

Dans le cadre de la recherche n° 94 a et b/01 subventionnée par le Ministère de l'éducation...
 Etude du caractère professionnalisant des dispositifs de formation
 dans l'enseignement supérieur

Dispositif n° 11

Apprendre « la » démarche en soins infirmiers : vers l'appropriation d'un processus de pensée.

Infirmières – Acquisition de ressources procédurales et mobilisation en situation complexe
 (institution)

Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier

Haute école Léonard de Vinci

Clos chapelle aux champs, 3941, 1200 Bruxelles

Auteurs du dispositif : C. Lejeune et N. Docq (ISEI)

Auteur de la description : D. Lemenu (ISEI), sur base de l'interview de C.
 Lejeune.

Abstract :

Le dispositif présenté est au cœur de l'apprentissage du jugement clinique. Il n'est cependant pas, loin s'en faut, le seul outil mis à la disposition des étudiants dans l'appropriation d'un processus de raisonnement au service de la détection des problèmes que l'infirmière doit prendre en compte lors des soins à la personne malade.

Cependant, ce dispositif est une étape importante dans la construction de l'identité infirmière et l'appropriation d'un processus de pensée. Les représentations des étudiants sont investiguées et servent de point de départ à l'élaboration des concepts tels que « santé », « maladie », « infirmière », « diagnostic infirmier », etc. Ensuite les étapes du jugement clinique sont travaillées en lien avec les théories de soins infirmiers. En lien également avec des mises en situations partielles d'abord, de plus en plus complexes ensuite, dont certaines sont amenées par les étudiants, dès leur premier retour de stage.

D COMME DESCRIPTION

Contexte institutionnel

Ce dispositif s'intègre dans le cours de soins infirmiers généraux donné en première année d'infirmières graduées. La formation, qui s'étend sur trois ans, est organisée de façon à alterner cours et stages dans des proportions différentes selon les années. En première année, 25 % du temps seulement est consacré à l'enseignement clinique qui débute après 7 à 11 semaines de cours.

Les étudiants de 1^{re} année sont environ 300, répartis en trois classes de +/- 100 étudiants. Les cours de soins infirmiers sont donnés en partie en classes entières, ou en demi ou quart de classe. Le dispositif présenté se donne pour 2 h. en ½ classe (50 étudiants) et 15 heures en ¼ de classe, soit à 25 étudiants environ.

Ce cours est en lien étroit avec les autres chapitres du cours de soins infirmiers généraux mais aussi avec par exemple le cours de psychologie appliquée. C'est là que la collecte des données (anamnèse) sur laquelle est fondée l'analyse de la situation d'un patient se travaille davantage sous forme de jeux de rôle.

Intentions poursuivies

Le cours a clairement pour but la maîtrise de la compétence de jugement clinique. Il vise donc à donner aux étudiants **des outils** (théorie de Virginia Henderson pour les finalités de la profession, pour guider l'analyse de la situation d'une personne..., les diagnostics infirmiers pour nommer les problèmes...) et **une démarche**¹⁶ qui leur permettent de juger, d'un point de vue infirmier, la situation de la personne à soigner et de prendre des décisions de soins en lien avec des objectifs précis. Ce dispositif est usuellement appelé « le cours sur la démarche » pour insister sur le fait qu'il s'agit de faire acquérir une démarche systématique d'analyse de situation, mais en fait il recouvre bien d'autres aspects.

Acteurs du dispositif

Ce cours est donné par trois personnes différentes (une par classe) parmi lesquelles N. Docq et C. Lejeune qui ont construit ensemble le dispositif présenté et continuent de collaborer à

16 La démarche en soins infirmiers est une démarche de résolution de problèmes appliquée aux soins infirmiers. Il s'agit de collecter les données sur un patient, de les analyser en vue de valider des hypothèses de problèmes, de proposer des objectifs à atteindre pour augmenter l'indépendance et/ou l'autonomie du patient et de planifier les interventions qui permettront d'atteindre les objectifs. Sur le terrain, une évaluation de l'atteinte des objectifs et de la qualité du travail doit être faite afin de réactualiser les données et d'ajuster les interventions.

son actualisation. La troisième personne donne le cours différemment et n'a pas participé à la mise en place ni à la description de ce dispositif.

La formation à la compétence de jugement clinique implique aussi fortement les IP17 qui supervisent les étudiants en stage, (soit une trentaine de personnes) car ce sont elles qui, sur le terrain, aideront à faire les liens entre la « théorie » et la pratique, qui les aideront à analyser la situation d'un « vrai » patient à partir de ses « vraies paroles » et des « vrais » dossiers infirmiers et médicaux. Car même si tout cela est préparé de la façon la plus concrète possible à l'école, les « tilts » de la compréhension se feront souvent sur le terrain, et cela d'autant plus si l'accompagnement de l'IP les favorise.

Les infirmières de terrain ont probablement un rôle moins actif dans l'apprentissage du jugement clinique car bien qu'elles y aient recours, elles sont peu habituées à formaliser cette démarche et donc à la rendre visible aux étudiants. Cette problématique est plus détaillée dans la rubrique « observation ». Elles peuvent intervenir ponctuellement dans la validation des situation-patients construites par les IP pour leur cours.

Organisation et évaluation de ce dispositif, activités des étudiants

Les 17 heures de cours consacrées à l'apprentissage de ce module de formation alternent études de concepts, de procédures et exercices pratiques.

Les étudiants sont souvent amenés à travailler en groupe, soit pour échanger et exploiter leurs représentations au début d'une étude de concepts, soit pour construire, ensemble, la définition des concepts, soit pour réaliser des exercices d'application des étapes de la démarche en soin infirmier en lien avec une théorie de soins.

Les premières heures de cours sont réparties dans les semaines qui précèdent le premier stage. Lorsque celui-ci a été presté, les situations étudiées sont le plus souvent amenées par les étudiants.

L'évaluation du module se fait essentiellement au travers de l'évaluation de la compétence de jugement clinique, tant sur le terrain que dans le rapport de stage.

Une partie du cours fait l'objet d'une évaluation de type restitution pour ce qui concerne le vocabulaire de base et de savoir-faire cognitif sur une situation clinique jugée comme minimale à maîtriser.

17 IP : infirmière professeur.

I COMME INVENTAIRE

Activités des étudiants

- Echanges à propos de leurs représentations sur différents concepts (santé, maladie, soins...).
- Présentation à la classe, sur base de notes prises sur transparents, des productions du groupe.
- Ecoute, prise de notes, échanges de témoignages et de questions lors des exposés magistraux réalisés par l'enseignante.
- Classement de données selon des grilles d'analyses fournies par l'enseignante.
- Analyse de textes.
- Personnalisation des grilles d'analyses en y incluant des exemples de questions à poser, de faits à observer.
- Réalisation d'actes techniques lors des exercices d'intégration.
- Repérage de similitudes et de divergences dans des textes, utilisation de ces points communs ou distincts pour construire la compréhension de concepts (collecte des données, diagnostic médical/diagnostic infirmier, priorité d'intervention, évaluation, objectif...).

Répartition des heures en fonction des objectifs et contenus et méthodes assorties

Nombre d'heures	Objectifs du cours	Contenus visés	Méthode
Cours 1. 2 heures	<p>Que les étudiants situent ce cours par rapport aux compétences et plus particulièrement celle de jugement clinique.</p> <p>Qu'ils identifient les concepts de base utiles à la compréhension de la démarche en soins infirmiers.</p> <p>Qu'ils s'approprient une procédure de base à répéter lors de chaque travail de groupe</p>	<p><u>J) Concepts de santé, maladie, soins infirmiers, et leur évolution dans le temps.</u></p> <p>Exposé de la procédure à suivre pour les travaux de groupe.</p>	<p>Transmission des objectifs et consignes.</p> <p>Travail de groupe sur leurs représentations et définitions des concepts susmentionnés.</p>

Cours 2 2 heures	Qu'ils se représentent plus précisément ce qu'est la profession infirmière, au-delà des stéréotypes habituels. Que les étudiants apprennent à s'exprimer oralement devant le groupe Qu'ils puissent utiliser le rétroprojecteur ou autre moyen pour capter l'attention.	Théories de soins. Evolution de la profession infirmière. Lieux d'exercice de la profession.	Exposé par les étudiants des productions du 1 ^{er} cours. Temps de structuration et apports complémentaires par le professeur
Cours 3. 2 heures	<u>K) Que les étudiants réalisent que la compréhension de la situation et des soins à donner à un patient font appel à des savoirs divers, objets de leur formation.</u> Qu'ils identifient les liens entre les différents cours et leur utilité. Qu'ils commencent à s'approprier la théorie de V.H.	Théorie de Virginia Henderson (V.H.), plus spécialement liste des besoins, manifestations de dépendance et indépendance. Liens entre les cours.	Analyse de situation, en groupe. Utilisation de manuels professionnels
Cours 4. 2 heures	Qu'ils prennent connaissance du contenu de la théorie de VH en vue de l'utiliser comme grille d'analyse et comme guide de leur action	Théorie de Virginia Henderson	Cours magistral. Auto-évaluation des concepts abordés en fin de cours
Cours 5. 3 heures	Que les étudiants appliquent les différentes étapes de la démarche en SI, en comprenant le sens, la chronologie et le contenu.	Concepts de diagnostic infirmier, diagnostic médical, problèmes traités en collaboration. Etapes de la démarche en soin infirmiers.	Alternance d'exposés magistraux, d'exercices d'application, de résolution de problèmes partiels en groupe ou individuellement.
Cours 6. 4 heures	Que les étudiants réalisent l'ensemble de la démarche y compris la mise en pratique sur mannequin des interventions nécessitées par la situation.	Exercice d'intégration : tous les concepts vus précédemment et certains contenus relatifs aux soins de base sont mobilisés dans cet exercice.	Analyse, en groupe, d'une situation. Exécution d'une ou plusieurs techniques de soin de base Auto-évaluation à partir d'un « corrigé » donné comme référence.
Stage de 2 semaines			

