



Article professionnel

Article

2014

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Le raisonnement clinique de l'infirmière

Audetat Voirol, Marie-Claude; Chapados, C; Laurin, Suzanne

How to cite

AUDETAT VOIROL, Marie-Claude, CHAPADOS, C, LAURIN, Suzanne. Le raisonnement clinique de l'infirmière. In: Perspective infirmière, 2014, vol. 11, n° 1, p. 37–40.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:88607>

Le raisonnement clinique de l'infirmière

L'évaluation de l'état de santé d'un client nécessite un processus d'analyse appelé raisonnement clinique. Cet article s'appuie sur une recension de la littérature pour clarifier le concept du raisonnement clinique infirmier.

Par **Claire Chapados**, inf., Ph.D., **Marie-Claude Audétat**, Ph.D., et **Suzanne Laurin**, M.D.



Que fait une infirmière qui voit un client pour la première fois et constate que sa tension artérielle est élevée ? Elle doit se poser plusieurs questions : s'agit-il d'hypertension artérielle ou d'une élévation temporaire provoquée par le stress ou par un autre problème de santé ? Y a-t-il des risques ?

Un client souffrant de rectorragie se présente à l'urgence. L'infirmière au triage vérifie ses signes vitaux et ne relève aucune anomalie. Doit-elle simplement appliquer les principes de l'Échelle canadienne de triage et de gravité pour décider de la priorité médicale à accorder à ce client ?

Le raisonnement clinique, sa compréhension, son enseignement et son évaluation suscitent beaucoup d'intérêt chez les professionnels de la santé. Il est à la base de toutes les décisions et les interventions de l'infirmière. Il

est motivé par l'évaluation de l'état de santé de son client basée sur des indices, des symptômes et des signes.

Par ailleurs, la complexification des problèmes de santé, la réduction des durées de séjour dans les centres

hospitaliers et la multiplication des protocoles de soins obligent les infirmières à faire « plus en moins de temps », ce qui n'encourage ni ne facilite le raisonnement clinique (Berkow et al., 2011).

Christine A. Tanner propose un modèle de prise de décision clinique qui comprend quatre étapes : le constat, l'interprétation, la réaction et la réflexion.

Au cours de l'évaluation de la situation clinique du client, lorsque le raisonnement progresse grâce aux données obtenues, l'infirmière doit, pour obtenir les renseignements nécessaires, poser les bonnes questions, utiliser d'autres formulations pour faire préciser une réponse imprécise, être vigilante par rapport aux indices non verbaux ou aux signes de détérioration du client et adapter ses gestes techniques aux particularités physiques et personnelles du client.

Pour définir le raisonnement clinique, de nombreux auteurs se sont intéressés aux diverses stratégies utilisées par les professionnels de la santé (Higgs et Jones, 2008). Des écoles de pensée issues de la psychologie cognitive, de la recherche sur le raisonnement des cliniciens dits « experts » et de l'analyse des erreurs de raisonnement abordent la question selon différentes approches en permettant ainsi d'aborder les multiples facettes du raisonnement clinique.

Notons que la littérature scientifique en soins infirmiers utilise plusieurs termes. Ainsi, les expressions « jugement clinique, résolution de problèmes, processus décisionnel et pensée critique ont tendance à être utilisées de façon interchangeable » (Tanner, 2006), ce qui ne favorise pas la compréhension des concepts.

Les perspectives proposées dans cet article soulignent la notion de reconnaissance d'un problème de santé

possible et l'influence du contexte et de l'expérience dans le raisonnement clinique de l'infirmière. Elles mettent également en évidence la pertinence de la relation de collaboration avec le client, de même que l'importance de l'acquisition de l'expertise et de la réflexion pour enrichir le raisonnement clinique.

Selon les auteurs

Pour Tanner (2006), le raisonnement clinique est le « processus par lequel les infirmières et les autres cliniciens portent des jugements. Ceci comprend le processus de formulation d'hypothèses, la confrontation des hypothèses aux données probantes et le choix de celle qui est la plus appropriée. Il comprend aussi les modes de raisonnement dits pratiques (le *pattern recognition* et l'intuition entre autres) ». Cette auteure propose un modèle de prise de décision clinique qui comprend quatre étapes : le constat, l'interprétation, la réaction et la réflexion. Elle estime que la démarche initiale du raisonnement est influencée par le contexte, l'expérience personnelle et professionnelle de l'infirmière, ainsi que par sa relation avec le client.

Gordon *et al.* (1994) considèrent le raisonnement des infirmières comme une forme de jugement clinique qui se développe en six étapes : la rencontre du client, la collecte de renseignements cliniques, la formulation d'hypothèses diagnostiques, la recherche d'information supplémentaire pour confirmer ou infirmer les hypothèses et enfin, la décision diagnostique et le plan d'intervention.

