

➤ Le raisonnement clinique en questions

J'interroge ici le sens du raisonnement clinique, saisissant qu'il n'est pas simplement un outil de réflexion. Cela m'amène à dire, comme postulat de départ, qu'il est un ensemble de procédés utilisés par le soignant, qu'il soit médecin, paramédical ou autre, permettant la réalisation d'un recueil de données pertinent en vue de chercher à mieux comprendre ce que vit le patient dans la situation qui est la sienne. En vue également de formuler un diagnostic, une appréciation de la situation ainsi que des objectifs de soins. Au-delà d'une méthode, le raisonnement clinique est une posture qu'adopte le soignant dans sa rencontre singulière avec cet autre qu'est le soigné.

Le soignant est dans sa recherche de vérité avec le patient qu'il rencontre. Cette vérité qui est constatée, qui lui est donnée à voir, lui apparaît accompagnée de certitudes (« Je suis sûr de ce que je vois »...). Le raisonnement clinique, s'il recouvre toutes les actions, les intentions visant communément à connaître le patient, ou tout au moins appréhender sa situation de soin, recouvre également le contexte, en cela qu'il prend ossature dans l'échange, devenant le reflet de la réflexion du soignant envers le soigné. Il s'agit de réfléchir la « clinique » à des fins de construction du projet de soin, de rendre le raisonnement congruent pour cet autre qui en est le bénéficiaire.

C'est un début d'analyse, voire une entrée en raisonnement, mais cela n'est rien si le soignant ne la confronte pas à son expérience, soit la mise en œuvre de la déduction convertie en actions. Avec ce procédé, le soignant « chercheur » peut orienter sa recherche de données pour corroborer son hypothèse — la relation de soin pouvant cependant aisément perdre en sincérité si le soignant focalise sa recherche sur l'élément « preuve ». Il se rend ainsi moins disponible à l'écoute.

Au cours de son exercice, le soignant constate, obtient, entend, perçoit des indices mineurs ou majeurs, des signes même infimes, et pour peu qu'il soit concentré sur la relation soignante et ce qu'elle engendre, il est alors en position de recueillir des éléments fondamentaux pour nourrir sa réflexion. Ainsi, le soignant peut aboutir à « produire du sens » en rapprochant les éléments recueillis avec le diagnostic médical, les complications potentielles ou bien le diagnostic infirmier.

Le modèle hypothético-déductif et le modèle inductif peuvent apparaître différents dans leurs descriptions. Le premier part d'une généralité pour aboutir à des particularisations, et le second part de prémisses pour aller vers une généralisation. Pour autant, le mécanisme cognitif de traitement utilisé par le soignant relève du même processus, de la même logique.

Majoritairement, nos actions quotidiennes proviennent d'un raisonnement intuitif. En effet, le traitement de l'information demande un travail cognitif important. Le cerveau recourt à l'intuition pour permettre la construction du raisonnement, en limitant la sollicitation de l'attention et de la mémoire.

Le résultat de ce « raisonnement » intuitif produit des hypothèses inscrites dans la mémoire de travail. C'est ensuite le processus cognitif et analytique qui va « consulter » ces bases pour permettre d'infirmier ou de confirmer les hypothèses, au regard des éléments recueillis et/ou vécus, permettant, au passage, l'enrichissement de la mémoire expérientielle.

Il reste que certaines décisions, dans des situations d'urgence par exemple, peuvent être prises « immédiatement » voire automatiquement par le soignant, avant même

qu'il ne réfléchisse ou ne comprenne.

Le raisonnement clinique est déterminé par quatre caractéristiques :

- l'acquisition de connaissances exhaustives et réactualisées ;
- le postulat qu'il n'existe pas de « science du singulier » (W. Hesbeen) ;
- une capacité relationnelle sincère, subtile et sensible ;
- l'échange interprofessionnel pour une mise en perspective de ses idées et l'enrichissement de son savoir.

Le soignant doit comprendre la pensée et le raisonnement pour parvenir à la construction de sens. Cette posture que prend le soignant, le praticien narrateur d'une situation vécue, le place donc à la fois comme « scripteur » (P. Ricoeur) et aussi comme lecteur, c'est-à-dire constructeur de sens.

