans des situations ?*

IDE : Bah moi je sais que pour me faire un jugement clinique, comme je le disais, ça ne fait pas très longtemps que je suis infirmière. Après deux ans et demi bientôt, je m'appuie beaucoup aussi sur mon expérience en tant qu'aide soignante où j'ai été aide soignante pendant sept ans, auparavant. J'ai fait une diversité de services, qui me permettent d'avoir vu plein de choses et plein de disciplines, plein de spécialités, notamment des stages en réanimation chirurgicale, dans des gros contextes d'urgence, etc.

C'est vrai que oui, j'ai un panel d'expérience quand même. C'est sûr, ce n'était pas des soins infirmiers, mais déjà le contexte du patient, toute la sphère familiale, l'environnemental, tout ça, d'emblée, c'est un truc qu'on ressent, en fait. Et on s'appuie, oui, vraiment, je m'appuie sur mon expérience par rapport à ça. Après les points négatifs, peut être pour un jugement clinique en tant qu'infirmière aujourd'hui, j'ai envie de dire, à l'heure actuelle c'est mon manque d'expérience. Bon, malgré cela, ça fait pareil, presque deux ans et demi que je suis sur le service. Maintenant, l'expérience elle est mieux, elle se fait, même si j'en apprend encore tous les jours. Mais oui, c'est mon manque d'expérience en tant qu'infirmière encore, qui peut des fois me défavoriser pour pouvoir poser un jugement clinique sur certaines situations. C'est vrai que, quand je vois mes collègues qui ont de la bouteille, tout de suite, pof pof pof, les automatismes se font. Moi aussi ils se font, mais c'est vrai qu'après je dis bah oui, il me faut, encore un petit laps de temps malgré, qui s'améliore de jour en jour, parce que l'expérience se forge.

Gwenvaël : *est ce que vous pensez que les émotions peuvent impacter le jugement clinique ?*

Peut-être oui, oui ! C'est vrai que ... je vais être moins, comment dire, objective sur un patient qui va d'emblé ... alors je ne dis pas que les patients ne doivent pas se plaindre, c'est pas ça mais, se plaindre dans le sens où le moindre petit truc, ne concernant pas forcément son état de santé, ça va être tout un problème parce que ça va engendrer derrière des grandes discussions, des patients qui sont des fois dans les refus de soins, les choses comme ça. Oui, suivant la charge de travail qu'on peut avoir, la fatigue du moment, etc. Peut être que oui, le jugement clinique sera peut être moins objectif, qu'un patient qui est conciliant et observant et agréable. Parce que tous les patients ne sont pas agréables aussi, il faut le dire, malgré qu'ont essayent de l'être au maximum. Mais c'est vrai que des fois, selon l'état de fatigue, seulement la charge de travail, selon un jugement clinique qui va peut être un peu biaisé parce que j'aurais moins pris le temps, peut être, de discuter avec la personne, il sera moins objectif certainement.

Mais bon, après, c'est un truc qui se fait en équipe aussi. C'est un travail d'équipe puisque tu peux avoir toi, ton jugement et puis tes collègues vont apporter leur patte aussi et puis finalement, voilà tout le travail d'équipe qui prend tout ça.

Gwenvaël : Ok. Et bien j'ai pas mal de données, c'est très intéressant. L'entretien est terminé, merci beaucoup.

IDE : Je pense qu'il en aura peut être encore un peu plus demain, vu de ma collègue a plus d'expérience.

ANNEXE VII

ENTRETIEN IDE N°2 – CHU

Gwenvaël : **Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ?**

IDE : Je suis diplômée depuis 1989, ça fait 30 ans. Voilà, après ce que j'ai fait, un peu de privé et de maison de retraite, entre autres choses, comme ça. Puis de l'intérim ensuite, je suis arrivé sur le CHR. J'ai fait plein de services. En faite, en deux ans, j'ai fait de l'ORL, du digestif, de l'accueil et un peu neuro. Puis j'ai fini en neurochirurgie ou je suis resté quatre ans, en réa-neuro. Et après, je suis allé en soins intensifs qui était un service de chirurgie cardiaque, je suis resté deux ans et après, il a fallu choisir entre la réanimation et l'hospitalisation. Depuis, je suis en hospitalisation, ici, depuis 1998, cela va faire 20 ans.

