THÈSE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En sciences de l'éducation

École doctorale ED 58 LANGUES, LITTÉRATURES, CULTURES, CIVILISATIONS

Unité de recherche Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique, Education et Formation

Le raisonnement clinique de l'infirmier en service d'urgence : à la recherche des ressources mobilisées, de son activité pour orienter, transmettre les informations et soigner le malade

Présentée par Alexandra Malterre

Le 08 Juin 2023

Sous la direction de Mr Alain Jean maître conférence HDR

Devant le jury composé de

Dominique Broussal, Professeur des universités, Université de Toulouse	Rapporteur
Eric Saillot, Maître de conférences HDR, Université de Caen Normandie	Rapporteur
Alain Jean, Maître de conférences HDR, Université de Montpellier	Directeur de thèse
Thérèse Perez Roux, Professeure des universités émérite, Université Paul Valéry Montpellier	Examinateur
Béatrice Lognos, Maître de conférences des universités HDR, Faculté de médecine Montpellier	Examinateur
Maryvette Balcou-Debussche, Professeure des universités émérite, Université de la Réunion	Examinateur

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Résumé

L'objectif de cette thèse est d'améliorer la formation initiale des étudiants en soins infirmiers dans le domaine de l'apprentissage du raisonnement clinique. Le cadre conceptuel de la didactique professionnelle qui vise à comprendre les conceptualisations en jeu par les acteurs, a permis d'analyser les verbatims recueillis auprès d'infirmiers réalisant l'entretien d'accueil nommé « tri » de patient en service d'urgences. C'est à partir de l'identification des ressources mobilisées par les professionnels, que des invariants situationnels relatifs aux premiers repérages de problématiques de santé des patients permettant une bonne orientation au sein du service des urgences, ont été repérés. Mais le discours que les professionnels explicitent sur les ajustements permanents qu'ils réalisent selon non seulement les réponses données par le patient, mais aussi selon les indicateurs qu'ils perçoivent, qu'ils sélectionnent, qui s'imposent d'eux-mêmes chez le patient lorsqu'il s'exprime, communique ou ne communique pas, ont peu à peu conduit les recherches sur la piste de l'ajustement au sens historico-culturel de Vygotski. Des invariants du sujet, mêlés à des actes locutoires, illocutoires et perlocutoires ont été identifiés. Ces combinaisons montrent les préoccupations stratégiques des infirmiers pour susciter et maintenir le discours authentique des patients ainsi que des relations sociales détendues empreintes de dialogue et de respect. Certes, l'identification des invariants situationnels repérés a permis de comprendre les points clefs sur lesquels les IDE se concentrent durant l'entretien d'accueil des patients aux urgences, mais ils ont aussi permis de comprendre pourquoi et à quels moments les IDE ajustaient en permanence leur discours. Des concepts en psychologie cognitive ont été nécessaires pour comprendre et investiguer le processus cognitif des infirmiers indispensable à leur raisonnement clinique. Les résultats de l'étude orientent l'amélioration de la formation sur trois axes principaux. Le premier concerne la visibilité du processus cognitif des infirmiers qui susciterait la motivation des étudiants à écrire. Le deuxième axe concerne l'élaboration du champ lexical spécifique aux soins infirmiers qui permettrait le développement des compétences scripturales des étudiants. Enfin, le dernier axe concerne l'élaboration de classe de situations emblématiques qui permettrait de procurer aux étudiants un environnement suffisamment stable dans le but de créer leurs propres invariants opératoires liés à ces classes de situations et ainsi transférer leurs connaissances et expériences dans de nouvelles situations. Le développement de la confiance en soi est la condition *sine qua none* au développement de l'aisance cognitive qui donnerait aux étudiants l'accès au raisonnement intuitif au sens des psychologies cognitives.

Résumé en anglais

The aim of this thesis is to improve the initial training of nursing students in the learning field of clinical reasoning. The conceptual framework of professional didactics, that investigates the conceptualizations involved by the actors, allowed to analyze the verbatims collected from nurses conducting the triage interview called "triage" of patients in the emergency department. Based on the identification of the resources mobilized by the professionals, situational invariants relating to the initial identification of patients' health problems were identified, enabling the correct orientation to the emergency department. But the speech that professionals make explicit about the permanent adjustments they achieve according not only to the answers given by the patient, but also according to the indicators that they perceive, that they select, that self-impose on their own on the patient when he or she expresses himself or herself, communicates or does not communicate, have gradually led researches to the track of adjustment in the historical-cultural sense of Vygotski. Subject invariants, mixed with locutionary, illocutionary and perlocutionary acts have been identified. These combinations demonstrate nurses' strategic concerns for generating and maintaining authentic patient speeches and relaxed social relationships marked by dialogue and respect. Certainly, the identification of situational invariants allowed to understand the key points on which the nurses focus during the patient triage interview in the emergency department, but they also allowed to understand why and at what times the nurses constantly adjusted their speech. Concepts in cognitive psychology were needed to understand and investigate the cognitive process of nurses required for their clinical reasoning. The results of the study provide guidance to the training improvement on three main axis. The first one concerns the visibility of the nurses' cognitive process that would generate students' motivation to write. The second axis concerns the development of the lexical field specific to nursing which would allow the development of students' scriptural skills. Finally, the last axis concerns the elaboration of a class of emblematic situations that would provide students with a sufficiently stable environment in order to create their own operating invariants linked to these classes of situations and thus transfer their knowledge and experiences into new situations. The development of self-confidence is the *sine qua non* condition for the development of cognitive fluency that would give students access to intuitive reasoning in the sense of cognitive psychologies.

« C'est une folie de haïr toutes les roses parce qu'une épine vous a piqué, d'abandonner tous les rêves parce que l'un d'entre eux ne s'est pas réalisé, de renoncer à toutes les tentatives parce qu'on a échoué… »

Antoine de Saint-Exupery

Remerciements

Tout d'abord je tenais à remercier les membres du jury, Mmes Balcou-Debussche Maryvette, Lognos Béatrice, Perez-Roux Thérèse et MM. Broussal Dominique et Saillot Eric, qui ont accepté d'accorder du temps à mon travail. Je souhaite que la lecture de celui-ci soit agréable et donne à voir sur les possibilités de recherches futures.