Le raisonnement procède d'un jugement raisonné et contrôlé reposant sur des informations additionnelles, collectées activement par l'individu dans son environnement donné et dans l'application consciente et réfléchie de règles scientifiques.

Manier le raisonnement, en comprendre le sens et savoir l'opérationnaliser est une étape fondamentale pour le soignant dans l'élaboration du plan de soins qu'il construit avec le patient. Néanmoins, rien n'est possible s'il n'y a pas *rencontre*. Quoi de plus beau que de rencontrer autrui, quoi de plus nourrissant pour celui qui a choisi d'aider que de se voir permettre d'entrer en relation avec cet autre ? Il importe, dès lors, de véritablement oser la rencontre, oser cette action, oser s'ouvrir à l'enrichissement, de vouloir être à la source d'un vécu porteur d'expérience, toujours relative et singulière.

La richesse d'une méthode, comme une méthode d'entrée en relation, vaut bien plus par la répétition de son acte que par sa seule acquisition.

La réitération d'un procédé, comme le recueil de données, peut être compromise par la simple intention d'en tirer autre chose que ce à quoi il est destiné. Communément, dans la pratique soignante, il est souvent question de « poser une intention » sur autrui. Cette intention « instrumentalisée » apporte une distorsion de la lecture de situation, occultant ce qui se vit au profit de ce qui est recherché.

Si l'outil permettant de recueillir des informations auprès du patient peut se matérialiser en une fiche action, la manipulation de cet outil requiert, outre de l'humanité, une certaine humilité. C'est ainsi que la méthode dite de « formation » est à concevoir simplement comme un outil du faire et non comme un outil du faisant.

Dans cet espace de rencontre que crée la relation de soin, le soignant peut risquer la « non-rencontre » s'il considère être le seul à chercher les éléments qu'il veut trouver.

« Par l'acte même d'objectivation, de réduction, d'analyse, je détruis la signification que je prétendais

SOMMAIRE

➤ Le raisonnement clinique en questions

➤ Prochains RDV

➤ Vient de paraître...

➤ Revue *Perspective soignante* n°58



appréhender. Un signe d'affection décomposé en mouvements mécaniques et en variations de taux d'hormones perd complètement le sens dont il est porteur¹. »

Le soignant, bien que sincère, peut poser sur cet autre qu'est le soigné son propre désir. Faisant fi de ce que cet autre lui livre, il peut seul estimer ce qui va être nécessaire, voire bénéfique à cet autre pour résoudre son problème de santé.

Cet autre est humain, il est à mon image sans pour autant être à l'identique de moi. Nous partageons une même humanité. Dans ce moment de partage qu'est la relation de soin, est-ce que je le reconnais comme un « sujet » avec qui je peux engager une rencontre ? Ou bien est-ce que j'en fais un objet qui peut servir mes intérêts et ma satisfaction, comme celle d'établir une liste d'actions pour résoudre un problème de santé ?

S'il est démontré, ou démontrable, que le soignant, dans son activité de réflexion, utilise des procédés, des modèles différents, il n'est pas ici question de l'exercice même de la pensée. Il s'agit plutôt de convenir que le raisonnement clinique constitue le moyen « globalisant » par lequel le soignant comprendra au mieux le besoin de la personne soignée dans la situation de soin unique et univoque qu'elle vit.

Univoque parce que ce que cette personne vit lui est propre et que le soignant peut accompagner cette personne dans ce vécu particulier mais il ne peut en aucune façon vivre la même situation. Aucun guide, aucune règle de bonnes pratiques ne peut se substituer au raisonnement du soignant ; de tels guides ne sont à considérer que pour ce qu'ils sont : des supports de travail et des soutiens d'apprentissage.

Être acteur de la relation, être « agissant » présuppose d'être un « apprenti-sage », pour lequel il est attendu un projet, un contrat, un environnement, une alternance. L'apprenti-sage va alors développer son art de soigner en se donnant les moyens de relier des champs de savoir très souvent dissociés : savoir, savoir-faire, savoir-devenir et savoir-être.