Gwenvaël : Très bien. Ma première question est la suivante : **que diriez-vous du jugement clinique infirmier ?**

IDE : [silence] Je pense qu'il est important, surtout parce qu'on est auprès des patients. Il n'y a pas que nous. Il y a aussi les aides-soignantes qui ont leur part à dire en fait, parce que c'est elle aussi qui voit le patient, qui le suivent et qui voit son autonomie. Et donc, à chaque fois qu'il y a un changement ... de fatigue, de tonicité ou de somnolence, ou de choses comme ça, elles vont être les premières à le voir, puis venir nous voir et après nous, si on retrouve exactement la même chose. On peut s'inquiéter et aller vers le médecin en ce moment là.

Gwenvaël : D'accord et *quelle différence faites-vous du coup avec le raisonnement clinique ?*

IDE : « Je pense que les deux sont liés. C'est à partir des différents symptômes, enseignements cliniques qui vous permettent d'envisager des hypothèses. Tout est lié. Après, on peut avoir des impressions, avec rien à dire, juste un peu de feeling. Et puis dire lui n'est pas bien, mais on ne sait pas. Il y a des tensions qui sont normales, il n'est pas en sueurs. Il n'y a rien qui dit qu'il ne va pas bien, mais ça peut arriver qu'on se dise, « qu'on ne le sent pas » et à ce moment là, on va en parler au médecin. C'est plus, peut être, l'expérience qui va nous le faire dire. Et puis après, ce n'est pas à nous de prendre responsabilité des choses, ça devient médical. Le

médecin vient voir, ou ne vient pas voir, mais après ça, ça devient médical. On ne peut pas se permettre d'aller plus loin à part qu'on va le surveiller davantage. »

Gwenvaël : Et ma seconde question : **Quels éléments vous permettent d'établir votre jugement clinique auprès d'un patient ?**

C'est un faisceau d'éléments qui vont faire que vous allez vous alerter. En fait, nous la particularité du service, c'est le cœur. Du coup, comme complication essentielle, c'est ce qu'on appelle la tamponnade ou l'épanchement péricardique, qui comprime le cœur. Et donc, il y a plein de facteurs qui sont récurrents. Notamment, ça peut être un essoufflement, des œdèmes des membres inférieurs, ça peut être un malaise. Tous ces signes nous font penser à l'épanchement. C'est notre première question et c'est presque ... On vérifie du coup l'échographie en urgence et à ce moment là, s'il y a un épanchement, il est drainé ou pas. Mais bon, en général, s'il n'est pas bien, il va être drainé et c'est après qu'on va réfléchir à toutes autres solutions.

Quand il n'y a pas de signes, pas encore. Il n'y a pas d'AVC avec des signes neurologiques, on n'a aucune raison, après, quand un patient ne va pas bien, vu que c'est une chirurgie cardiaque, on va penser principalement à ça puisque dans 90% des cas, c'est un épanchement péricardique. Nous, on reste focalisé là dessus. Après, on va chercher toutes les autres raisons, mais c'est notre première intention. Même si les signes peuvent être « bâtards », ça peut être de la fièvre. Ça peut juste être des choses comme ça qui ne vont pas être typique d'un épanchement péricardite.

Gwenvaël : D'accord. **Alors, avez vous déjà rencontré dans votre expérience professionnelle, du coup, une situation d'urgence, comme l'aggravation brutale de l'état de santé d'un malade ?**

IDE : Oui pas mal durant ma carrière.