Cours 7. 2 heures	Que les étudiants corrigent et/ou renforcent leur capacité d'analyse à partir de situations vécues en stage	Exercice d'intégration : révision des contenus susmentionnés. Nouveaux diagnostics infirmiers.	Analyse de situations de stages apportées apportés par les étudiants
Stage de 3 semaines			
Cours 8. 2h.	Idem + que les étudiants réalisent qu'il ne faut pas nécessairement passer par l'analyse des 14 besoins de VH. pour cerner une situation. Que les étudiants intègrent une analyse plus systémique des situations de soins.	idem	idem

Méthodologie

Nous décrivons plus particulièrement 6 cours sur les 8. Ceux qui ne sont pas décrits sont les cours magistraux, ce type de cours est supposé suffisamment connu. Insistons cependant sur le fait que l'enseignante prépare soigneusement ses exemples et anecdotes révélatrices pour que les notions abordées prennent une coloration concrète, en lien avec la profession.

Cours 1 : concepts de santé, maladie, soins infirmiers

Ce cours est le seul des 17 heures à se donner en demi-classe, soit 50 étudiants. C'est en partie la raison pour laquelle les consignes sont clairement notées sur un document remis à chaque étudiant. Les ressources données aux groupes de travail sont distribuées à raison d'un document par étudiant.

Ce cours a pour objet d'amener les étudiants à rédiger en groupe, à partir de leurs représentations, leur propre définition des concepts « santé », « maladie », « soins infirmiers ».

Comme les étudiants seront souvent amenés à travailler en groupe dans les cours suivants, le professeur annonce les modalités à respecter dans ces cas-là. Les étudiants reçoivent la feuille de consignes présentée ci-dessous, ils sont invités à la garder et à s'y référer chaque fois qu'un travail de groupe est organisé.

*Consignes du travail en groupe.
Année académique 2002-2003.*

Chaque fois que vous serez appelés à travailler en groupe il vous faudra assurer différents rôles. Vous nommerez ainsi :

un garant du temps (celui-ci sera attentif à ce que le travail se réalise dans le temps voulu)
un secrétaire (celui-ci sera en quelque sorte la mémoire du groupe ; il prend note de ce qui se dit)
un animateur (celui-ci veille à distribuer la parole au sein du groupe, il est attentif à relancer la discussion, il veille à éviter les digressions)
un rapporteur (celui-ci devra présenter au grand groupe les résultats des réflexions)

Il est important qu'en cours d'année les rôles se répartissent équitablement et que chacun ait à son tour l'occasion de prendre en charge ces différentes fonctions. Ce n'est qu'à ce titre que le travail peut s'enrichir de l'apport de chacun.

Bon travail !

Ensuite, les étudiants se répartissent en 5 groupes de 10 étudiants, dont un groupe de personnes ayant déjà connu la maladie, l'hospitalisation pour elles-mêmes ou un proche.

Consignes pour le travail en sous-groupe :

Groupe 1 :

Les étudiants qui ont déjà connu la maladie et/ou l'hospitalisation ont pour travail de lister les attentes qu'ils avaient vis à vis des infirmières d'une part, vis-à-vis des médecins d'autre part. Ou encore il s'agit de décrire les situations où les soignants ont bien répondu à vos attentes et les situations où les médecins y ont bien répondu.

Ressources :- document extrait de Tubiana M., « Le refus du réel », R. Laffont, Paris, 1977.

- Salomé J., « La vieille dame grincheuse » dans « Apprivoiser la tendresse », éd Jouvence, Genève, 1991, pp 136-138

- document Code de déontologie des infirmières du Canada, 1997

Groupe 2 :

Les étudiants donnent une définition de la santé et de la maladie telle qu'ils se les représentent. Ou encore ils partent des questions suivantes : pour moi c'est quoi la santé, pour moi c'est quoi la maladie.

Ressources : définitions de l'O.M.S extraites de « Santé publique et soins infirmiers en Europe : stratégies et perspectives au XXIème siècle » pp.25-28 et 35-40, éd. Kluwer - Soins infirmiers -La pratique,

Groupe 3 :

Pour vous, selon vous que sont les soins infirmiers ? Ou encore quand on parle de soins infirmiers que veut-on nommer ? Quand on parle de « prendre soin de quelqu'un... » de quoi parle-t-on ?

Ressources :- la loi belge

- Hesbeen W. « Un regard prospectif sur le soin infirmier », Soins n° 604, mars 1996, pp 23-24

Groupe 4 :

Quelle est la représentation que vous avez et/ou que les autres peuvent avoir de l'« infirmière », de l'« infirmier » ? Quelle est la représentation que vous avez du « médecin » ? Ou encore quand vous avez dit autour de vous que vous entamiez ces études, que vous a-t-il été renvoyé ?

Ressources : - bandes dessinées « Les femmes en blanc »

- fascicules de spécialisation

Groupe 5 :

Vous avez sans doute déjà lu le slogan suivant : « Infirmières : ni nonnes, ni bonnes, ni connes... ». Argumentez cette affirmation. Ou encore essayez de l'expliquer au regard de l'histoire de la profession.

Ressources : - Piette V., « Les prémisses de la professionnalisation » in Info Nursing N°55 Janvier 1996, pp 18-20

Chaque groupe a donc un travail différent à fournir de manière à ce que, lors de la mise en commun, tous les concepts et un bref aperçu de l'histoire de la profession soient définis et discutés. On peut constater que le passage de la phase d'émergence des représentations à celle

d'élaboration d'une définition n'est pas clairement établi. Cependant, les étudiants doivent passer par une phase de travail individuel et en sous-groupe, afin de mettre chacun au travail.

Voici les consignes données pour mener à bien ce travail d'élaboration :

Consignes du travail en groupe :

- 5 groupes de travail à thèmes
- Dans chaque groupe de travail : 2 sous-groupes (chaque participant a un rôle)

timing :

temps 1 :

travail individuel : 10 min.

Mise en commun, structuration : 20 min.

Lecture, synthèse, apport complémentaire : 40 min.

Total : 70 min.

Temps 2 :

Au départ des deux sous-groupes, construction d'un document (transparent) à transmettre au grand groupe : 20 min.

Temps 3 :

Exercice de transmission : le rapporteur désigné par les deux sous-groupes s'exerce une fois devant ses pairs : 10 min.

Temps 4 :

retour en grand groupe.

Il reste 20 minutes pour la mise en commun en grand groupe des définitions élaborées dans chaque groupe.

Ce temps de mise en commun se prolonge le plus souvent au début du 2^{ème} cours, est suivi d'une structuration par le professeur et comme point de départ pour aborder les théories de soins infirmiers. De plus, tous ces concepts vont ressurgir lors des cours suivants et être retravaillés plus implicitement. Une définition des concepts existe dans le syllabus de soins infirmiers, ceci sert de référence pour la mémorisation de savoirs de base.

A la fin du cours, la liste des objectifs est donnée aux étudiants en sorte que chacun puisse se situer par rapport à ce qu'il faut retenir de ce cours. Cette liste peut servir de référence pour l'étudiant et il leur est même permis d'y répondre (en dehors du cours et individuellement) et de la soumettre au professeur pour validation. Une quinzaine d'étudiants l'ont fait en 2002-2003. Voici la liste de ces objectifs¹⁸ :

Dans le cadre du cours d'introduction aux soins infirmiers, l'étudiant sera capable de :

- Citer et expliquer les étapes successives d'identification des soins infirmiers
- Illustrer, au départ d'un schéma, l'évolution de la relation soignant-soigné dans les années 70
- Citer les différents secteurs d'activité de la pratique soignante de nos jours
- Définir, dans une perspective d'approche holistique de l'individu, les concepts « santé » et « maladie »
- Ecrire, de mémoire, la définition de la santé de l'OMS et en formuler des critiques
- Nommer et expliquer les attentes du patient hospitalisé, d'après R. Poletti
- Citer les grandes lignes des tendances démographiques et sanitaire de la région européenne
- Citer les différents secteurs couverts par la sécurité sociale
- Expliquer dans ses termes le cadre légal de l'exercice professionnel tel que défini dans la loi belge.