Cette élaboration fait appel au raisonnement. Elle est comparable à un chemin qui part du patient et fait cheminer le soignant successivement ou concomitamment dans des champs de connaissances multiples. Le soignant est convié à problématiser la situation, poser sa réflexion avant que de pouvoir entrer en démarche de soins.

Le raisonnement clinique tend donc vers une connaissance de la personne, afin de recueillir, outre des informations précises, surtout des informations précieuses.

Si le raisonnement clinique amène au raisonnement discursif, il faut y distinguer l'intuition sensible, qui est donnée directement à l'esprit par la sensation ressentie, et l'intuition intellectuelle qui donne directement à l'esprit la connaissance enregistrée et immédiatement mobilisée.

Le soignant parvient à raisonner intuitivement grâce :

- aux expériences vécues dans sa pratique clinique. Ces expériences lui permettent de stocker et d'organiser dans sa mémoire à long terme des connaissances utiles pour raisonner efficacement ;
- à des exemples concrets, qui désignent des situations cliniques entreposées dans la mémoire à long terme telles qu'elles ont été vécues, sans transformation ;
- à des prototypes, dont la construction résulte d'un processus de transformation et d'abstraction d'exemples vécus, qui conduit à se représenter une situation sous sa forme la plus typique et, ainsi, à la reconnaître rapidement lors de la confrontation à des situations similaires.

Le raisonnement clinique est mobilisé très précocement lors de la rencontre avec le patient, sans effort conscient de la part du soignant. Il repose sur la prise en compte dans l'environnement de quelques informations cliniques et contextuelles permettant de se représenter rapidement la nature du problème et de prendre des décisions.

Le raisonnement clinique se situe donc dans un dialogue intérieur que le soignant construit entre son action quotidienne et la compréhension de cette action. Ce raisonnement recouvre des niveaux de réflexion multiples et multipliables.

Toutefois, dans ce dialogue intérieur, le soignant doit préserver le lien relationnel, pour ainsi éviter le paradoxe du « soigné-voulu acteur de son soin » maintenu à l'extérieur de la construction stratégique de son plan de soin (médical et paramédical), devenant un « soigné-receveur » alors qu'il devrait être un bénéficiaire ; et ce singulièrement avec ce patient particulier qui ne sait pas ou ne sait plus exprimer ce que pourtant lui seul ressent et vit.

Le raisonnement clinique, comme la rencontre, se vit et se construit. Il doit s'appuyer sur une politique d'accompagnement du soignant dans sa réflexion, sur le fondement du prendre soin de l'humain, et sur l'identification des valeurs mises en jeu dans une pratique de soin voulue individualisée.

Outre ses capacités, voire ses compétences, mnésiques et cognitives, le soignant dispose d'atouts émotionnels et cette capacité particulière de se représenter ce que l'autre ressent et/ou pense. Il est ici question d'empathie ; qu'il s'agisse de capacité ou d'attitude, l'empathie pourrait simplement se définir comme l'équilibre entre sympathie et antipathie.

Dans une relation dite de qualité, dans cette sincère volonté d'empathie, le soignant évitera de penser pour le soigné, de s'estimer capable de se mettre à sa place, de prétendre comprendre ce que cet autre vit, au moment où il le vit, voire de préméditer le ressenti du soigné au motif que le soignant ayant déjà « vu cela » peut présager des réactions à venir. En s'astreignant à cette modestie émotionnelle ou réactionnelle, le soignant évitera l'économie d'attention au profit de l'acte.

Le raisonnement clinique doit être l'antagoniste de la mécanisation des soins, délétaire pour la qualité de la relation.

Pour le soignant, l'acte de raisonner lui permet d'envisager non seulement de mieux connaître la personne soignée, mais aussi de mieux identifier tout ce qui va concourir à lui prodiguer, lui procurer des soins adaptés à la situation clinique qui est la sienne.

Le piège dans lequel le soignant peut se laisser prendre, l'exercice du soin par le biais d'actes techniques toujours plus précis et plus perfectionnés, peut aboutir à ce que l'être humain ne soit plus considéré dans sa singularité mais comme une « association de symptômes ».