Gwenvaël : Et donc, du coup, **de quelle manière avez vous élaboré votre jugement ?** *Dans ces situations d'urgence, si vous deviez le comparer à un jugement clinique dans une situation de soins plus classique? Est ce que pour vous, il y a des choses qui sont différentes dans votre jugement ?*

IDE : [silence]

Gwenvaël : Par exemple, tout ce que vous faites appelle à de l'anticipation, du réflexe, un peu d'intuition ?

IDE : Ah Oui ! Je pense qu'il y a toujours un peu d'anticipation, c'est à dire que, je sais que, je ne vais pas ...Je m'organise de façon à ce que L'expérience fait que ces situations arrivent et elles ne sont pas prévisibles la plupart du temps. Donc, du coup, le plus simple, c'est de faire le travail qui est demandé régulièrement, de façon avec une bonne organisation, de façon à laisser du temps, s'il y a des soucis comme ça qui arrive, parce que là, vous avez des soucis avec un patient, il vous prend tout votre temps. Quand il n'y a pas de raison, quand il n'y a pas un patient qui est plus grave à un moment donné...

S'il est grave, on va aller le voir en premier. Mais s'il n'est pas, s'il n'y a aucun patient en grave, sur le moment, c'est notre travail de façon. Mais assez rapidement, on ne va pas rester causer avec les gens. Forcément, ça dépend de leur demande. Mais la plupart du temps, on favorise d'abord les soins qui sont quotidiens, qui sont prévus, qui sont prescrits. Tout ça. Et puis après, pour avoir toujours cette petite marge ridicule mais cette petite marge qui me permet de passer un peu plus de temps avec certains patients quand ça ne va pas.

Mais après, ça va se faire. C'est difficile à dire qui est ce qui va s'aggraver et qui ne va pas s'aggraver. On a toujours, je pense, un œil sur ce qu'on trouve bizarre, mais c'est l'expérience qui va nous dire qu'ils sont bizarres parce que ça m'est arrivée de voir des patients et me dire celui là, il ne va pas bien. Et pourtant, plein de monde étaient passés avant et ils n'avaient pas relevé quoi que ce soit.

.

Donc, je pense qu'il y a de l'expérience qui joue au bout d'un moment et qui se met du coup qui vous met en alerte. Mais parce que, peut être effectivement, les constantes, c'était normal que le patient paraissait fatigué mais c'était tout bon. Moi, j'avais l'occasion de le voir avant et je me suis dit il n'est plus du tout pareil que deux jours précédents, donc ça m'a permis de dire non. Il faut qu'on fasse quelque chose. Là, effectivement, il tamponnait, mais pourtant, le médecin l'avait vu, les aides soignantes, mes collègues. Je suis arrivé dans le secteur qui n'était même pas destiné. Normalement, je n'avais aucune raison de passer par là et pourtant, le patient était en train de s'aggraver.

Ça prouve que c'est bien l'expérience qui joue là dessus parce que c'est surtout si ce n'est pas forcément nous. Ça s'est trouvé ce jour là que c'était nous. Mais quand il y a une AS qui vient vous dire « je ne le sens pas » « il n'est pas bien et tout » et bien faut pas hésiter à aller le voir parce que peut être, elle connaît peut être mieux le patient et elle va mieux juger. Les gens qui sont là depuis 20 ans, ils ont un sixième sens

Gwenvaël : Est-ce que vous avez les outils disponibles pour vous aider, comme des protocoles ou des arbres décisionnels ?

IDE : [silence] des outils ?

Gwenvaël : Oui c'est ça, des outils ou autres éléments qui peuvent vous aider ou vous accompagner dans l'élaboration de votre jugement clinique et dans votre prise de décision.

IDE : Et bien ... Nous avons le dossier médical du patient ... nous pouvons chercher des données importantes pour sa prise en charge.

Gwenvaël : et si vous rencontrez une situation d'urgence ... quels outils avez-vous à votre disposition ?