¹⁸ Il est à noter que de telles listes d'objectifs existent pour les autres cours également.

Cours 3 : analyse de la situation d'un patient à partir d'une ébauche de la théorie de Virginia Henderson.

Cette théoricienne des soins infirmiers propose, entre autre, une grille d'analyse des besoins du patient, et de ce qui peut les modifier. Elle suggère aussi que le rôle de l'infirmière est de suppléer aux besoins de la personne lorsque c'est nécessaire, tout en l'amenant le plus rapidement possible à recouvrer son indépendance, ou à l'accompagner dans sa fin de vie.

Les étudiants sont invités à repérer les besoins dont on parle dans la situation d'un patient présentée sur papier (voir ci-dessous).

Ce cours est aussi une occasion de montrer que pour pouvoir s'occuper d'une personne malade, beaucoup de savoirs, savoir-faire, savoir-être sont mobilisés. Ceci est supposé émerger par le fait que les étudiants doivent pointer les questions que la lecture de cette situation induit chez elles. Elles doivent ensuite tenter de repérer quels sont les cours qui vont leur apporter les réponses à ces questions, en parcourant la liste de leurs cours (cfr. Programme d'études en 1^{ère} année).

Voici les consignes :

- Lire l'histoire de Monsieur D
- Ecrire toutes les questions que cette lecture induit dans votre esprit. Notez-les au fur et à mesure.
- Trier ces questions. A votre avis, à quels cours renvoient-elles ? (voir doc.8).
- Souvenez-vous de la définition que Virginia Henderson donne de l'individu et classez les données du texte en fonction des catégories qu'elle propose.

Ressources :

- « Document 8 », soit la liste des cours
- Compendium :
- Brunner et Suddarth, « traité des soins infirmiers en médecine et chirurgie », éd. Maloine, Paris,
- Accès libre à la bibliothèque de l'école, si nécessaire.
- Dictionnaires médicaux

Situation à analyser :

Mr. D occupe la chambre 524 B depuis le 22/08/02. (Nous sommes à la mi-septembre quand ce cours est donné). Il a 85 ans. Il est veuf et a 6 enfants. Il habite à 20 km. de l'hôpital, est belge d'expression francophone. Avant sa retraite, il était comptable.

Toute sa vie, Mr. D a souffert d'hypertension.

A 71 ans, Mr. D a été hospitalisé pour divers malaises qui ont mené au diagnostic de diabète. Depuis, il a 4 injections d'insuline par jour (selon prescription médicale).

Le 22/8, Mr. D est hospitalisé suite à une chute à domicile, conséquence d'un malaise qu'il a fait dans la salle de bain le matin même.

Lorsqu'il arrive à l'hôpital, Mr. D présente des difficultés à la mobilisation. Le diagnostic médical posé est un AVC (accident vasculaire cérébral : thrombose cérébrale) avec hémiplégie gauche. Il présente aussi une plaie au pied gauche sans rapport avec sa chute.

Mr D. est incontinent urinaire et digestif et porte une protection.

Il présente par ailleurs une toux grasse, des sécrétions abondantes verdâtres et épaisses, des râles, une difficulté à expectorer et une dyspnée.

La mobilisation du membre supérieur gauche s'est rapidement améliorée, le patient a pu effectuer, dès le 2^{ème} jour, une partie de sa toilette au lit. A cette occasion, Mr D lave et essuie son visage et le côté droit de son thorax. Il ne prend aucune initiative pour laver le bras gauche et le côté gauche de son thorax.

Il participe pour enfiler le bras droit dans la manche de son pyjama, mais ne régite pas spontanément pour enfiler la manche gauche. Mr. D exprime, au cours de sa toilette « je me sens trop dépendant et j'ai peur de devenir une charge pour mes enfants ». Nous avons pu le lever le 3^{ème} jour, non sans difficultés. Au fauteuil, sa main gauche pend à l'extérieur de celui-ci. Lorsqu'on s'approche de Mr D du côté gauche, il ne réagit pas. Lors de son repas, Mr. D néglige systématiquement la moitié de son assiette.

A l'effort, sa respiration devient superficielle, sa fréquence respiratoire s'accélère, sa coloration reste normale.

Ce matin, à 7 h. il a reçu son insuline, mais il refuse son déjeuner et sa collation de 10 h.

Quand vous entrez dans la chambre, vers 10h.30, Mr. D est agité, agressif et transpire beaucoup.

Ce matin : t° : 37,5°C, TA : 15/9, Pls : 120.

Traitement médical :

- Insuline : Actrapid[®] selon prescription médicale
- Augmentin[®] (antibiotique) 1gr. 3x/jour IV (intra-veineux)
- Asaflo[®] (anti-agrégant plaquettaire) : 1 c° de 160 mgr. 1x/jour, PO (per os)
- Persantine[®] (anti-angoreux, anti-agrégant plaquettaire) : 75 mgr. 3x/jour, PO
- Fraxiparine[®] (anticoagulant) : 0,4 ml. 1X/jour, SC (sous-cutané)
- Zantac[®] (inhibiteur HCL gastrique) : 50 mgr. 3x/jour, IV
- Amlor[®] (antihypertenseur) : 1co. 1x/jour, PO
- 1l. Glucose 5 % neutralisé/24h.
+ 3gr. NaCl
+ 20mEq KCl
+ 2 cc. bicarbonate de Na
+ 10 UI d'Actrapid[®]/l

La mise en commun est organisée de manière à ce que chaque groupe ait l'occasion de s'exprimer, quitte à ce qu'ils ne transmettent l'entièreté de ce qu'ils ont découvert à la classe. Il faut néanmoins que lorsque tout le monde s'est exprimé, l'entièreté de la situation ait été analysée.

A la fin de ce cours-ci, la liste des objectifs est également remise aux étudiants :

Dans le cadre du cours sur la démarche en soins infirmiers et l'approche du diagnostic infirmier, l'étudiant sera capable de :

- Définir dans ses termes ce que l'on entend par « modèle conceptuel en soins infirmiers ».
- Expliquer en quoi le recours à un modèle conceptuel peut améliorer la qualité des soins.
- Formuler, de mémoire, les postulats à la base du modèle d'Henderson.
- Définir les notions de dépendance et d'indépendance
- Citer tous les éléments du modèle d'Henderson et montrer sa compréhension en donnant des exemples
- Définir ce que l'on entend par « les sources de difficultés ».
- Citer les sources de difficultés telles qu'envisagées par Riopelle et argumenter le fait qu'on retienne cette classification plutôt que celle d'Henderson
- Pour un besoin au choix, illustrer les dimensions bio-psycho-sociales.

Cours 5 : concepts de diagnostic infirmier, diagnostic médical, problèmes traités en collaboration, étapes de la démarche en soins infirmiers.

Ce cours est assez capital dans l'ensemble des 17 heures car il a pour but de faire comprendre les notions de base telles que diagnostic médical, diagnostic infirmier, problème traité en collaboration, démarche en soins infirmiers... et que les étudiants fassent des liens entre toutes ces notions, la théorie de Virginia Henderson et la situation d'un patient.

L'enseignante procède par étapes successives, étapes articulées le plus souvent autour des représentations des étudiants, d'un apport formel de structuration des concepts et d'exercices d'applications.

Etape 1 : exploration des représentations sur les notions de diagnostic médical et infirmier : qu'est ce que pour vous un diagnostic médical (DM) ? Quelles sont les caractéristiques, les ingrédients, d'un diagnostic médical ? Quelles pourraient être les caractéristiques d'un diagnostic infirmier (DI) ?

Etape 2 : construction des concepts

Quels sont les points communs, les points de divergence entre D.M. et D I. ? Pour aider les étudiants à distinguer ces deux concepts, l'enseignante propose par exemple aux étudiants le texte ci-dessous :

Exemples d'informations recueillies par le médecin et par l'infirmière pour un même patient
Données recueillies par le médecin :

Mme. Petit présente des douleurs et des oedèmes articulaires. Les examens confirment qu'elle souffre de polyarthrite. Nous commençons un traitement anti-inflammatoire pour soulager sa polyarthrite rhumatoïdale. (le médecin est axé sur le traitement de la maladie)

Données recueillies par l'infirmière :

Mme. Petit est gênée par ses articulations enflées et douloureuses pour s'habiller et s'alimenter. Elle dit souffrir de se sentir inutile et d'être incapable de se nourrir elle-même. Elle dit aussi être déprimée parce que ses deux petits enfants lui manquent. Notre plan de soins aura pour objectifs :

- l'aider à trouver des moyens d'adaptation à la douleur
- l'aider à se nourrir et se vêtir
- explorer ses sentiments de dévalorisation
- lui permettre de voir ses petits enfants.

(L'attention de l'infirmière est centrée sur les effets de la douleur et des oedèmes sur Mme. Petit ayant son propre contexte biologique, psychologique et social.)

Etape 3 : Structuration, décontextualisation.