Je remercie particulièrement mon directeur de thèse, M. Alain Jean, qui a croisé ma route en formation de cadre de santé. Merci de m'avoir permis de réaliser mon rêve, celui de m'avoir ouvert les portes de la recherche, de m'avoir fait confiance et d'être celui que vous êtes tout simplement. Vous avez tout mon respect. Vos qualités d'enseignant chercheur n'ont d'égales que votre animation à transmettre ainsi que guider vos étudiants.

Ensuite, je voudrais remercier chaque personne, qu'elle ait croisé mon chemin personnel ou professionnel parce qu'elle a représenté un exemple ou bien un contre-exemple. Je pense aujourd'hui que chacune de ces personnes m'a permis d'accéder à l'élaboration de cette thèse. Cependant je ne pourrais pas toutes les citer et les remercier par faute de place mais aussi parce que ma mémoire me ferait certainement défaut.

Pour autant, il subsiste un noyau dur des personnes à qui je voudrais rendre hommage parce qu'elles ont participé de près ou de loin à l'écriture de cet ouvrage.

Je remercie le Pr Blaise Debien qui m'a fait confiance en me proposant le poste d'ingénieur en pédagogie au centre d'enseignement des soins d'urgences de l'Hérault.

Je remercie chaleureusement les infirmiers Solène, Quentin, Emilie, Tiphaine, Anaïs, Elisa, Laeticia et Charlotte qui ont, soit bien voulu participer à l'enquête de terrain que j'ai réalisé pour ce travail de recherche, soit accepté de valider les invariants identifiés. Merci de m'avoir accordé du temps dans votre planning bien chargé. Merci aussi à Marie Pierre, pour tes compétences en anglais médical et ta sollicitude qui n'a jamais failli.

Je voudrais remercier Isabelle Igou. Un jour, j'ai croisé ton chemin et tu as été la première personne qui m'a révélé des caractéristiques de ma personnalité que je n'avais pas encore perçues chez moi. Tu as été un modèle pour moi et tu le resteras. Mes remerciements vont aussi

à Florent et je souhaite rendre un hommage solennel à Nadine, partie trop tôt. Nous étions les amis de la Forêt à la Croix-Rouge de Nîmes et vous m'avez tant apporté.

D'autres équipes, directeurs, infirmiers et cadre de santé ont participé à l'élaboration de ce travail soit parce qu'ils ont suscité en moi l'envie de travailler sur le sujet, soit parce que mes envies professionnelles n'ont pas fait écho en eux. Leur refus m'a poussé à aller chercher ailleurs, ce vers quoi je voulais aller.

A mes parents, vous m'avez tant donné ! La transmission de votre amour a guidé chacun de mes pas. Dans vos yeux, je suis et resterais la petite fille avide de connaissances et d'expériences. Vous m'avez transmis la confiance, l'authenticité, la simplicité, l'amour du travail et l'ouverture d'esprit qui ont construit ce que je chéri chaque jour, mon intégrité. Merci pour ce que vous m'avez apporté !

A mes jumeaux, Bertrand et Séverine, vous êtes le soutien que chaque frère et sœur voudrait avoir dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci à ma petite belle-sœur Clémence qui par sa simplicité et son engagement sait guider ceux qui l'entourent. Merci d'avoir et d'être toujours là !

A ma grand-mère, Suzanne Malterre, parce que ton originalité et ta frivolité sont autant de joie et de folie qu'ils ont été des ressources pour me permettre d'y croire encore et encore. Parce qu'il faut bien le dire, entamer un doctorat à 44 ans, en pleine reconstruction après un divorce, avec deux adolescents et un métier à plein temps, c'était un pari totalement fou. Alors merci Mamie !

A ma marraine, Jacqueline autodidacte par nature, sage par essence, ton écoute et ton discernement sont autant de ressources et d'exemple qui m'ont permis de me construire en tant que professionnelle et en tant que femme. Merci pour nos longs moments d'échange professionnels et spirituels !

Merci à mon oncle Jean, mes tantes Joséphine et Rose-Marie ainsi qu'à mon parrain Jean-Charles. Vous avez participé à l'élaboration de ce travail par vos attentions affectueuses. Merci à mes cousins, Johanna, Edouard, Raphaël, Charly, Frédéric, Rose-Marie, Lydie et Dominique. N'oubliez pas que j'étais prof dans les sept nains. Merci à toi ma petite Alice d'amour.

Décidément trop loin géographiquement mais profondément proche. Que notre lien indéfectible soit autant de soutien pour l'éternité !

Merci à mes deux enfants, Nathan et Laurène. Vous savez dépasser vos peurs, et votre courage n'a de mérite que votre avidité à découvrir de nouvelles expériences. Je vous offre ma thèse mes enfants, afin que vous vous rappeliez le champ des possibles à chaque instant, où dans votre vie, vous douterez. Merci à votre papa, Philippe parce qu'il a été un exemple de travail tant par ses recherches que par ses défis professionnels chaque fois relevés.

A mes neveux Matis, Gabriel, Coline, Amélie et à mon filleul Thomas. A mes grands neuvenfants Lucille et Loïc, vous que je chérirais toujours car avant d'être votre tante, je suis et resterais votre confidente.

Merci à mes gazelles du Coutach Valérie, Barbara, Sandrine, Fabienne, Adeline, Sabrina et Chantal. Notre folie des grands soirs et nos courses endiablées ont contribué à mon bien être tant par leur défouloir que par le soutien que vous m'avez apporté.

Merci à toi, Caroline, pour l'exemple d'écoute, de courage et de savoir être que tu sais si simplement diffuser autour de toi.

Merci à toi, JAM, tu te reconnaîtras…ou pas ! Notre lien est définitivement indescriptible mais ta présence, ton courage pour affronter la vie, qui ne te fait pas de cadeau, ton aide et ton soutien sont autant d'enseignements que tu tires de la faculté de la pioche dont tu me rappelles si souvent l'existence. Alors merci pour tous nos moments passés ensemble à bricoler (parce que travailler de ses mains, il n'y a rien de plus satisfaisant) et à philosopher sur la vie, l'amour et les amis.

Enfin, je voudrais tout particulièrement remercier le Dr Pierre Bouvet. Tes connaissances, ton expérience, tes réflexions ont alimenté nos échanges et ont ouvert mon esprit à d'autres sphères lors de nos longs moments où le temps n'avait plus de prise. Ton aide précieuse mainte fois sollicitée n'a eu d'égal que ta disponibilité. L'éternité s'en trouverait bouleversée de tant de diligence.