Phaneuf (2008) postule que le « jugement clinique est 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 ».

Pour Fonteyn et Ritter (2008), le raisonnement clinique des infirmières peut être défini comme les processus cognitifs et les stratégies utilisées pour comprendre la signification des problèmes de santé des clients, prendre des décisions cliniques éclairées, résoudre des problèmes et obtenir les résultats attendus.

Edwards et Jones (2007) enrichissent le concept en proposant un modèle de raisonnement clinique orienté sur la collaboration soignant-soigné, pour une meilleure compréhension des liens entre les connaissances biomédicales, personnelles, sociales et environnementales.

Dans le même ordre d'idées, selon Tanner (2006), les bons jugements cliniques dans les soins exigent non seulement la compréhension de la physiopathologie et des aspects diagnostiques de la maladie, mais aussi celle de l'expérience de la maladie tant pour le client que pour sa famille, de leurs forces physiques, sociales, émotionnelles, ainsi que de leurs ressources d'adaptation. Tanner nomme « construction narrative » (traduction libre de *narrative thinking*) cette composante du raisonnement clinique qui cherche à comprendre l'expérience de la maladie que vit le client, comment il l'explique et comment il fait face à la situation, en construisant un récit qui permet de se faire un portrait de cette personne.

Tableau 1 Compétences nécessaires aux diverses étapes de la prise de décision

Le *Nursing Executive Center* propose une liste de compétences que les infirmières doivent maîtriser pour réussir chacune des étapes de la prise de décision. Ces étapes sont :

1. La reconnaissance du problème qui comprend l'anticipation et la reconnaissance des signes de détérioration.
2. La prise de décision clinique, dont la formulation d'hypothèses, la prise en compte des impacts possibles de la décision et l'intégration des principes directeurs des protocoles.
3. La priorisation, entre autres l'urgence, la séquence des soins et le partage des tâches.
4. L'application clinique, soit la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) ou d'un plan thérapeutique infirmier (PTI) scientifiquement rigoureux qui réponde aux besoins du client et de la communauté.
5. La réflexion qui prévoit la remise en question des pratiques, l'application des nouvelles connaissances, le retour sur les « erreurs » et le partage des expériences.

Source : Berkow *et al.*, 2011.

La définition que nous avons adoptée est celle de Harris (1993), selon laquelle le raisonnement clinique est « les processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les mesures les plus appropriées dans un contexte précis de résolution de problèmes » parce que cette définition s'applique aux raisonnements des divers professionnels de la santé et qu'elle nous permet d'aborder le processus cognitif du raisonnement clinique.

Raisonnement clinique et connaissances

Selon les théories généralement acceptées, la plainte ou le problème de santé d'un client suscitent chez le clinicien la formulation d'hypothèses pour tenter d'expliquer ce qui se passe. Ces hypothèses peuvent lui venir à l'esprit de deux manières :

1. **Automatique**, aussi appelée *intuition* dans la littérature sur le raisonnement clinique infirmier (Tanner, 2006), parce que le clinicien reconnaît une configuration caractéristique de signes (*pattern recognition*) ou une situation clinique qu'il a déjà vue.
2. **Analytique**, définie par un processus d'analyse du problème et par la vérification systématique des hypothèses à l'aide d'un recueil des données orienté.

Les deux méthodes sont associées ou utilisées successivement selon les situations. Dans les cas simples ou dans ceux où le clinicien a de l'expérience, le raisonnement non analytique prédomine. Notons qu'un clinicien rigoureux prendra la peine de vérifier son hypothèse principale. Devant un cas complexe ou une situation clinique nouvelle, le raisonnement analytique est prépondérant.

Pour émettre des hypothèses, il faut avoir des connaissances. Les auteurs qui s'intéressent au raisonnement clinique infirmier définissent trois types de connaissances :

1. **Les connaissances théoriques** basées sur les données scientifiques communes à tous les membres de la profession ;
2. **les connaissances issues de l'expérience** qui sont tributaires de l'exposition clinique et qui varient d'un groupe d'infirmières à l'autre ;
3. **les connaissances individuelles**, qui sont liées à la compréhension des personnes, de leurs valeurs, de leurs particularités (Tanner, 2006).

Plusieurs auteurs affirment qu'au-delà de la somme des connaissances, c'est l'organisation de ces connaissances qui permet un raisonnement clinique efficace et performant (Norman, 2006 ; Charlin, 2001 ; Elstein et Schwartz, 2000). Ainsi, pour une étudiante qui a acquis par sa formation des connaissances pertinentes, la confrontation à une situation clinique peut s'avérer difficile parce qu'elle nécessite une réorganisation de ses connaissances pour pouvoir les utiliser en contexte réel. À ce propos, Boshuizen (1996), évoquant ce moment de transition entre l'apprentissage théorique

Raisonnement clinique et erreurs

Une infirmière récemment embauchée fait un pansement avec mèche d'une plaie abdominale profonde. Elle constate que la mèche est trop courte. Elle coupe un autre bout de mèche qu'elle ajoute par-dessus.