D'une certaine façon, l'exercice infirmier, en France, l'exercice soignant au sens large, prend ce chemin. En effet, la relation soignante se caractérise par un raisonnement hyper-technicisé avec de surcroît une altération des outils d'entrée en relation, comme la démarche de soins et son pendant, les transmissions ciblées. Le piège est de perdre l'humain au travers de cette recherche d'éléments, de données, si le soignant n'a pas le souci de l'autre. Si la médecine de l'organe peut s'organiser, la médecine de l'humain doit pour sa part être humanisée. . .

Le soin, et particulièrement le soin infirmier, est au cœur d'une conjugaison de sciences aussi différentes que les sciences médicales, les sciences humaines et les sciences de l'éducation.

Le raisonnement clinique est un véritable processus cognitif. En étant attentif, volontairement attentif à ce qu'il perçoit, à ce que autrui lui donne à voir, en mobilisant ses différentes formes de savoirs (scientifiques, expérientiels), en recourant à son intuition, sa déduction, le soignant se voit ainsi « outillé » pour vivre une relation de soin véritable, au sens d'une source de vérité, et pour ainsi oser la rencontre.

C'est pour cette raison que le raisonnement clinique devrait toujours être laissé en mouvement.

Deux questions pourraient suivre ce premier postulat :

- Le raisonnement clinique est-il producteur d'informations, ou producteur de sens ?
- Le raisonnement clinique est-il un résultat ou bien un processus ?

Michelle Andrien

Cadre de santé – CH de Verdun Saint-Mihiel et Formatrice au GEFERS

1 - D. Lambert, Sciences et théologie. Les figures d'un dialogue, Lessius-Presses Universitaires de Namur, 1999.

NOS PROCHAINS RENDEZ-VOUS

➤ Formations INTER

Éthique et management

- Dates : 22, 23 janvier et 26, 27 mars 2018
- Lieu : Paris
- Formateur : Michel Dupuis

Éthique et pédagogie

- Dates : 02, 03 juillet et 24, 25 septembre 2018
- Lieu : Paris
- Formateur : Michel Dupuis

➤ Journées Itinérantes Francophones d'Éthique des Soins de Santé

Vieillesse éthique et société

Quel accompagnement respectueux de la liberté et de l'identité de la personne âgée dans la pratique quotidienne des soins?

Tours
09 et 10 novembre 2017

Programme disponible dès maintenant
sur www.gefers.fr

Éthique et organisation

L'encadrement de proximité des soins de santé.
Les enjeux éthiques d'une pratique porteuse de sens

Reims
17 et 18 mai 2018

Appel à communication disponible
dès le 25 septembre 2017 sur www.gefers.fr



➤ Vient de paraître...



Soin(s), éthique et vieillissement

Du souci de la personne âgée aux enjeux pour la pratique

Coordonné par Michel Dupuis, Raymond Gueibe, Walter Hesbeen

Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin (GEFERS)

➤ Les connaissances sur le vieillissement ont grandement progressé ces dernières décennies, tandis que les avancées médicales ont accru la possibilité de soigner des personnes toujours plus âgées. Parallèlement à ces progrès, les soins à prodiguer aux personnes âgées ont été le cadre d'un cheminement réflexif éthique intensif. Un travail en collaboration étroite de tous les intervenants amenés à rencontrer la personne et ses proches en ville, à domicile, dans un établissement de soins ou d'hébergement est nécessaire pour respecter toutes les dimensions du prendre soin. C'est cette réalité du vécu des personnes âgées comme de celles qui se soucient d'elles que nous dévoilent les auteurs du présent ouvrage. Professionnels de la santé ou formateurs, ils donnent d'abord une vue d'ensemble de ce qu'est l'état de la vieillesse, marqué par la fragilité, la vulnérabilité. Ils rappellent les implications des notions de dépendance et d'autonomie, ou l'approche culturelle de la relation à la personne qui vit le vieillissement. Sont ensuite traitées de questions portant sur les soins à prodiguer à la personne âgée, questions qui requièrent d'aller au-delà des évidences étant donné les enjeux pour la pratique : la dépression, la démence, la fin de vie, avec sa temporalité différente et la façon de l'anticiper, le sens de la toilette, l'influence de l'architecture des établissements sur le bien-être, ou encore l'importance du travail en réseau, à la fois sanitaire et social. Les auteurs livrent également des situations cliniques, un tel partage d'expériences servant d'appui à l'enrichissement des pratiques quotidiennes. Cet ouvrage s'adresse à l'ensemble des soignants amenés à prendre soin de personnes affaiblies par l'âge, cette vulnérabilité appelant une réflexion individuelle et collective, une vigilance éthique constante.