A mon grand-père, Jacques Malterre, quelques larmes auraient certainement glissé sur tes joues aimantes de papy protecteur. Sur les ailes de ton avion je vole, guidée par ton amour, là où la

terre se confond avec le ciel, là où les limites n'existent plus, là où le champ des possibles devient l'existence.

« Fais de ta vie un rêve, et d'un rêve, une réalité. »

Antoine de Saint-Exupery

Table des matières

Résumé 1

Résumé en anglais 3

Remerciements 5

Table des acronymes 15

Index des tableaux 17

Index des illustrations 19

Index des figures, schémas et graphiques 21

Introduction 23

Chapitre I : Historique de la profession infirmière et éléments de problématisation sur le raisonnement clinique 25

I. A. Historique de la profession d'infirmière en France et en Europe 25

I. A. 1. L'autonomie du métier d'infirmier en France à travers la définition du champ d'action des infirmiers jusque dans les années 1990 25

I. A. 1. a. La naissance des concepts en soins infirmiers 25

I. A. 1. b. Des outils et une philosophie de soins 26

I. A. 1. c. La nécessité d'un cadre conceptuel pour une profession autonome 26

I. A. 2. Comparatif avec le métier d'infirmier en Europe 27

I. A. 3. Une réflexion sur l'état de santé et les nouvelles préoccupations de la population française 28

1. A. 3. a. L'évolution de la structure de la population Française de 1967 à 2019 29

1. A. 3. b. Les problématiques de santé de la population française par tranche d'âge. 31

1. A. 3. c. La répartition démographique médicale 39

I. A. 4. La formation : l'adaptation du champ de compétence des infirmiers aux exigences de santé de la population Française 42

I. A. 4. a. L'arrêté de 1993 42

I. A. 4. b. L'universitarisation de la formation des IDE suivant le référentiel des études de 2009 43

I. A. 5. Le diplôme d'État d'IPA (infirmier de pratique avancé) 46

II. A. Raisonnement clinique 48

II. A. 1. Le raisonnement 48

II. A. 1. a. Système 1 versus système 2 50

II. A. 1. b. Les deux systèmes de la pensée 50

II. A. 1. c. La notion de compétence 51

II. A. 1. d. La notion d'aisance cognitive 53

II.2 Le raisonnement clinique dans le domaine des sciences médicales 55

II.3 Le raisonnement clinique dans le domaine des sciences infirmières 56

II. A. 3. a. L'apprentissage de la compétence du raisonnement clinique 56

La démarche clinique et le projet de soins 57

La compétence clinique 58

Le cadre de référence de l'étude 59

II. A. 2. b. Une étude didactique du raisonnement clinique en service d'hospitalisation de jour 61

Entre infirmier expert et infirmier novice, intérêt de l'étude comparative 61

Résultats de l'étude 63

Discussion et ouverture de l'étude 65

III. A. Synthèse et question de recherche 66

Chapitre II : Ancrage épistémologique et théorie de la recherche 69

II. 1. La didactique professionnelle 69

II. 1. a. Approche philosophique et psychanalytique 69

II. 1. b. Le sujet, l'activité et la compétence comme concepts centraux de la discipline . 71

Le sujet 72
Genèse de la centration sur le sujet 72
La créativité au centre de l'adaptation 73
L'expérience comme fil conducteur de la construction de l'identité 74
La cognition au service de l'action 75
Un diagnostic de situation pour agir 76
L'activité 77
L'image opérative comme support à l'activité 77
Les invariants, organisateurs de l'activité 78
Le développement au centre de l'activité 80
Les trois formes d'apprentissage d'une activité 82
La compétence 84
La compétence, une notion complexe 85
Avènement de la notion de compétence dans les métiers de service 87
Curriculum conatif 88
II. 2. Les concepts de la didactique professionnelle 91
II. 2. a. La conceptualisation dans l'action 91
Au fond de l'action la conceptualisation 92
Les concepts organisateurs de l'activité en lien avec les urgences 94
II. 2. b. Le schème 96
Définition du schème 96
Eléments constitutifs du schème 97
La place des invariants opératoires 99
Les invariants dans le domaine des activités langagières 100

II. 2. c. Concept pragmatique et concept théorique 102

Les différents types de concepts 102

La conceptualisation dans l'action, analyse de l'activité et apprentissage 104

Chapitre III : Cadre méthodologique de la recherche 111

III. 1. Méthodologie de la recherche 111

III. 2. Choix des enquêtés 112

III. 2. a. Un service d'urgence en France 112

III. 2. b. Motifs de recours aux urgences 116

III. 2. c. Les professionnels interrogés 117

III. 3. Choix des outils d'analyse 122

III. 4. Ajustements 124

IV. Résultats 126

IV. 1. 1ère Catégorie : Décryptage du discours du patient en vue d'identifier le motif exact pour lequel le patient vient consulter 129

IV. 1. a. Evaluation de la douleur initiale 129

IV. 1. b. Evaluation de l'état psychologique 132

Problème de tension artérielle versus stress 132

Douleur thoracique versus anxiété 135

IV. 2. 2ème catégorie : Traduction par l'IDE des interactions avec le patient en informations qui deviendront communes à tous les professionnels de santé susceptibles d'interagir avec lui 138

IV. 2. a. Identification du ou des problèmes de santé principaux 138

Problème traumatique versus problème médical 139

Des mots sur les maux 142

IV. 2. b. Conduite d'entretien 144

Recherche d'antécédents 146

Recherche des signes de gravité 147

Choix des questions posées au patient en référence à des concepts théoriques 149

IV. 3. 3ème catégorie : Transmission des informations au médecin ainsi qu'aux autres infirmiers 155

IV. 3. a. Transmissions écrites versus transmissions orales 155

IV. 3. b. Anticipation des examens à effectuer 159

IV. 3. c. Le CARE comme fil conducteur de la prise en soin des patients aux urgences 161

Le concept du CARE 161

Une attention en réponse à une intention 162

IV. 4. Conclusion des résultats 165

Chapitre V : Discussions et perceptives 167

V. 1. L'activité raisonnement clinique en service de soins 167

V. 1. a. Les prémices de la démarche clinique par le recueil de données 168

V. 1. b. La démarche clinique sous forme de transmissions ciblées 170

V. 1. c. Les diagnostics IDE comme aboutissement du raisonnement clinique et préalable au plan de soin 171

V. 2 Le raisonnement clinique dans l'apprentissage en sciences infirmières 174

V. 2. a. Les unités constitutives des compétences infirmières 174

V. 2. b. L'écoute et la disponibilité 177

V. 2. b. L'aisance cognitive 178

V. 2. c. La traduction du mal être du patient et l'accès à l'écrit 180

L'accès à l'écrit dans la profession infirmière 180

L'écrit comme support de la traduction du mal être du patient 182

CONCLUSION 185

Bibliographie 189

Annexes 198
Annexe 1 : Extrait de l'arrêté du 31 juillet 2009 relative aux compétences des IDE 198
Annexe 2 : Extrait de l'arrêté du 31 juillet 2019 relatif au recueil de données 199
Annexe 3 : Echelle DOLOPLUS® (SFAP 2014) 200
Annexe 4 : Echelle ALGOPLUS® (SFAP 2014) 201
Annexe 5 : Echelle de la douleur ECPA® (SFAP 2014) 202
Annexe 6 : FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage 203