- Présentation sur transparent des définitions du diagnostic médical et du diagnostic infirmier
- Exposé de ce qu'est un problème traité en collaboration (PTC)
- Exposé des différents types de DI (réels, à risque élevé, possibles)
- Exposé des différentes parties des DI (problème - lié à - se caractérisant par-)

Etape 4 : Application, recontextualisation :

A partir de petites situations, les étudiants, en s'aidant de leur manuel de diagnostics infirmiers, formulent des hypothèses de diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration :

Mr. X amputé de la jambe gauche depuis 15 jours refuse de regarder son moignon, il le cache sous les couvertures. Ce Mr. parle peu et exprime des sentiments négatifs par rapport à son intervention. DI possibles ?

Un appel téléphonique des urgences informe l'infirmière d'orthopédie que Mme. X sera transférée. Elle a 31 ans et a fait une chute à la patinoire. DM : fracture tibia-péroné à opérer demain matin. Hypothèses de DI ? et de PTC ?

De plus la notion de priorité dans les problèmes est évoquée à partir de petites mises en situations :

Placez les chiffres 1,2,3 dans les () selon l'ordre de priorité que vous désirez établir :

Mme. Lemoine a été opérée de la vésicule biliaire, elle présente :

- Une modification de la façon de respirer liée à la douleur
- Des douleurs thoraciques à droites dues à l'intervention
- Un risque élevé d'hémorragie lié à un problème sanguin.

Etape 5 : Liens avec la démarche en soins infirmiers

L'enseignante explique que les hypothèses de DI et PTC peuvent être initialisées à partir de très peu d'éléments, mais que pour réaliser un plan de soins complet de cette personne, il faudra en savoir plus sur elle (anamnèse) et décider, avec elle et les autres membres de l'équipe, quels sont les objectifs à poursuivre et les soins à donner.

Etape 6 : Construction de nouveaux concepts

Les notions d'objectif, de planification de soins, de choix d'interventions sont abordées de la même manière, en alternant les approches et en y intégrant beaucoup d'exemples concrets, d'exercices.

Exemple d'exercice de distinction entre des données de dépendances (notion vue à un cours précédent) et des interventions :

Choisir la lettre qui décrit le mieux les énoncés suivants : D : donnée, I : intervention

- ...l'épouse du malade dit qu'il a fait un AVC il y a un an et demi et qu'il ne peut pas bouger le côté gauche
- ...il a marché jusqu'au bout du couloir avec une tribune 3 fois ce matin
- ...le malade dit qu'il fait de l'emphysème
- ...surveillance neuro toutes les deux heures
- ...Installation d'un matelas mousse.

Etape 7 : Structuration finale.

A la fin du cours, la liste des objectifs est donnée aux étudiants en sorte que chacun puisse resituer les notions abordées dans le contexte précis de la prise en charge infirmière des patients. Plus précisément, il faut que chaque étudiant sache exactement ce qu'il doit connaître et quelles démarches il doit pouvoir mettre en oeuvre dans le cadre de "la" démarche en soins infirmiers. Voici la liste de ces objectifs¹⁹

Dans le cadre du cours sur "la démarche en soins infirmiers" et l'approche du diagnostic infirmier, l'étudiant sera capable de :

- Enumérer les étapes de la démarche.
- Expliquer brièvement ce que chacune d'entre elles signifie.
- Déterminer en quoi consiste la collecte des données.
- Déterminer en quoi consiste la collecte des données en référence à V. Henderson.
- Déterminer quelles informations recueillir en vue de l'établissement du "profil" du patient.
- Etablir une différence entre les données stables et les données variables qui sont identifiées.
- Etablir une différence entre les données objectives et subjectives.
- Citer toutes les sources d'informations à consulter.
- Citer et expliquer les moyens qu'il possède pour procéder à la collecte des données.
- Définir ce qu'est l'interprétation des données appliquée au cadre conceptuel de V. Henderson.
- Départager les données d'indépendance et de dépendance dans la satisfaction des besoins.

¹⁹ Il est à noter que de telles listes d'objectifs existent pour les autres cours également.

- Définir ce qu'est un diagnostic infirmier.
- Définir ce qu'est un problème traité en collaboration.
- Différencier un diagnostic infirmier d'un problème traité en collaboration.
- Définir ce que l'on entend par priorités.
- Argumenter son choix dans les priorités.
- Définir ce qu'est le programme d'intervention.
- Expliquer à quoi sert un objectif.
- Pour un problème au choix (DI ou PTC), nommer les objectifs poursuivis et proposer les interventions à mettre en œuvre.
- Nommer le moment de l'évaluation (quand elle doit se faire).
- Citer ce que l'on doit évaluer.
- Utiliser son manuel "CARPENITO", c'est-à-dire retrouver le(s) diagnostic(s) infirmier(s), le(s) valider, proposer des interventions sur base d'une situation donnée.

Cours 6 : exercice d'intégration pré-stage

Ce cours de 4 heures, donné en une demi-journée, regroupe en fait deux heures du cours sur la démarche et deux heures attribuées au cours de soins d'hygiène. En effet, l'exercice d'intégration concerne ces deux volets de l'apprentissage.

Les étudiants, en groupe de 5 à 7 personnes, doivent réaliser l'ensemble de la démarche qu'elles devront effectuer en stage lors de la prise en charge d'un patient pour ses soins de base. Cela va de la collecte des données à l'évaluation des soins donnés en passant par toutes les étapes intermédiaires : analyse, établissement des diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration, planification des interventions et exécution des soins de base (toilette, mobilisation du patient, réfection du lit).

On peut sans doute regretter que la collecte des données est un peu court-circuitée par le fait que les renseignements figurent sur papier, qu'ils sont déjà classés "par besoin", alors que dans la réalité, une recherche et un tri seront à faire dans les dossiers infirmiers et médicaux et beaucoup de données viendront du patient lui-même. La confrontation aux vrais outils du terrain et à "l'interrogatoire" du patient n'est donc pas réalisée, fut-ce fictivement. 4 heures de cours ne suffiraient du reste pas, dans ce cas.

Un autre élément manquant est celui du rapport écrit qui suit toute prise en charge de patient, l'enseignante souligne cette lacune et y remédiera.

En revanche, les étudiants passent par la phase exécution des soins. Certes les conditions sont fatalement artificielles puisqu'elles vont laver un mannequin (deux mannequins/25 étudiants !) mais enfin, certains "gestes techniques" peuvent au moins être posés, les autres sont simulés..

Les mannequins se trouvent dans des lits identiques à ceux que l'on peut trouver à l'hôpital et sont "appareillés": perfusion, sonde vésicale reliée à un sac rempli d'eau.

Situation à analyser :

Comme celle-ci est très longue, nous avons choisi de la mettre en annexe. Il s'agit d'une description complète d'une situation de patient d'un point de vue médical (antécédents, diagnostic, traitement) et infirmier (besoins perturbés, manifestations de dépendance...),

Ressources :

- syllabus du cours de soins infirmiers généraux
- Carpenito L.J. "Manuel de diagnostics infirmiers"
- Brunner, Suddarth, "Soins infirmiers en médecine et Chirurgie"
- Compendium
- Une enseignante est présente pendant les 4 heures

Structuration :

un corrigé très complet est donné à la fin du cours à chaque étudiant.

Cours 7 : exercice d'intégration post-premier stage

Le cours qui suit le premier stage de deux semaines se passe très différemment car il se veut en prise directe avec ce qui s'est passé pendant ce stage. Cependant, les apports des étudiants sont canalisés dans le sens de ce qui est utile pour ce cours.

L'objectif est de contrôler et renforcer la capacité d'analyse de situations de patients et d'utilisation du manuel de diagnostics infirmiers pour identifier les problèmes des personnes. L'ensemble de la démarche en soins infirmiers n'est pas retravaillée de façon systématique à ce cours. Cependant des questions peuvent surgir sur ce sujet, auxquelles l'enseignante répond.

Voici les consignes pour ce cours-là :

- Notez de mémoire le titre de 5 diagnostics infirmiers que vous avez rencontrés en stage, expliquez la définition. Comment valider ces diagnostics ?
- Différenciez l'altération de la mobilité du syndrome d'immobilité²⁰
- En parcourant le manuel de DI, par groupe de 2 étudiants, repérez deux diagnostics infirmiers inconnus (10 minutes)
- En regroupant 2x2 étudiants, chaque sous-groupe explique à l'autre les DI qu'il a repérés à l'étape précédente (10 minutes)
- Le groupe de 4 décide de retenir 2 diagnostics à présenter au grand groupe (20 minutes)
- Nommez au moins 6 hypothèses de DI possibles chez une personne présentant une hémiplégie gauche

Cours 8 : exercice d'intégration post-deuxième stage

Ce cours est aussi basé sur des travaux de groupes réalisés à partir des apports des étudiants, mais ici ces apports sont différents, ils peuvent concerner tous les problèmes rencontrés par les étudiants dans l'apprentissage de la démarche. On part d'une analyse large d'une situation et toute "la démarche en soins infirmiers" doit être effectuée. Les différentes étapes parcourues seront autant d'occasion de relever les incompréhensions, divergences de vue...