IDE : Il existe des protocoles pour les urgences ... dans le service ils doivent être dans un classeur. Ensuite ... pour nous aider ... nous avons les numéros des médecins ou internes de garde. Ca c'est important ! Il faut qu'ils soient faciles d'accès. Mais je pense qu'il y aussi nos recherches personnels, sur des pathologies ou des manières de prendre en charge un patient en fonction des problèmes de santé ... que l'on peut trouver dans les livres ou sur internet [rires].

Gwenvaël : La question qui en découle par la suite : **Quels sont les paramètres qui peuvent influencer de manière positive ou négative le jugement clinique ?** *Donc vous m'avez parlé de l'expérience, mais est ce que vous avez d'autres paramètres, ça peut tout aussi bien les émotions, votre confiance en soi. Est-ce qu'il y a d'autres choses qui peuvent influencer ce jugement ?*

IDE : Je pense que oui, ça peut jouer et que ça fait longtemps que je travaille là. C'est sûr que ça va jouer parce qu'en même temps, je peux passer aussi à côté de plein de choses. Je ne suis pas fiable à 100%. Parce que les gens ne vont pas manifester de la même façon les mêmes causes. Donc, si tout le monde a les mêmes symptômes exactement pareil, et peut être que ça serait plus simple. C'est un peu comme les médicaments. Certains vont prendre, ils vont dire ça va mieux et les autres ont dit non, ce n'est pas satisfaisant. Donc, je pense que ... c'est un plus difficile de dire s'il y a d'autres paramètres personnels, c'est ça ?

Gwenvaël : Oui c'est ça personnel.

IDE : Mais bon, c'est vrai qu'il y a sûrement ... Ça élimine énormément ... la confiance en soi, elle vient quand même parce que sinon on ne resterait pas là. Je pense que je changerais de métier si on n'avait pas assez confiance en soi, mais ça me permet plutôt de relativiser quand il n'y a pas urgence en se disant je pense que ça va s'arranger. Voilà. Donc ça nous permet d'avoir plutôt un diagnostic positif dans ces cas là. Bon, c'est grave ou alors il y a des choses qui sont importantes quand les gens commencent à avoir de la température : Est ce que c'est vital ou est ce que c'est peut être une petite infection et que nous, on en a vu tellement, que l'on se dit alors « on va mettre quelques traitements en cours et puis ça va être résolu d'ici 2 jours. ». Ça nous permet plutôt de relativiser et de cerner plus précisément ce qui nous paraît super urgent. Et du coup, avertir que quand il y a vraiment un faisceau d'indices qui peuvent faire penser que là et en général, on le voit bien parce que, quand certains médecins qui disent bon, quand une infirmière t'appelle pour ça, ils ont l'habitude de ne pas être appeler tout le temps et bien ils vont venir parce qu'ils se disent c'est quelque chose qui ne va pas. C'est une certaine confiance qui s'instaure pour nous, mais aussi avec les équipes médicales. Une confiance qui fait que, du coup, on va tous dans le même sens et que si ont les alertes, ils vont faire l'effort de venir. On est bien placé ici au niveau médical. Les médecins, ça se passe assez bien quoi.

Gwenvaël : *Et vos émotions à vous, est ce que vous pensez que cela peut influencer au quotidien votre jugement ?*

IDE : Oui, je pense que si on n'est pas bien dans ses baskets, je pense que oui, effectivement, ça pourrait influencer. Actuellement, ça va, donc je n'ai pas trop de souci. Mais je pense

qu'effectivement, Si j'avais des soucis personnels, je ne suis pas sûr que je sois aussi vigilante et aussi percutante.