Table des acronymes

AFGSU	Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences
ALD	Affection de Longue Durée
AS	Aide-soignant
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CNEDIMPS	Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux
COVID	Corona Virus Disease
CTAS	Canadian Emergency Department Triage and Acuity Sca
DCI	Dénomination Commune Internationale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ECG	Électrocardiogramme
EIG	Evénements Indésirables Graves
EN	Evaluation Numérique
ESI	Emergency Severity Index
EVA	Echelle Visuelle Analogique
FGSU	Formation aux Gestes et Soins d'Urgences
FRENCH	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage
GSU	Gestes et Soins d'Urgences
HAS	Haute Autorité à la Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IAO	Infirmier d'Accueil et d'Orientation
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
IPA	Infirmiers de Pratiques Avancées
LIRDEF	Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique Education et Formation
MCNV	Maladie Cardio-Neuro-Vasculaire
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives
mmHg	Millimètre de mercure
MTS	Emergency Severity Index
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NP	Nurse Practitioner
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino Laryngologie
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédical
SAMU	Service d'Aide Médical Urgent
SC	Soins Continus
SFAP	Société Française d'Accompagnement des Soins Palliatifs
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SSR	Service de Soins et de Réadapatation
SU	Services d'urgences
TFP	Travail Formation et Professionnalité
UE	Unités d'Enseignements
UI	Unités Intégratives
VH	Virginia Henderson

Index des tableaux

Numéro du tableau	Titre	Page
Tableau n°1	Récapitulatif de ce qui favorise ou freine le raisonnement clinique	Page 60
Tableau n°2	Guide d'entretien d'auto-confrontation simple	Page 63
Tableau n°3	Profil des IDE interrogés	Page 119

Index des illustrations

Numéro de l'illustration	Titre	Page
Illustration n°1	Réaction de l'IDE à l'affichage des chiffres tensionnels	Page 133
Illustration n°2	Localisation de la douleur par le patient	Page 141
Illustration n°3	Mime du geste à effectuer par l'IDE a la patiente	Page 148
Illustration n°4	Je regarde le patient	Page 154
Illustration n°5	Transmissions IDE/Médecin	Page 156

Index des figures, schémas et graphiques

Numéro de la figure	Titre	Page
Graphique n°1	Pyramide des âges en France au 1er janvier 2020	Page 30
Figure n°1	2010-2018 une érosion continue des effectifs des médecins spécialistes en médecine générale	Page 39
Figure n°2	Cartographie des processus service d'urgences	Page 113
Figure n°3	Dispositif de formation du programme des études en soins infirmier de 1992 versus le référentiel de formation de 2009	Page 118
Figure n°4	Cartographie des éléments de prise en soins des patients aux urgences reprenant les principaux invariants situationnels	Page 128
Figure n°5	Echelle visuelle analogique de la douleur	Page 129

Introduction

L'activité « raisonnement clinique » est certainement la dernière image représentative qui vient à l'esprit lorsqu'on évoque le métier d'infirmier. Le film documentaire « De chaque instant » de Nicolas Philibert en 2019, retrace l'apprentissage de ce même métier. Les séances de travaux pratiques et les stages ont la part belle dans la réalisation, au détriment du discours intérieur que les étudiants pourraient mener dans les diverses situations de soins qu'ils rencontrent. Les représentations du métier d'infirmier, véhiculées par des années d'Image d'Épinal, laissent peu de place à la visibilité du travail analytique de l'infirmier.

La formation se réalise après le baccalauréat et depuis 2009, la valorisation des trois années d'étude par le grade licence ouvre les portes de l'université aux futurs professionnels. Mais si le commun des mortels imagine très bien qu'un infirmier doit acquérir des connaissances solides en hygiène, en pharmacologie, en médecine, en psychologie… quelle part laisse-t-il à l'apprentissage du raisonnement clinique ? Parce qu'avant d'aller prélever du sang à un patient, il est judicieux d'avoir identifié le diamètre de l'aiguille qu'il est possible voire nécessaire d'utiliser. Avant de réaliser un pansement, il est important de choisir la bonne interface, celle qui correspond particulièrement au stade de la plaie. Avant d'aller tenir la main d'un patient lors d'un soin invasif potentiellement douloureux, il est plus que pertinent d'évoquer, ou non, des sujets de conversation en lien avec les centres d'intérêt de la personne. Discussions qui permettront un tant soit peu de distraire le patient. Ce ne sont que quelques exemples de situations où l'infirmier utilise son raisonnement. Mais dans des logiques de bienveillance, de collaboration interdisciplinaire, d'organisation et d'optimisation des soins, l'infirmier élabore sa pensée critique, oriente sa prise en soins et priorise ses activités. L'apprentissage du raisonnement clinique représente une partie non négligeable des enseignements en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers). Plusieurs théoriciens se sont succédé dans l'élaboration d'outils disponibles aux professionnels pour modéliser la pensée infirmière. D'autres ont largement contribué à la réflexion et la mise en pratique des méthodes d'apprentissage de cette dernière.

Après 11 ans d'universitarisation de la formation des infirmiers mettant en œuvre des techniques pédagogiques novatrices, quelle est la marge de progression nécessaire au développement de la compétence raisonnement clinique des étudiants en soins infirmiers en France ?

Notre travail mobilise le domaine de la didactique professionnelle dans le but d'identifier cette marge de progression à partir d'une enquête de terrain auprès d'infirmiers en service d'urgences effectuant le « tri » des patients. Notre contribution vise l'identification des éléments indispensables à la pratique du raisonnement clinique en vue d'améliorer la formation initiale

La constitution de cette thèse est élaborée en 5 chapitres.