Une infirmière persiste à vouloir achever sa collecte de données alors que son client nouvellement admis dans l'unité se plaint d'une douleur thoracique et n'est pas soulagé par la prise de nitroglycérine.

Comment expliquer ces erreurs ? S'agit-il d'un manque de connaissances ?

Une discussion avec ces infirmières permettrait de mieux comprendre leur cheminement. Il est possible qu'elles aient toutes les deux des connaissances théoriques adéquates, mais qu'elles n'aient pas réussi à les appliquer en situation réelle.

D'autres causes sont aussi probables, les auteurs (Audétat et al., 2011 ; Norman et Eva, 2010) postulent que les difficultés de raisonnement clinique ont plusieurs origines :

- Un manque de connaissances ou un défaut d'organisation ou d'intégration clinique de ses connaissances.
- Un problème d'attitude : une confiance excessive, une insécurité ou un malaise à aborder certaines questions.
- Un biais cognitif : des tendances, perceptions et croyances inappropriées qui influencent la prise de décisions et deviennent source d'erreurs.
- L'inexpérience : le peu de maîtrise d'une technique ou un manque de flexibilité dans l'analyse des données ; une difficulté à adapter dans un autre contexte une conduite apprise dans une circonstance différente.
- Des facteurs liés à la méconnaissance des processus de raisonnement clinique. Certaines étudiantes connaissent mal les stratégies efficaces du raisonnement clinique et ne savent pas utiliser les modèles analytiques en clinique. Elles procèdent à une collecte des données de façon mécanique sans tenir compte des indices qui devraient soulever de nouvelles hypothèses à vérifier.
- Des facteurs liés à la gestion de l'entrevue avec le client : une difficulté à gérer le processus, par exemple en présence d'un client qui se plaint de nombreux problèmes de santé.
- Des facteurs liés à la communication : ne pas savoir comment établir une relation de confiance avec le client et avoir de la difficulté à obtenir des informations déterminantes.
- Des facteurs liés à l'infirmière, au client et à leur dynamique relationnelle : par exemple, une infirmière intimidée par un client ou influencée par sa situation personnelle.

Tous les professionnels de la santé doivent développer une pratique réflexive pour comprendre les facteurs qui ont contribué à faire avancer ou dérailler leur raisonnement clinique. Cette réflexion, si elle conduit à une attention aux écueils éventuels du raisonnement et, mieux encore, à une amélioration de la pratique, fait de l'expérience clinique un facteur de développement de leur compétence.

et la confrontation à la réalité clinique, postule une sorte de crise et de discontinuité dans le processus de développement du raisonnement clinique, conduisant les étudiantes à ce qu'il n'hésite pas à nommer « la perte de leur innocence ».

C'est en faisant des liens entre les symptômes et signes cliniques et les connaissances théoriques, en intégrant notamment des éléments de prévalence, d'évolution habituelle des problèmes, de traitements, de réactions des clients aux problèmes, que les cliniciens structurent leurs connaissances pour qu'elles soient utilisables en clinique. Toutes ces connaissances, organisées et mobilisées pour l'action (décision ou intervention clinique) constituent ce que nous pouvons appeler des scripts de maladie (Charlin *et al.*, 2007, 2000).

Raisonnement clinique et compétences

« Être compétent, c'est être capable d'agir avec compétence dans une situation de travail. C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinaison appropriée de ressources (savoirs, savoir-faire, modes de raisonnement) » (Le Boterf, 2008).

Dans la pratique, la « capacité de penser » est un facteur critique fondamental (Fonteyn et Ritter, 2008), mais pour être performant en situation clinique, le raisonnement doit être soutenu par diverses compétences, telles que des compétences de communication (Windish *et al.*, 2005), de gestion des situations d'urgence, ou encore par des habiletés techniques.

La prise de décision clinique est donc multidimensionnelle (O'Neil *et al.*, 2005) et, au-delà de leurs connaissances, les infirmières ont besoin de compétences judicieuses et avancées pour comprendre les problèmes cliniques et prendre des décisions précises et efficaces afin de bien répondre aux besoins du client (voir Tableau 1).

Dans le contexte clinique et l'évolution actuels des rôles de l'infirmière, un raisonnement clinique rigoureux et efficace allié à une pensée réflexive sont essentiels à l'amélioration des pratiques et sont garants de l'excellence de la discipline infirmière et de la qualité des soins.