²⁰ Ce sont des problèmes que pratiquement toutes les étudiantes auront rencontrés en stage car à ce stade, elles ne donnent que des soins de base, s'adressant donc particulièrement à des personnes qui se mobilisent difficilement.

Consignes :

- Une étudiante présente à l'ensemble de la classe la situation d'un patient, de mémoire ;²¹
- Par groupe de 2, les étudiants recherchent les DI et PTC pour cette personne, en utilisant leur manuel s/n ;
- Mise en commun, discussion et choix des DI pertinents ;
- La classe se partage les DI par groupe de 2, et des objectifs de soins sont formulés pour ceux que le groupe doit traiter ;
- Mise en commun et discussion sur la formulation, la pertinence des objectifs ;
- Chaque groupe poursuit la démarche en planifiant les interventions qu'il juge utile pour atteindre les objectifs formulés ;
- Mise en commun et discussion de la pertinence des interventions.

On le voit, chaque étape peut être l'occasion de relever les différences de compréhension des étapes, de repérer les représentations erronées et de les corriger.

L'attention est mise sur la capacité de l'étudiant à avoir un discours professionnel sur la situation apportée. Cela peut en effet participer à la construction de l'identité professionnelle du jeune étudiant.

P COMME ASPECTS PROFESSIONNALISANTS

Les étudiants sont-ils mis dans des contextes d'action significatif ?

Cette année, plutôt que de présenter le modèle d'analyse de situation d'une personne malade et les différentes étapes de la démarche en soins infirmiers, et d'ensuite proposer aux étudiants de l'appliquer, l'enseignante a résolument choisi de leur présenter d'emblée la situation d'une personne malade. (voir cours 3).

Le propos est en quelque sorte de leur dire « voilà le type de situation devant laquelle vous allez vous trouver, que faire face à cette personne, pour cette personne ? Par où commencer ? » et aussi « que me faut-il comme savoirs, comme capacités pour gérer tout cela ? » (voir conceptualisation).

Les étudiants sont dès lors confrontés à l'ampleur de la tâche qui consiste à comprendre la situation d'une personne et à l'aider, en tant qu'infirmier. Ils prennent conscience du type de situation qu'ils vont rencontrer dans la vie professionnelle et les outils qu'on leur apportera ensuite ont plus de chance d'être accueillis comme une aide plutôt que comme un carcan.

Nous avons vu que deux périodes de stage se glissent entre les cours. Ce sera l'occasion de rencontrer des situations diversifiées qui pourront être rapportées en classe pour y être travaillées si nécessaire. Le cours, à ce moment-là, vient répondre à des questions que les étudiants se sont posées dans la pratique.

21 Ceci peut paraître étonnant mais les étudiants, au moment du cours, viennent de rendre leur rapport de stage qui présente l'analyse d'une situation de patient, la démarche mise en place. Ils ont donc bien en tête le cas de "leur" patient.

Selon les dires de l'enseignante, c'est souvent lors du premier stage que « le tilt » se fait, de façon variable cependant, notamment selon le type d'accompagnement dont les étudiants bénéficient. Certains IP travaillent réellement la collecte des données, l'analyse de situation, la démarche sur le terrain et alors l'étudiant peut faire des liens, se représenter dans le concret ce que les concepts veulent dire.

Quelles activités signifiantes font les apprenants, quelles interactions sont suscitées ?

Presque toutes les étapes que les étudiants devront réaliser sur le terrain sont faites en classe. Mais pas toutes dans ce module. Nous avons vu que ce qui concerne l'anamnèse d'un patient, le fait de l'interroger sur ses besoins est travaillé au cours de psychologie appliquée. L'anamnèse concerne en effet la compétence de communication, voire de relation d'aide, et requiert tout un travail d'appropriation des attitudes qui y sont liées. Ceci se fait par jeux de rôle, travail en miroir, etc. et déborde du cadre du cours présenté ici.

L'analyse de situation porte donc ici sur des données récoltées et classées par d'autres (les professeurs), mais il y aura cependant toute une discussion professionnelle entre les étudiants pour discerner par exemple les données qui concernent les infirmières de celles qui concernent les médecins, les manifestations de dépendance du patient, les objectifs que l'on pourrait proposer, etc.

Quelles similitudes avec les tâches professionnelles ?

La discussion à propos des situations présentées est proche de ce qui se passe sur le terrain lorsque les infirmières parlent entre elles et/ou avec le médecin de la situation d'un patient.

Le fait que les étudiants doivent à plusieurs moments du cours présenter aux autres le fruit de leur analyse en classe, ou de leurs rencontres avec des patients sur le terrain, les prépare à une activité très fréquente du métier qui consiste à faire « un rapport oral », où la personne soignée et ce qui s'est passé lors des soins sont présentés. Cependant, il n'est pas évident que les étudiants fassent le lien car elles se sentent en 1^{re} très éloignée encore de cette activité typiquement infirmière et parce que le contenu et le vocabulaire utilisé sont probablement assez éloignés de ce que l'on rencontre sur le terrain (cfr. Observation)

Lors des séances d'intégration, l'étudiant est mis devant la tâche complexe de passer par toutes les étapes qui entourent les soins proprement dits. Le soin est intégré dans un « avant » : collecte des données, objectifs, planification et un « après » : évaluation, rapport oral et écrit. Il peut de la sorte réaliser l'ensemble de la démarche qu'il aura à accomplir sur le terrain.

Des ressources variées sont-elles à la disposition des étudiants ?

Nous avons vu que des ressources : articles, extraits de lois, syllabus, livres... sont mis à la disposition des étudiants pour trouver réponse à leurs questions ou pour faire évoluer leurs représentations.

Une idée originale est celle de regrouper les étudiants ayant une expérience de la maladie et d'utiliser celle-ci pour clarifier, entre autre, les attentes que l'on peut avoir, en tant que malade, vis-à-vis des médecins et des infirmières. L'expérience de la maladie est souvent une expérience forte, qui laisse des traces qui sont de toute façon présentes dans les représentations des étudiants. Faire partager, de façon cadrée, cette expérience avec les autres est en quelque sorte une manière de « faire entrer les malades ou leur famille dans la classe » et de s'appuyer sur des acquis qui peuvent être mis en lien avec les concepts travaillés.

A propos des ressources, toujours, pour ce qui concerne l'analyse de la situation de patient, on peut regretter que de « vrais » dossiers infirmiers et médicaux, de vraies feuilles de planification de soins... ne soient pas utilisés. De même le rôle du patient pourrait parfois être joué par un étudiant. Cependant, les étudiants allant assez vite en stage (+/- novembre), on peut considérer qu'il y a une sorte de progression à lire les données structurées sur papier par le professeur d'abord, dans les dossiers de terrain ensuite.

Réflexion avant, dans et sur l'action

Ce qui a été précisé dans la rubrique se rapportant aux similitudes avec les tâches professionnelles montre que *l'action est largement anticipée*.

La réflexion dans l'action se passe bien évidemment sur le terrain et est plus ou moins encouragée selon l'IP ou l'infirmière qui accompagne l'étudiant. Un accompagnement des étudiants par l'IP sur le terrain est prévu à raison de 2,5h/semaine/étudiant. Les modalités de ce que les étudiants continuent d'appeler « une matinée d'évaluation » sont présentées dans la rubrique système. Il pourrait être intéressant, pour un ancrage plus fort de la démarche en soins infirmiers, d'interroger l'étudiant pratiquement au moment même de l'action, sur l'étape de la démarche à laquelle il se trouve. Le but serait de lui faire prendre conscience de ce que les étapes signifient dans le concret, que lorsqu'on soigne une personne, on peut en même temps être occupé de l'interroger sur ses besoins, ou d'évaluer une intervention posée précédemment. Evidemment, et c'est heureux aussi, lors des soins l'attention se porte plus sur le patient que sur la métacognition. Mais il est arrivé par exemple, en sortant d'une chambre où l'IP a dialogué avec un patient pendant la toilette de celui-ci, qu'une étudiante dise « ah, ça peut être cela aussi la collecte des données, j'ai bien entendu que les différents besoins de la personne étaient passés en revue, mine de rien ».

La réflexion sur l'action est suscitée du fait, notamment, que les cours qui suivent les stages s'appuient essentiellement sur les expériences, questions, situations rapportées par les étudiants. Le rapport de stage, dans lequel les étudiants formalisent la démarche telle qu'ils l'ont réalisée pour une personne prise en charge est aussi une occasion pour eux de repenser à ce qui s'est passé.

En classe l'enseignante prend du temps pour analyser avec les étudiants ce qui les a amenés à trouver la solution d'un problème par exemple. Des questions telles que « *quelle question t'es-tu posée pour repérer les manifestations de dépendance ?* » ou « *comment justifies-tu la planification de telle intervention par rapport à tel objectif ?* »...sont autant d'occasions de provoquer un regard sur l'action menée et sur la démarche intellectuelle sous-jacente.