La première partie présente l'histoire de la profession des infirmiers et les éléments de problématisation autour de l'activité raisonnement clinique de ces derniers. L'objectif de cette partie est d'identifier en quoi cette activité est nécessairement perfectible au vu de la modification du besoin en santé de la population Française.

La deuxième partie propose une explicitation des concepts de la didactique professionnelle utilisés pour l'élaboration du protocole de recherche ainsi que l'analyse des résultats obtenus. Nous proposons une partie « épistémologie et concepts théoriques » originale, en illustrant les concepts de la didactique professionnelle par des exemples issus du domaine de la santé.

La troisième partie expose les modalités de la recherche en explicitant le choix du service enquêté et en quoi les spécificités de celui-ci ont un intérêt pour notre recherche.

La quatrième partie relate les résultats obtenus à partir des invariants situationnels repérés lors de notre enquête.

Enfin, la cinquième partie propose de mettre en perspective les résultats au sein même de la formation en ouvrant sur d'autres thématiques de recherches possibles.

Chapitre I : Historique de la profession infirmière et éléments de problématisation sur le raisonnement clinique

I. A. Historique de la profession d'infirmière en France et en Europe

Ce bref historique a pour but d'exposer l'évolution du champ de compétence du métier d'infirmier en France et dans le monde, et la nécessité d'adapter ce champ de compétence aux besoins de la population Française. L'objectif étant de cerner le sujet de mon travail, à savoir l'évolution du raisonnement clinique de l'infirmier ainsi que son apprentissage en IFSI aujourd'hui.

I. A. 1. L'autonomie du métier d'infirmier en France à travers la définition du champ d'action des infirmiers jusque dans les années 1990

Isabelle Ferroni (sociologue) situe l'avènement de « l'infirmière moderne » aux alentours de 1880, avec la création des écoles d'infirmières. Les sciences infirmières sont nées de la volonté médicale et sont donc fortement imprégnées de la médecine. Au 19^{éme} siècle, les infirmières se voient confier deux rôles, le rôle domestique et le rôle technique. Ces deux rôles s'apparentent à ce qu'on appelle désormais le rôle propre et le rôle sur prescription. Les progrès de la médecine du 20^{éme} siècle ont permis le développement du rôle technique des infirmiers au détriment du rôle domestique. Ce dernier rôle est confié aux aides-soignants, nouveau métier né le siècle dernier.

I. A. 1. a. La naissance des concepts en soins infirmiers

La contribution de deux femmes en Europe érige les fonctions d'infirmiers au rang de profession. Jusqu'au milieu du 19éme siècle, les infirmières étaient des femmes qui se vouaient totalement aux malades sans reconnaissance, ni même une vie en dehors de leur exercice de soignante. Le métier d'infirmière était un véritable sacerdoce. A la fin du 19éme siècle, la première femme à moderniser les soins infirmiers est une infirmière anglaise, Florence de Nightingale. Elle recentre les soins infirmiers autour de quatre concepts qui sont le soin, la santé, la personne et l'environnement. *L'activité infirmière est donc dirigée vers la personne et son environnement, et vise le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et des blessures, l'enseignement des modes de vie sains et le contrôle des conditions sanitaires* (Henderson, 1994, p. 150).

I. A. 1. b. Des outils et une philosophie de soins

Au milieu du siècle dernier, l'avènement du modèle de prise en charge infirmier de Virginia Henderson (VH) qui s'exporte depuis le nouveau monde, donne des outils de travail aux infirmières. Ceux-ci consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien-portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir. *C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmière de pouvoir donner cette assistance, de manière à permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours extérieur aussi rapidement que possible […]* (Henderson, 1994, p. 151). Ce modèle de prise en soin guide encore aujourd'hui les infirmiers et les aides-soignants dans le raisonnement qu'ils conduisent pour l'élaboration du plan de soins personnalisé des patients.

I. A. 1. c. La nécessité d'un cadre conceptuel pour une profession autonome

Avec l'arrivée de cadres conceptuels, les infirmières recentrent leurs activités sous un modèle de prise en soins de la personne de manière plus holistique. En effet, le modèle usité jusque-là était emprunt à la médecine. *Chaque cadre théorique bâti à partir de concepts, valeurs, comprend une description des soins infirmiers, de la profession, du rôle de l'infirmière, de la population soignée, une définition de la santé, de l'environnement, et enfin indique les résultats et les conséquences de l'activité* (Duboys Fresney & Perrin, 2017b, p. 31). Marie Françoise Colliére nous rappelle en 1982 la spécificité du métier d'infirmier en recentrant celle-ci sur *les soins coutumiers liés aux activités de la vie quotidienne* (Collière, 2008, p. 245). Par cette phrase, elle invite les soignants à recentrer leur autonomie sur le *care* et non sur le *cure*, différence essentielle entre les soins curatifs et les soins préventifs, de promotion et de maintien de la vie.

A cette étape de ma réflexion sur l'autonomie des infirmiers et leur rôle dans les soins en France jusque dans les années 1990, ainsi que l'importation de courants de pensées étrangers au sein de la profession, une vision de ce qui se pratique au-delà de l'hexagone semble importante à explorer afin d'identifier ce qui va provoquer un tournant dans l'affinement des compétences infirmières en France après 1990.

I. A. 2. Comparatif avec le métier d'infirmier en Europe

La première notion de Nurse Practitioner (NP) se développe aux États Unis au début des années 1970. Leur rôle étant de pallier une baisse de la démographie médicale. L'accès à l'exercice de NP nécessite une expérience en tant que Nurse, puis une formation complémentaire. Au Royaume-Uni le métier de NP se développe de la même façon au début des années 1990.

Concrètement :

-La NP serait amenée à prendre des décisions autonomes dont elle porterait la seule responsabilité.

- Elle recevrait des patients dont les problèmes ne sont pas identifiés. Ses connaissances et compétences devraient lui permettre de faire une évaluation des besoins du patient en matière de soins, ce qui inclut des compétences qui ne relèvent généralement pas de la fonction infirmière, comme les examens physiques.

- Elle devrait dépister les facteurs de risque et les premiers signes de maladie.

- Elle développerait avec le patient un plan de soins infirmiers avec une attention particulière pour les mesures préventives.

- Elle prodiguerait conseils et éducation pour la santé.

- Elle pourrait porter un diagnostic, prescrire un traitement (dans le cadre d'une liste limitée) et dispenser elle-même des soins (Com-Ruelle, Midy, & Ulmann, 2000, p. 48).