ISBN : 978-2-84276-228-5

Éditions Seli Arslan, collection Perspective soignante.



Les mots du prendre soin

Définitions, points de veille et questions de réflexion

Lise Michaux

➤ Prendre soin est une expression couramment employée dans le milieu professionnel de la santé. Il s'agit d'une des principales valeurs soignantes ou encore d'une philosophie du soin. Un des objectifs de ce livre est de participer à la compréhension de cette notion. Cela nécessite de considérer le prendre soin telle une dimension où s'interpénètrent les diverses formes d'actions de soins possibles, en quelque lieu que des soins soient prodigués, un domaine à l'interface des personnes soignantes et soignées.

Les principales notions choisies dans ce livre ont en commun de pouvoir être étudiées à travers la grille de lecture du prendre soin, et d'avoir des répercussions sur la qualité des soins suivant la façon dont elles sont conçues. Pour chaque notion, une proposition de définition est fournie. Chacun pourra y apporter les nuances dépendantes de son exercice professionnel, les précisions liées à ses propres ressentis. Puis, des points de veille soignante sont livrés, en lien avec les conceptions du prendre soin. La volonté de prendre soin requiert en effet des efforts, une constance dans la veille personnelle, managériale, organisationnelle, tant un relâchement peut, sinon conduire à des dérives, induire des manquements, susciter des regrets chez les professionnels, des ressentis négatifs chez les personnes soignées et accompagnées. Là encore, chacun, suivant ses propres expériences, pourra songer à d'autres points de veille particuliers. Enfin, des questions pour approfondir la réflexion sont proposées. Celles-ci sont d'ordre éthique, relèvent de la mise en débat. Elles visent à considérer à distance les pratiques pour voir notamment en quoi elles peuvent se dérouler différemment dans la perspective du prendre soin ou encore en quoi elles peuvent toujours être améliorées.

Ce livre s'adresse à l'ensemble des professionnels de la santé qui y trouveront des repères pour leurs réflexions et leurs pratiques. Il pourra servir aux formateurs en soins infirmiers, les questions de réflexion pouvant faire l'objet de travaux en groupe. Les étudiants y trouveront des éléments pour le travail de conceptualisation requis pour leur mémoire de fin d'études. Cet ouvrage pourra encore être employé comme support dans des groupes d'analyse de pratiques.

ISBN : 978-2-84276-229-2

Lise Michaux est l'auteur aux Éditions Seli Arslan des livres *Le soignant chercheur, Cultures et valeurs dans l'univers du soin* et *Les recherches en soins*.

➤ Revue Perspective soignante sommaire n°58

La toilette à domicile chez les personnes atteintes de démence. Les situations d'opposition au soin

Pierre Azanza, Fabienne Deyris Carcedo

La sonnette : objet d'un questionnement éthique de la pratique quotidienne des soins

Jean-Charles Lallier, Angélique Maquart

Les mots du prendre soin

Lise Michaux

Se saisir du travail réel pour manager autrement. L'exemple du parcours personnalisé de soin en hématologie ambulatoire

Nadia Pradeilles

Le soin dans l'existence. Les notions d'autosoin et de capacité

Bernard Honoré

La bienveillance

Philippe Merlier

Travail en réseau et partenariat : les travailleurs sociaux seraient-ils des soignants comme les autres ?

Émilie Collaintier, Véronique Mathieu



« Agir pour la santé et le bien-être au travail »