Y a-t-il conceptualisation, préparation des transferts théorie-pratique, pratique-théorie ?

Le premier cours est probablement exemplaire à cet égard.

En effet, les groupes d'étudiants sont invités à partir d'une situation très contextualisée, par exemple de sa propre expérience en tant que malade, ou d'un texte écrit par une étudiante infirmière leucémique, pour en extraire les attentes des malades vis-à-vis des infirmières et des médecins. D'autres travaillent sur les représentations des infirmières dans le public à partir par exemple de la BD « les femmes en blanc », d'autres construisent une définition de la santé à partir de sources différentes,... Ensuite, la confrontation de toutes ces productions, la mise en évidence des liens qui existent, des différences et similitudes entre les productions de chacun, leur caractère complémentaire aussi et le temps de structuration qui suit permettent une véritable « généralisation », décontextualisation, conceptualisation donc des notions élaborées, notamment du soin infirmier, de ce qu'est une infirmière. Ceci aidera à cibler par exemple un diagnostic *infirmier*, une intervention *du rôle propre infirmier* et donc à recontextualiser ces notions lors d'un exercice de démarche en soins infirmiers notamment.

Comment les grilles de lecture aident-elles à reconceptualiser les situations professionnelles ?

Une bonne partie du cours vise l'intégration par les étudiants du fait qu'il existe des théories en soins infirmiers, plus particulièrement la théorie de V. Henderson, qui servent à appréhender la réalité selon une grille de lecture particulière. Pour ce faire, les étudiants sont mis devant une situation de patient qui leur est relatée dans sa complexité. Comment appréhender les éléments de cette situation ? Qu'est-ce qui concerne l'infirmière ? Qu'est ce qui concerne les autres acteurs de la santé ? Que devrais-je avoir comme outil, comme savoirs pour comprendre cette situation ? Que dois-je retenir de tout cela ? Pour en faire quoi ? Voilà autant de questions qui sont suscitées par la mise au travail (cours 3 et 4) et qui font apparaître les éléments de la théorie en soins infirmiers, et certains autres cours, comme une aide, une ressource pour mieux comprendre la réalité, donc comme des grilles de lecture qui aident à conceptualiser la pratique.

Mise en place d'une auto-évaluation régulatrice

Les occasions d'auto-évaluation sont fréquentes et prennent diverses formes. Dans la description du cours 7 se trouve la liste des objectifs à atteindre. Celle-ci est donnée à la fin du cours de manière à permettre aux étudiants de se situer par rapport à ceux-ci. Des listes de ce type existent aussi pour d'autres cours et servent de la même manière.

L'enseignante a permis aux étudiants qui le souhaitent de rédiger leurs propres définitions, réponses aux questions énumérées dans cette liste et de la lui soumettre pour correction. Une quinzaine d'étudiants (sur 100) ont profité de cette opportunité et ont énormément apprécié ce temps d'auto-évaluation et remédiation.

Lors de l'exercice d'intégration, pré-stage, la mise en situation est une occasion d'auto-évaluation globale avant le départ en stage.

Lors des exercices d'intégration post-stage, les étudiants amènent eux-mêmes une bonne part des situations à travailler. Ces situations sont choisies sur base des difficultés ou questions qu'ils y ont rencontrées, et ils ont l'occasion d'obtenir des réponses, des éclaircissements, une remédiation propre à encourager une véritable auto-évaluation.

En enseignement clinique, les étudiants sont invités à « s'auto-évaluer²² » en fin de matinée d'évaluation et ceci porte notamment sur la compétence de jugement clinique, soit sur l'objectif final de ce cours sur la démarche.

L'évaluation porte-t-elle sur la construction de compétences ?

Le cours est très clairement situé en lien avec la compétence de jugement clinique. Celle-ci est explicitée dans le référentiel de formation, avec ses paliers de compétences, ses objectifs et les critères qui permettent de l'évaluer.

Une évaluation partielle de la compétence est réalisée lors de l'examen de fin d'année puisqu'une analyse de situation – papier est demandée.

De plus nous avons vu que les matinées d'encadrement par l'IP en stage sont des occasions supplémentaires d'évaluation de cette compétence.

En outre, les étudiants doivent rédiger des rapports de stage (un par stage : 3/an), dont le contenu est essentiellement une analyse de situation de patient. Ces rapports de stage donnent lieu à une évaluation du jugement clinique et « alimentent » donc l'évaluation de cette compétence. Les différentes sources de points attribués au jugement clinique sont synthétisées dans la feuille de synthèse présentée dans la partie « système » de cette présentation.

O COMME OBSERVATION

De l'usage du diagnostic infirmier et de la démarche en soins infirmiers à l'hôpital

Peut-on véritablement considérer le cours sur la démarche et les diagnostics infirmiers comme étant un dispositif professionnalisant alors que ces outils, souvent considérés comme majeurs par les professeurs ne sont pas utilisés *explicitement* sur le terrain ??!

²² Selon Paquay, il faudrait parler ici plutôt de co-évaluation dans la mesure où l'étudiant jette un regard sur sa pratique en utilisant les critères formulés par les enseignants et figurant sur leurs feuilles d'évaluation. Leur propre évaluation est confrontée à celle de l'IP.

Impossible de répondre à cette question en quelques lignes, je voudrais simplement donner quelques pistes de réflexion :

- C'est assez différent de faire quelque chose ou d'en parler. La formalisation de l'action requiert des outils spécifiques. Ceux-ci, fatalement, appartiennent plus à ceux qui enseignent l'action qu'à ceux qui la pratiquent.
- Il est du ressort des enseignants de montrer, sur le terrain, les liens implicites qui existent entre ce qui se dit à l'école et ce qui se fait sur le terrain, ce sont seulement deux façons différentes de les aborder (par le langage ou l'action).
- Des traces du jugement clinique des infirmières sont cependant visibles dans les dossiers de soin mais souvent de façon éclatée : l'anamnèse, la planification des soins, les observations sont notés à des endroits différents. Les observations de soins, lorsqu'elles sont notées sous forme de « transmissions ciblées²³ » sont formulées en respectant les étapes de la démarche en soins infirmiers. Mais cette pratique est encore peu courante. Donc, même si des traces de jugement clinique existent, celui-ci peut rester invisible pour les étudiants, les liens entre les éléments n'apparaissent pas clairement.
- Il est donc de la responsabilité des professeurs de faire découvrir les liens entre les éléments sur le terrain d'une part, entre ces éléments et la démarche telle qu'apprise à l'école d'autre part. Il s'agit donc de ne pas ne pas « décoller ». Même si l'apprentissage de la démarche est une fin en soi pour le professeur lors du cours, elle reste un outil pour le professionnel et l'enseignant doit s'en souvenir pour situer toujours cette démarche par rapport à sa finalité.
- La confusion entre fin et moyen doit être évitée aussi pour l'apprentissage des diagnostics infirmiers.
- Pour ces derniers se pose le problème du jargon. La liste officielle des diagnostics infirmiers, traduits de l'anglais, est parfois exprimée dans un vocabulaire éloigné de celui des infirmières²⁴. Souplesse et rigueur sont nécessaires pour accepter une formulation plus proche de celle des professionnelles tout en restant vigilant à nommer le vrai problème et pas un autre.
- Ajoutons enfin que les infirmières ne se sentent pas valorisées par les écrits, par la démarche en soins infirmiers

Par ailleurs, soulignons le fait que les IP les plus anciennes n'ont pas été formées à la démarche et aux diagnostics infirmiers. Les plus jeunes l'ont été, mais souvent d'une façon rigide, éloignée de la pratique, entraînant des lourdeurs d'écriture... en sorte que ces outils ont été rejetés avec énergie dès la sortie de l'école.

Amener donc, ces différentes personnes à utiliser, aider à apprendre la démarche dans une logique à la fois souple et rigoureuse, et dans une cohérence de vues, tient de la gageure...

Evaluation du dispositif

Le dispositif comme tel n'est pas évalué mais l'enseignante a demandé une évaluation de l'ensemble de son cours, selon des modalités un peu particulières cette année. C'est-à-dire que Mme. Lejeune a demandé à ses étudiants de formuler trois conseils qu'elles donneraient

23 Il s'agit de noter les observations en commençant par une cible

24 Par exemple, une escarre se dit « altération des téguments », une incapacité d'expectorer « dégagement inefficace des voies respiratoires »...

pour améliorer le cours ou poursuivre les dispositions déjà prises. Il en ressort que les étudiants demandent avant tout :

- de continuer à faire des exercices sur base de leurs propres situations, questions qu'ils amènent après le stage
- de continuer à formuler aussi clairement les objectifs du cours en terme de savoirs attendus, et de permettre à ceux qui le souhaitent de soumettre leurs réponses écrites à ce « test » pour correction et remédiation.