On notera ici que les NP se situent autant dans le *care* que le *cure* jusqu'à l'identification d'un diagnostic dans le domaine de la médecine puisque les NP peuvent prescrire des traitements médicamenteux en lien avec la pathologie identifiée. Leurs connaissances et compétences supplémentaires (que ce soit par leur expérience ou leur formation) devraient leur permettre d'assumer des responsabilités étendues dans les domaines de l'évaluation de la santé, de l'organisation et de la réalisation de services au premier niveau du système de soins (*Ibid*.).

En Suède comme en Allemagne jusqu'en 1993, les infirmiers ont des compétences identiques aux infirmiers Français. En Suède, il n'existe pas de nomenclature précise des actes de soins

réalisables pas les infirmiers. Comme en France, beaucoup d'entre eux travaillent en secteur hospitalier. La particularité des infirmiers suédois réside dans la responsabilité qu'ils exercent en centre de soins, ce qui pourrait aujourd'hui s'apparenter aux maisons de santé françaises. En effet, les infirmiers suédois ont pour compétence d'orienter les patients qui consultent dans ces centres, vers des structures médicales adaptées, jusqu'à prodiguer des conseils par téléphone si les professionnels considèrent les symptômes sans gravité.

Ces quelques exemples permettent de visualiser la diversité des champs de compétences de l'infirmier en Europe surtout dans le domaine des responsabilités en matière de prise de décision clinique.

On notera qu'en Europe, la population infirmière représente la part la plus importante dans la démographie du personnel soignant. Celle-ci joue un rôle prépondérant dans les systèmes de santé notamment par leur implication et leur disponibilité (Piguet, 2008, p. 13).

Désormais, et au regard de l'importance capitale qu'ont les infirmiers dans le paysage de la santé, quel a été le virage pris par la profession pour s'adapter à l'état de santé de la population en France ?

I. A. 3. Une réflexion sur l'état de santé et les nouvelles préoccupations de la population française

Des préconisations en santé publiques sont proposées par l'OMS (organisation mondiale de la santé) à partir de 1978 puis en 1986. Ces recommandations donnent des orientations aux gouvernements adhérents mettant en avant les soins de santé primaires. Le mot d'ordre de l'OMS, étant de « *protéger et promouvoir tous les peuples du monde* ».

[…] le brassage culturel est important, les modes et lieux de prises en charge de patients ou de groupes ayant des comportements dits à risques se diversifient, les progrès technologiques sont constants et il n'est plus possible d'ignorer les problèmes que les recherches épidémiologiques et démographiques mettent en évidence : toxicomanie et Sida, vieillissement de la population, problèmes de l'adolescence, importances des maladies cardio-vasculaires ». (C. Martin, 1995, p. 856).

D'après un article du *Monde économique* du 16 Novembre 2022, les mentalités des populations des pays développés ont évolué dans la demande de soins. En effet, l'individu se positionne en qualité de consommateur de soins, ce qui demande de la part des professionnels de santé ainsi que du tissu sanitaire de s'adapter à une demande de soins de plus en plus croissante. *L'un des changements les plus importants de ces dernières années concerne la façon dont les soins de santé sont consommés. Avec l'avènement des nouvelles technologies, les patients sont de plus en plus exigeants et attendent davantage de leurs prestataires de soins. Ils veulent un accès plus rapide aux soins, des rendez-vous plus pratiques et des temps d'attente plus courts* (Phou, 2022).

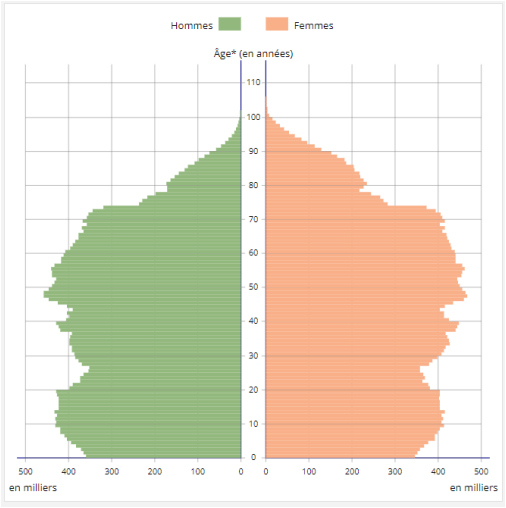
Enfin on meurt aujourd'hui dans les pays développés plus d'excès de nourriture que de carence, plus de vieillesse que de maladies infectieuses et plus de suicides que comme victime de guerre. Yuval Noah Harari dans son dernier best-seller, pose cette question : *Si la famine, les épidémies et la guerre sont bel et bien en passe d'être maîtrisées, par quoi vont-elles être remplacées au rang des priorités humaines ?* (Harari & Dauzat, 2017, p. 12). Une des hypothèses de réponse proposée par le même auteur est « l'accès à l'éternité ». L'auteur a écrit son ouvrage en 2017, l'épidémie de COVID (Corona Virus Disease) 19 n'avait pas encore fait son apparition. Et même si la pandémie a eu des effets dévastateurs, nous avons assisté à un certain contrôle de celle-ci empreint de savoirs scientifiques et techniques à la différence des épidémies du siècle dernier. Son best-seller ne proposait pas véritablement une vision cléromantique des événements du printemps 2020 en France. Alors, sans parler d'éternité, l'allongement de l'espérance de vie reste une réalité des pays développés. Cette réalité requestionne désormais l'offre de soins en France. C'est ce que je souhaite explorer dans le chapitre suivant.