À la lumière des écrits sur le raisonnement clinique infirmier, il nous apparaît indispensable que le concept de raisonnement clinique et la compréhension des difficultés dans ce raisonnement soient autant d'aspects à intégrer, non seulement à la formation théorique et pratique, mais aussi à la planification d'activités de formation continue. ■

Bibliographie

- Audétat, M.C., S. Laurin et G. Sanche. « Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique : 1 - Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique », *Pédagogie médicale*, vol. 12, n° 4, nov. 2011, p. 223-229.
- Berkow, S., K. Virkstis, J. Stewart, S. Aronson et M. Donohue. « Assessing individual frontline nurse critical thinking », *Journal of Nursing Administration*, vol. 41, n° 4, avril 2011, p. 168-171.
- Boshuizen, H.P.A. « The shock of practice: the effects on clinical reasoning », *Annual Meeting of the American Educational Research Association*, 8 au 14 avril 1996, New York.
- Charlin, B., H.P. Boshuizen, E.J. Custers et P.J. Feltovich. « Scripts and clinical reasoning », *Medical Education*, vol. 41, n° 12, déc. 2007, p. 1178-1184.
- Charlin, B. « Le raisonnement clinique, quelques données issues de la recherche », *Pédagogie Médicale*, vol. 2, n° 1, 2001, p. 5.
- Charlin, B., J. Tardif et H.P. Boshuizen. « Scripts and medical diagnostic knowledge: theory and applications for clinical reasoning instruction and research », *Academic Medicine*, vol. 75, n° 2, fév. 2000, p. 182-190.
- Edwards, I. et M. Jones. « La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Compréhension et application par le raisonnement clinique », *Kinesither Review*, vol. 71, 2007, p. 40-49.
- Elstein, A. et A. Schwartz. « Clinical reasoning in medicine », in J. Higgs et M.A. Jones, *Clinical Reasoning in the Health Professions* (2^e éd.), Oxford, Butterworth-Heinemann-Elsevier, 2000, p. 95-106.
- Fonteyn, M.E. et B.J. Ritter. « Clinical reasoning in nursing », in J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen, *Clinical Reasoning in the Health Professions* (3^e éd.), Oxford, Butterworth-Heinemann-Elsevier, 2008, p. 235-244.
- Gordon, M., C.P. Murphy, D. Candee et E. Hiltunen. « Clinical judgement: An integrated model », *Advances in Nursing Science*, juin 1994, vol. 16, n° 4, p. 55-70.
- Harris, I. « New expectations for professional competence », in L. Curry et J.F. Wergin, *Educating Professionals Responding to New Expectations for Competence and Accountability*, San Francisco, Jossey-Bath, 1993, p. 17-52.
- Higgs, J. et M.A. Jones. « Clinical decision making and multiple problem spaces », in J. Higgs, M.A. Jones, S. Loftus et N. Christensen, *Clinical Reasoning in the Health Professions* (3^e éd.), Oxford, Butterworth-Heinemann-Elsevier, 2008, p. 3-17.
- Le Boterf, G. *Repenser la compétence – Pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*, Paris, Eyrolles, 2008, 139 p.
- Nendaz, M., B. Charlin, V. Leblanc et G. Bordage. « Le raisonnement clinique : données issues de la recherche et implications pour l'enseignement », *Revue internationale francophone d'éducation médicale*, vol. 65, n° 4, nov. 2005, p. 235-254.
- Norman, G. « Building on experience – the development of clinical reasoning », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 21, 23 nov. 2006, p. 2251-2252.
- Norman, G.R. et K.W. Eva. « Diagnostic error and clinical reasoning », *Medical Education*, vol. 44, n° 1, janv. 2010, p. 94-100.
- O'Neill, E.S., N.M. Dluhy et E. Chin. « Modelling novice clinical reasoning for a computerized decision support system », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49, n° 1, janv. 2005, p. 68-77.
- Phaneuf, M. « Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance », 17 nov. 2008, 10 p. [En ligne : www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_d_importance.pdf]
- Tanner, C.A. « Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing », *Journal of Nursing Education*, vol. 45, n° 6, juin 2006, p. 204-211.
- Windish, D.M., E.G. Price, S.L. Clever, J.L. Magaziner et P.A. Thomas. « Teaching medical students the important connection between communication and clinical reasoning », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, n° 12, déc. 2005, p. 1108-1113.

Les auteures



Claire Chapados est professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Marie-Claude Audétat est professeure adjointe de clinique au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal où elle est aussi responsable du développement professoral.



Suzanne Laurin est médecin de famille et professeure agrégée de clinique au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal. Elle exerce à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.