S COMME SYSTEME

Répartition des heures de cours en première année

Répartition des heures de cours en première année		
Sciences professionnelles : 286 h.	Sciences fondamentales et biomédicales : 211 h.	Sc. humaines : 100 h.
Enseignement clinique : 240h.		
Histoire, déontologie et éthique		14
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI généraux		110
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en médecine		16
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en chirurgie		28
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en oncologie		6
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en gynécologie		6
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en périnatalité		19
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI aux enfants et adolescents		10
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI aux personnes âgées		23
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en santé mentale et psychiatrie		12
Secourisme et soins d'urgence		12
Ergonomie et manutention		10
Méthodologie de la recherche		20
TOTAL - Sciences professionnelles		286

Compétences

1.2.1.

Collecter les données relatives à un bénéficiaire de soins et déterminer les manifestations de dépendance et d'indépendance.

- OS1 Exploiter les sources d'informations indispensables à la prise en charge d'un bénéficiaire de soins
- OS2 A partir d'études de cas, distinguer pour les 14 besoins, les manifestations de dépendance et d'indépendance
- OS3 Identifier les données manquantes

Critères minimaux :

1. *Spontanéité dans la prise d'informations*
2. *Structuration de l'information selon les 14 besoins de V.Henderson*
3. *Actualité et pertinence dans les informations*
4. *Adéquation du tri dépendance et indépendance*
5. *Présence des informations prioritaires*

Critère de perfectionnement :

Caractère complet des informations collectées

1.2.2.

Nommer des problèmes du bénéficiaire de soins (hypothèses et/ou diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration). **SFC**

A partir d'études de cas ou de situations de stage :

- OS1 Formuler des hypothèses de D.I. à l'aide d'un manuel de référence
- OS2 Enoncer les caractéristiques déterminantes majeures qui permettent de valider des hypothèses pour les D.I. enseignés
- OS3 Différencier les P.T.C. des D.I.

Critères minimaux :

1. *Pertinence des hypothèses (D.I. et P.T.C.)*
2. *Validation des hypothèses à partir des signes observés chez le patient*

Critères de perfectionnement :

1. *Identification complète des problèmes*
2. *Formulation correcte des D.I. et P.T.C*

1.2.3.

Formuler des objectifs vérifiables auprès du bénéficiaire de soins. **SFC**

- OS1 Faire la différence entre les objectifs centrés sur le bénéficiaire de soins et les objectifs de soins
- OS2 Faire la différence entre objectifs et interventions
- OS3 Formuler les objectifs en terme de comportements observables chez le bénéficiaire de soins

Critères minimaux :

1. *Caractère adapté des objectifs*
2. *Caractère vérifiable des objectifs*
3. *Caractère réaliste des objectifs*

Critère de perfectionnement :

1. *Spontanéité de la négociation*

1.2.4.

Choisir et programmer les interventions. **SFC**

A partir d'études de cas ou de situations de stage :

OS1 Déterminer les interventions se rapportant aux problèmes relevés et aux objectifs fixés, pour autant qu'ils aient été vus au cours

OS2 Rédiger dans un ordre chronologique, un programme d'interventions adapté au bénéficiaire de soins et dans les limites de ses compétences

Critères minimaux :

1. Pertinence du choix des interventions
2. Pertinence de la programmation

Critères de perfectionnement :

1. Précision des différents intervenants
2. Réalisme dans la programmation

1.2.5.

Evaluer l'atteinte des résultats des interventions et des objectifs fixés. **SFC**

OS1 Pouvoir comparer le résultat attendu au résultat obtenu

OS2 Pouvoir justifier les résultats en se référant aux différentes étapes de la démarche de soins

Critère minimal :

1. Recueil des informations pertinentes à l'évaluation

Critère de perfectionnement :

1. Pertinence des réajustements proposés

Déroulement habituel d'une « matinée d'évaluation » en stage d'hospitalisation

- La veille de l'évaluation (l'étudiant est prévenu par une annotation sur l'horaire, du jour où l'IP passera), l'étudiant choisi, seul ou sur le conseil d'une infirmière, le patient qu'il soignera avec son IP le lendemain. Dans la mesure du possible, l'étudiant choisi un patient qu'il connaît bien. Les autres critères de sélection du ou des patients figurent dans la situation de référence notée dans le référentiel pédagogique (cfr. annexe 4). Cette situation ne peut que rarement être rencontrée comme telle, les patients peuvent en effet souvent présenter un état plus grave ou des appareillages plus ou moins complexes. Cependant, ayant dessiné la situation dans laquelle l'étudiant doit satisfaire aux critères, il est plus aisé de « relativiser » les lacunes éventuelles, parfois liées à la complexité trop grande de la situation. Ne pouvant agir sur celles-ci, l'évaluateur réagit plutôt en étant plus « souple » par rapport aux critères.

- La veille toujours, l'étudiant « prépare » l'évaluation en collectant les données précises sur le patient. Il doit être en mesure de présenter ce patient à l'IP, selon une approche infirmière. Cela signifie qu'il doit connaître la situation familiale et sociale de la personne, sa pathologie, la raison d'hospitalisation, le traitement. Il doit aussi avoir formulé des hypothèses de diagnostics infirmiers et de problèmes traités en collaboration, à partir des manifestations de dépendance et d'indépendance, et de la pathologie.
- *En première et deuxième année*, une fois les problèmes ciblés, l'étudiant doit rédiger un plan de soins complet pour la matinée de prise en charge, soit formuler des objectifs et la liste des interventions. Tous ces renseignements ne doivent pas être connus dès le premier stage. Il existe en première année une progression qui est précisée aux étudiants, dans le niveau d'exigence. Dans les autres années aussi il peut y avoir une variété dans la « quantité » et la « qualité » des informations exigées. Mais dans ces cas, les variations sont plus souvent liées aux exigences spécifiques de chaque IP.
- *En troisième année*, depuis l'année 99-2000, dans un souci d'allégement de la charge des étudiants, il y a eu une réduction de l'écrit en rapport avec l'analyse.
- Les problèmes des patients sont présentés selon un schéma qui met en évidence les liens qui existent entre eux.
- Les hypothèses de DI et de PTC sont validées oralement, contrairement aux deux premières années où tout doit être écrit.
- La démarche complète (objectifs, planification des soins par problème) ne doit plus être écrite non plus, laissant la place à une planification plutôt de type chronologique des activités de la matinée. Nous insistons cependant pour que dans cette planification apparaissent des interventions du rôle propre infirmier, en lien avec les problèmes du patient. Il ne faudrait pas qu'après avoir « décortiqué » la situation du patient, on se contente d'une liste de prestations de base, correspondant au rôle prescrit uniquement, sans aucune personnalisation des soins.
- Le jour de l'évaluation, l'étudiant rencontre le patient afin de prendre connaissance de son évolution dans les dernières heures, de prendre ses paramètres et autres renseignements utiles à une actualisation de la prise en charge. Ensuite il présente brièvement le patient à l'IP. Quelques premières mises au point peuvent être faites car l'IP pose des questions d'éclaircissement, si nécessaire. Le but de ce premier entretien est essentiellement de situer le patient, ses problèmes prioritaires et les soins à lui donner afin de le soigner en toute sécurité.
- Les soins sont ensuite assurés par l'étudiant assisté, guidé, aidé par l'IP. En troisième, l'étudiant peut déléguer une partie des soins à un étudiant d'une autre année ou à une aide soignante, voire même à l'IP, puisque l'on juge aussi (surtout ?) sa capacité d'organisation.

- L'IP a souvent plus d'un étudiant à voir par matinée, elle passe donc de l'un à l'autre, ayant négocié le matin, avec les patients, les infirmières, les étudiants, les priorités dans la prise en charge. La prise en charge de plusieurs patients par deux étudiants peut être concomitante ou se succéder dans le temps. Il peut donc y avoir des moments, après les soins, où une étudiante se trouve seule et peut dès lors commencer son auto-évaluation, en attendant de retrouver son IP.
- Lorsque tous les soins sont donnés, les étudiants s'entretiennent avec leur IP. Ici il peut y avoir beaucoup de différences selon les IP. Différences dans le contenu, la longueur, les modalités de l'entretien.
- La teneur de cet entretien, avec les nuances que l'on vient de dire, s'articule cependant autour de l'évaluation des paliers de compétences travaillés en stage, de l'analyse des sources de difficultés et des modalités de remédiation.
- Une synthèse des remarques est notée par l'étudiant lors de son auto-évaluation, et/ou par l'IP lors de la mise en commun, sur la feuille d'évaluation.
- L'IP emmène la feuille d'évaluation pour la donner à la titulaire, et une discussion entre IP peut avoir lieu lors des réunions dites « de conseil de classe ».