1. A. 3. a. L'évolution de la structure de la population Française de 1967 à 2019

D'après les sources de l'INSEE (Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques) (Évolution de la population − Bilan démographique 2019 Insee, 2019), la part des 60 ans et plus dans la population Française, ne fait qu'augmenter à l'inverse des autres tranches d'âge depuis 1997. En effet, on constate que les 0-19 ans représentaient en 1997, 26,2% de la population générale contre 24,1% en 2019. Les 20-59 ans représentaient 53,2% en 1997 et ne représentent aujourd'hui plus que 48,8%. Ces deux derniers taux ont, depuis 1997 subi une décroissance constante. D'après les mêmes sources, les 60-64 ans représentaient en 1997, 5,1% de la population générale contre 6,1% en 2019. Les 65 ans et plus représentaient 14% en 1997

et leur taux n'a fait qu'augmenter jusqu'à atteindre 20% en 2019. De façon plus générale, la diminution de la part des 0-19 ans a commencé en 1970, alors que celle des 20-59 ans a eu lieu en 2011. *A contrario,* les 60-64 ans ont connu une représentativité très inégale de 1967 jusqu'en 1976, puis une décroissance jusqu'en 1984 pour connaître un accroissement jusqu'en 2019. Enfin, la part des 65 ans et plus a augmenté de 1967 à 1980 pour ensuite connaitre un déclin pendant 10 ans. Aujourd'hui cette tranche d'âge est en constante évolution depuis 1990. On notera que la part des 0-19 ans et des 65 ans et plus, est sensiblement égale puisqu'elle représente respectivement 23,8% pour l'une et 20,3 % pour l'autre. Une dernière remarque concerne la part des 75 ans et plus, qui a connu depuis 1967 une croissance continue puisqu'elle est passé de 3,4% à 9,4%. L'âge médian de la population française diminue de 1946 (34,04 ans) à 1980 (31,21 ans), pour connaître un accroissement constant jusqu'en 2019 (40,05 ans).

Graphique n°1 : Pyramide des âges en France au 1er janvier 2020



(Insee, 2019)

La restructuration de la population française et la demande de soin qui en découle ont eu une incidence sur l'offre de soin à proposer. Quelles sont donc les nouvelles problématiques de santé qui ont fait évoluer l'offre de soin ? En quoi celles-ci réorientent les compétences des professionnels de santé, notamment celles des IDE ? Dans le chapitre suivant, nous allons décrire les orientations politiques de santé publique à travers le paysage sanitaire français afin d'identifier les compétences nécessaires des professionnels de santé et notamment en matière de prévention.

1. A. 3. b. Les problématiques de santé de la population française par tranche d'âge

Le rapport sur la « Santé en France problèmes et politique » par le haut conseil de la santé publique édité en Mars 2015 propose un constat sur l'état de santé de la population française actuellement. L'exposé qui suit concerne les différentes maladies par tranche d'âge. Il a pour objectif d'expliquer en quoi celles-ci se chronicisent. Chacune des problématiques fait l'objet d'un plan de prévention en santé dans lequel les professionnels de santé comme les IDE retrouvent des mesures et des outils pour les accompagner dans leurs missions.

- Chez les jeunes 15-25 ans :

Les conduites addictives alcool et tabac

Ce que nous révèle le bulletin de l'académie nationale de médecine en 2014 est corrélé par le rapport sur la Santé en France problèmes et politique en 2015. Ce rapport met l'accent sur le développement du tabagisme chez les jeunes.

L'Académie partage les inquiétudes liées au développement de la consommation d'alcool par les adolescents. L'alcool est aujourd'hui la première cause de mortalité chez les jeunes et devient une porte ouverte à l'usage d'autres drogues. De 2008 à 2011, la consommation régulière d'alcool chez les adolescents a progressé, aussi bien chez les garçons que chez les filles, en particulier sous forme d'intoxication alcoolique aiguë destinée à provoquer l'état d'ivresse. Outre de dramatiques accidents mortels, la neuro-imagerie a montré que l'alcoolisme chez les jeunes entraînait des modifications structurelles dans plusieurs zones cérébrales, source d'un déficit des fonctions cognitives (Huguier, 2014, p. 1388)

Le projet MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives) de 2018 propose des actions de prévention des risques liés la consommation d'alcool et de substances psychoactives. *La prévention vise à empêcher la naissance et le développement d'une consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, substances illicites), susceptible d'induire des risques pour soi, pour les autres et pour la collectivité* (Lafay-Dufour, Prisse, & Lamy-Ezrati, 2018, p. 10).

Les tentatives de suicide

Malgré des avancées notables, les accidents et les suicides restent les deux principales causes de décès des jeunes, appelant à la poursuite et au renforcement des efforts en matière de prévention. Les trois quarts de ces décès concernent de jeunes hommes. Cette surmortalité masculine ne peut plus être considérée comme inévitable (Ibid.) Cette problématique de santé publique donne le ton sur le mal-être dans lequel se trouvent les jeunes en France. En 2021, la HAS (Haute Autorité à la Santé) propose aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, de l'Éducation nationale et du secteur associatif, des recommandations des bonnes pratiques afin d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents suicidants et à risque suicidaire. (Recommandations idées suicidaires, 2021)

L'obésité et ses conséquences sur l'organisme

L'obésité est un facteur de comorbidité[1] sur lequel les professionnels de santé doivent axer leurs efforts en termes de prévention. De façon générale, *l'obésité*[2] *devient un sujet majeur de santé publique* puisqu'elle représente *en France, en 2009, 6,5 millions d'adultes (âgés de plus de 18 ans) étaient obèses, soit 15 % de la population ; 4 % d'entre eux avaient une obésité massive*[3]*. En 2005-2006, chez les enfants de 5-6 ans, un surpoids*[4] *était observé chez 11 % à 14 % d'entre eux, dont 3 % d'obèses. L'obésité augmente le risque de diabète de type 2 (multiplié par 10), d'hypertension artérielle et d'infarctus du myocarde (multiplié par 5), de dyslipidémie*[5] *(multiplié par 4), auxquels s'ajoutent les artériopathies des membres inférieurs, les apnées du sommeil, les gonarthroses etc. Pour l'assurance maladie, le surcoût de l'obésité a été estimé entre 2,1 milliards et 6,2 milliards d'euros, selon que l'on incluait ou non le montant des indemnités journalières.*(Huguier, 2014, p. 1389). La détection, le suivi et la prévention des risques de cette maladie émergente des pays développés sont consignés dans *la feuille de route « prise en charge de l'obésité » 2019* édictée par le ministère des solidarités et de la santé en

[1] Facteur important [...] qui n'est pas lié à la maladie pour laquelle une personne reçoit des soins, mais qui a des conséquences sur les chances de survie du malade *(« Grand dictionnaire terminologique facteur de comorbidité* », 1999)
[2] IMC (indice de masse corporelle) supérieure à 30
[3] IMC supérieur à 40
[4] IMC supérieur à 25
[5] Elévation du cholestérol plasmatique, des triglycérides (TG) ou par un taux de cholestérol HDL bas(« Dyslipidémie—Troubles endocriniens et métaboliques », 2019)

Septembre 2019 (Obésité : Prévention et prise en charge Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

Ces dernières explications révèlent les problématiques de prévention auxquelles les professionnels doivent faire face dans le domaine de la nutrition notamment, afin de diminuer l'obésité, facteur de risque de pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, elles-mêmes responsables de pathologies cardio-vasculaires à l'âge adulte.