Je me rappelle qu'à une époque, quand j'étais enceinte, je n'étais pas à la fin, j'avais un gros ventre et j'avais du mal et je me disais pourvu que ça ne tombe pas dessus parce que là, je n'étais pas sûr d'être à cent pour cent. Quand vos collègues commencent à vous aider à faire des choses vous vous dites bon ... il est peut être temps que je prenne mon congé maternité. [Rires]. Donc effectivement, je pense pour d'autres personnes qui seraient malades ou qui ont des soucis familiaux, je pense que c'est évident, on est humains, donc je pense qu'on n'est pas aussi fiable que ça va

Gwenvael : Et bien écouter vous avez répondu à toutes mes questions, l'entretien terminé. Je vous remercie du coup d'avoir accepté de répondre à mes questions.

En « Off » l'infirmière est revenue sur quelques questions, je regrette d'avoir coupé le micro si vite. J'ai donc pris des notes écrites.

L'infirmière explique que lors de l'aggravation de l'état de santé d'un patient, après avoir téléphoné aux médecins, elle essaye d'anticiper l'avenir du patient en essayant d'anticiper les dégradations possibles. Ainsi elle rapproche le chariot d'urgence, récolte des données cliniques et paraclinique qui sont des réflexes « Je n'ai pas besoin de réfléchir à pourquoi je fais les choses, c'est instinctif ». Elle essaye de réfléchir de manière organisée et d'anticipée.

NOM : LE LIEVRE

PRENOM : Gwenvaël

TITRE : Le jugement clinique infirmier

This work of research takes its roots in situations encountered when nurses' clinical judgment was required. As an intern or during professional experiences, I have been astounded by the professionals' capacity to analyse a complex care situation, even sometimes in life-threatening emergency cases, and their capacity to act on it, taking the right decision. Thus, I have built my first question: To what extent does the mobilization of nurses' clinical judgment guide decision-making when a patient's health condition worsens? In this research subject, I am working on the construction and mobilization of the clinical judgment of nurses during the worsening of a patient's state of health and on the elements that can influence or impact clinical judgment. I also completed this research by noting the differences with nurses' clinical judgment during emergencies. The association of ideas from authors and professionals allowed me to understand that nurses' clinical judgment is initiated from the patient, being actor of his care, then it is supplemented by notions inherent to the nurse's knowledge, reasoning skills but also to his self-confidence and his experience... A nurse clinical judgment in an emergency situation leads the professional to adapt and think forward.

MOTS CLES : NURSE'S CLINICAL JUDGEMENT – REASONING - QUESTIONING – DECISION-MAKING – CRITICAL THINKING

Ce travail de recherche fait suite à des situations rencontrées relevant du jugement clinique infirmier. Dans ma pratique professionnelle ou durant mes stages, j'ai été interpellé par la capacité des professionnelles à pouvoir analyser une situation de soin complexe, relevant parfois de l'urgence vitale et leur capacité à pouvoir agir et prendre une décision adaptée. Ainsi, j'ai construit ma question de départ : Dans quelle mesure la mobilisation d'un jugement clinique infirmier oriente-t-elle une prise de décision lors de l'aggravation de l'état de santé d'un patient ? Dans ce sujet de recherche je travaille sur la construction et la mobilisation du jugement clinique des infirmiers lors de l'aggravation de l'état de santé d'un patient et sur les éléments pouvant influencer ou impacter le jugement clinique. J'ai également complété cette recherche en relevant les différences avec le jugement clinique infirmier en urgence. L'association d'idées entre les auteurs et les professionnels m'a permis de comprendre que le jugement clinique infirmier est initié à partir du patient, acteur de sa prise en soin, puis il est complété par des notions inhérentes à l'infirmier comme ses connaissances, sa capacité de raisonnement mais également sa confiance en soi et son expérience ... Le jugement clinique infirmier dans une situation d'urgence conduit le professionnel à s'adapter et raisonner de façon anticipé.

MOTS CLES : JUGEMENT CLINIQUE INFIRMIER – RAISONNEMENT – QUESTIONNEMENT - PRISE DE DECISION – ESPRIT CRITIQUE