Stages en première année

Programme d'étude 2002-2003 pour les Infirmier(ère)s Gradué(e)s

Sciences professionnelles	ECTS	h-an	
Nbr Gr			
Histoire, déontologie et éthique	1	14	1
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI généraux	9	110	19
		6	1
		85	4
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en médecine	1	16	32
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en chirurgie	2	12	24
		16	1
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en oncologie	0,5	6	1
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en gynécologie	0,5	6	2
		4	1
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en périnatalité	1,5	19	6
		6	4
		7	2
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI aux enfants et adolescents	1	10	2
		8	1
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI aux personnes âgées	2	23	4
		9	2
		10	1
Pr. généraux de santé et de SI et ex didactiques : SI en santé mentale et psychiatrie	1	12	1
Secourisme et soins d'urgence	1	12	4
		8	2
Ergonomie et manutention	1	10	4
Méthodologie de la recherche	2	20	40
			1
TOTAL Sciences professionnelles	23,5	286 H	
Sciences fondamentales et biomédicales			
Biochimie, biophysique	2	21	1
Biologie, anatomie, physiologie : Biologie	1	12	1
Biologie, anatomie, physiologie : Anatomie	2	25	1
Biologie, anatomie, physiologie : Physiologie	3	30	1
Notions d'embryologie, de génétique et de physiologie de la grossesse	0,5	6	1
Bactériologie, virologie, parasitologie, immunologie	1	11	1
Pathologie générale et spéciale : Cardiologie - pneumologie - endocrinologie	1,5	19	1

Pathologie générale et spéciale : Médecine physique	0,5	8		1
Pathologie générale et spéciale : Pathologie infectieuse	1	13		1
Pharmacologie	1	13		1
. Radiologie et techniques d'investigations	0,5	6		1
. Hygiène et prophylaxie : Prévention - épidémiologie	1	12		1
. Hygiène et prophylaxie : Santé - environnement	0,5	8		1
. Hygiène et prophylaxie : Hygiène hospitalière	1	15		1
. Nutrition et diététique	1	12		1
TOTAL Sciences fondamentales et	17,5	211 H		
Sciences humaines et sociales				
Anthropologie et sociologie : Anthropologie	1	12		1
. Anthropologie et sociologie : Philosophie - Morale	2	32		1
. Anthropologie et sociologie : Gérontologie sociale	0,5	6		1
. Psychologie : Psychologie	2	26		1
. Psychologie : Psychologie appliquée aux SI	0,5	12	12	3
			12	1
. Droit et législation relative à la profession : Droit	1	12		1
TOTAL Sciences humaines et sociales	7	100 H		
Enseignement clinique				
Compétence1 : Esprit scientifique et recherche		30		
Compétence2 : Jugement clinique		90		
Compétence3 : Prestation de soins		60		
Compétence4 : Communication		30		
Compétence6 : Engagement professionnel		30		
TOTAL Enseignement clinique	12	240 H		
Enseignement théorique et enseignement clinique	60	837 H		

Certification de l'enseignement clinique

L'enseignement clinique fait l'objet d'une évaluation transversale. C'est-à-dire que ce sont les compétences des étudiants qui sont évaluées et qui vont apparaître dans le bulletin final de l'étudiant et pas des notes séparées pour chaque stage ou pour chaque activité relative aux stages. Il existe donc plusieurs sources de notes qui viennent alimenter l'évaluation des compétences. Ces notes sont pondérées différemment, mais il faut que l'étudiant obtienne la moitié des points dans chaque compétence pour réussir son année. Tout échec en compétence, si petit soit-il est donc considéré comme un gros échec.

Ci-dessous se trouve la feuille de synthèse des points de l'enseignement clinique de première année.

I. CERTIFICATION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE
--

Nom : Prénom :

 Classe : A B C

		STAGE I					STAGE II					STAGE III											
Lieu de stage																							
Nom de l'IP																							
Paliers compét.	Rapport de stage	Tot. pond. /PC	Tot. pond. /C	Tot. /20	Cert. hôpital		Tot. pond. /PC	Tot. pond. /C	Tot. /20	Cert. salle technique			Tot. pond. /C	Equipe hôpital			Tot. pond. /PC	Tot. pond. /C	Tot. /20	Tot. pond. par comp.		Tot. /20	
					II	III				N	AS	AS		I	II	III				Comp	Pond		
1.1.3.	rech.	/10	/10	/10	/30	/20	/20														1	/20	/20
1.2.1.	C.D.	/10	/10	/10	/15			/10	/10	/10											2	/60	/20
1.2.2.	DI/PTC		/10	/10	/10			/10	/10	/5													
1.2.3.	obj.		/10	/10	/2,5			/10	/10	/2,5													
1.2.4.	program.		/10	/10	/5			/10	/10	/5													
1.2.5.	év. obj.		/10	/10	/2,5			/10	/10	/2,5													
1.3.1.	exéc.S.T.									/20	/20	/5	/10	/10	/20						3	/40	/20
1.3.2.	exéc.US.							/10	/10	/20													
1.4.1.	co.fon.							/10	/10	/10					/10	/10	/10	/5			4	/20	/20
1.4.2.	att.éc.							/10	/10	/5	/15	/20						/5	/20				
1.6.4.	pl.gr.														/10	/10	/10	/10			6	/20	/20
1.6.5.	form. + auto-év.	/10	/10	/10	/10	/10	/20											/10	/20				

R COMME REFERENTS THEORIQUES

- CARPENITO L.J., *Diagnostics infirmiers et problèmes traités en collaboration*, Paris, Inter-Edition, 1993, 610 p.
- CHARTIER LOUISE, *Atelier sur la métacognition et le raisonnement diagnostique*, Non publié, Université de Sherbrooke, Qc. Canada
- KÉROUAC S., PEPIN J. et al., *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*, Maloine, Paris, 1994
- LEMENU D., *L'approche systémique des diagnostics infirmiers*, *Soins cadres*, n° 39, août 2001, pp. 36-39
- PAQUAY L., ROEGIERS X., *Caractériser des pratiques d'évaluation des compétences*, non publié, Formation des 27-31 août 1999, UCL, Département des sciences de l'éducation
- RUBENFELD M, SCHEFFER B, *Raisonnement critique en soins infirmiers, guide d'apprentissage*, éd. De Boeck université, 1996

ANNEXES

EXERCICE D'INTEGRATION

1re année IG

Madame S. est hospitalisée le pour :

- altération de l'état général
- escarre talonnière droite avec ostéite de la base du calcaneum

Présentation de la situation de la personne

C'est une dame âgée de 88 ans qui vit avec son mari encore très valide dans une maison individuelle.

Elle est entourée par ses trois enfants qui sont à la retraite. Très attentifs à l'égard de leur mère, ils participent aux activités de la vie quotidienne : ménage, courses, repas.

On note que le repas de midi est livré par des services d'une association d'aide aux personnes âgées.

C'est une dame grabataire qui, à domicile, dispose d'un lit médicalisé.

Une infirmière passe 2 fois par jour pour effectuer les soins d'hygiène.

Madame S. parle uniquement un patois régional.

Antécédents médicaux

- Coxarthrose bilatérale invalidante
- Plusieurs accidents ischémiques transitoires
- Une démence vasculaire
- Un diabète non insulino-dépendant (DNID) évoluant depuis 30 ans, traité à domicile par sulfamides oraux : Diamicron® 3 co/jour.
- Une artérite des membres inférieurs stade III

Situation actuelle

- Mme S. présente des escarres de décubitus aux deux talons et au sacrum.

- L'escarre talonnière droite a été excisée à domicile et s'est compliquée d'une ostéite à la base du calcaneum. Celle-ci est à l'origine de douleurs importantes.
- Le prélèvement bactériologique met en évidence la présence de pyocyanique.
- Une amputation est envisagée suite aux résultats du Doppler qui confirme la sévérité de l'artérite sans possibilité de revascularisation.
 - L'escarre sacrée au stade II est traitée par pansement hydrocolloïde.
 -

Traitement

- Humuline® (insuline) : 26 unités le matin
- Mixtard® (insuline) : 8 unités le soir
- Praxilène® (vasodilatateur) : 3 co/jour
- Oflocet® (antibiotique) : 2 co/jour
- Claforan® (antibiotique) : 3 x 1 gr IVD
- Morphine® (antalgique majeur) : 1 amp. SC, ½ h avant les soins d'escarres
- Dafalgan® (antalgique) : 1 gr
- Fragmin® (héparine à bas poids moléculaire) : 2500 UI en SC à 19h
- Sérum glucose 5 % : 500 ml + 3 gr NaCl + 1 ml bicarbonate + 5 U Actrapid®
- Pansement hydrocolloïde sur l'escarre sacrée

Surveillance

Glycémie capillaire 4 x/jour

Dossier infirmier

Nutrition :

- Pli cutané
- Mange habituellement seule, mais ne s'alimente plus guère depuis une dizaine de jours
- Ce matin, elle a refusé son petit déjeuner
- Boit uniquement quand on lui propose
- Prothèse dentaire complète

Elimination

- Incontinence urinaire : fuites urinaires attribuées à une vessie instable →sonde urinaire à demeure
- N'a pas eu de selles depuis 4 jours

Mobilisation

- Est alitée toute la journée
- Présente des douleurs importantes lors des mobilisations, qui se manifestent par des gémissements et des grimaces
- Douleurs également au niveau de toutes les articulations
- Changement de position toutes les 2 heures

Processus cognitif

Troubles du jugement et de la mémoire, désorientation temporo-spatiale

Hygiène

- Ne fait pas sa toilette seule
- Participe peu à cette activité