- Les adultes de 20 à 60 ans :

Maladies cardio-vasculaires

Les MCV (maladies cardio-vasculaires) occupent en France une place prépondérante dans la morbidité et la mortalité. Elles constituent le premier motif d'admission en ALD (Affection de Longue Durée) et la troisième cause d'hospitalisation et représentent la deuxième cause de décès après les cancers avec près de 150 000 morts chaque année, soit près de 30% de l'ensemble des décès (Le Bouler, Jougla, Pomarède, & Tallec, 2015, p. 23).

Les facteurs de risques sont multiples et en lien avec les déterminants de santé. Il en existe plusieurs : les déterminants de santé personnels, environnementaux, comportementaux… Par exemple, une alimentation trop riche, trop sucrée, trop salée, la sédentarité, le stress lié au travail et aux conditions psycho-sociales, le tabagisme, l'hérédité font partie des déterminants de santé qui conditionnent le risque de développer des maladies cardio-vasculaires. Ces maladies se déclinent en plusieurs pathologies dont les plus handicapantes sont les AVC (Accident Vasculaire Cérébral) *ils représentent la troisième cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme. Ils constituent également la première cause de handicap acquis de l'adulte* (Le Bouler et al., 2015, p. 24). On notera d'ailleurs une évolution dans l'utilisation du terme maladie cardio vasculaire en MCNV (Maladie Cardio-NeuroVasculaire). Le système de santé français a axé la prise en soins des personnes atteintes d'AVC dans la réduction du délai de prise en charge une fois les premiers signes présents, afin de diminuer les séquelles voire de les supprimer. Cependant, l'incidence de cette maladie continue de croître. *Toutefois, au cours des deux dernières décennies, les taux d'incidence ou d'hospitalisation pour AVC chez l'adulte jeune (avant 65 ans) ont augmenté en Europe et aux États-Unis. Ces tendances sont à rapprocher de l'augmentation de l'obésité, du diabète et du tabagisme chez l'adulte jeune* (Le

Bouler et al., 2015, p. 24). Comme pour les pathologies présentées chez les jeunes, on notera ici que la réduction de la prévalence des AVC nécessite une prévention autour des facteurs de risque. *Avec la lutte contre le tabagisme, la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique constituent des cibles prioritaires en matière de lutte contre les maladies cardio-vasculaires* (Le Bouler et *al*., 2015, p. 26).

Dans le plan national de santé 2022, la stratégie de prévention des MCNV axe ses actions suivant trois dimensions :

- Promotion de la santé en population générale : faciliter des habitudes de vie saines dans tous les milieux et tout au long de la vie
- Repérage et réduction du risque cardiovasculaire des personnes à risque dans les soins de premier recours
- Recours aux soins d'urgence des accidents cardio-neurovasculaires aigus (infarctus du myocarde, AVC, arrêt cardiaque soudain)

(« Maladies cardiovasculaires-Ministère des Solidarités et de la Santé », 2021)

Troubles mentaux et taux de suicide

Les troubles de la santé mentale ainsi que la détection du risque suicidaire est un des axes de prévention prioritaire auprès de la population des adultes français de 20 à 60 ans.

En 2011, pour près de 3% des bénéficiaires du régime général, les troubles mentaux ont constitué un motif d'hospitalisation au cours des cinq dernières années ou ont donné lieu à une prise en charge en ALD. Ils se classent ainsi au cinquième rang des affections chroniques, derrière les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires, le diabète et les cancers (Le Bouler et *al.*, 2015, p. 31). Les troubles mentaux, quelle que soit leur origine, sont souvent des facteurs déterminants de suicide. En 2011, le suicide est à l'origine de 10 400 décès en France. Même si ce chiffre est en baisse, il reste élevé par rapport aux autres pays de l'union européenne. *La prévalence des EDC (épisodes dépressifs caractérisés) est associée au fait de vivre seul, d'avoir subi des violences (en particulier sexuelles), aux deuils précoces, à la consommation de tabac, ainsi que, chez les femmes, à la situation de chômage* (Le Bouler et *al.*, 2015, p. 31).

Aujourd'hui, la politique de santé mentale axe sa prévention sur la diminution du taux de suicide ainsi que la détection précoce des troubles psychotiques. La feuille de route de la santé mentale et psychiatrie de 2018 présente un plan de prévention global à travers trois axes qui sont :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

La mise en place du numéro national de prévention suicide « 3114 » et la stratégie nationale de prévention suicide de 2022 donnent aux professionnels des moyens de lutter contre ce fléau.

- Chez les personnes âgées :

Les personnes âgées de plus de 75 ans sont exposées à de multiples problématiques de santé, du fait de la dégénérescence organique notamment neurologique et cardio-vasculaire. Cette tranche d'âge, plus exposée à de multiples pathologies, fait l'objet d'incapacités et de handicap, est plus encline aux chutes. Ce qui nécessite à terme, une assistance physique pour tous les gestes de la vie quotidienne, voire des hospitalisations fréquentes. *Les personnes âgées de plus de 70 ans représentent 29% des séjours hospitaliers en soins aigus* (HAS, 2017, p. 1) en France en 2017.

A partir de 80-85 ans s'expriment de façon importante au quotidien, les effets conjugués de la sénescence et des conséquences fonctionnelles et sociales des maladies chroniques invalidantes, dont la fréquence augmente avec l'âge. Les deux tiers des personnes très âgées déclarent ainsi des douleurs physiques d'une intensité importante, sources d'incapacités et de handicaps (70% des hommes et 80% des femmes déclarent au moins une limitation fonctionnelle, 50% deux, voire trois), ainsi qu'une gêne dans les activités quotidiennes. (Le Bouler et *al.*, 2015, p. 50)

La problématique suivante concerne la nécessité de maintien à domicile des personnes âgées. En effet, le risque d'apparition de dépendances iatrogènes se déclare lors de l'hospitalisation de nos aînés. *La dépendance liée à l'hospitalisation est définie par une perte fonctionnelle pour*

les activités de base de la vie quotidienne survenue entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation. On parle de « dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation (*Ibid.*). Lorsque la dépendance est provoquée par des processus de soins ou par un environnement hospitalier qui ne répond pas aux besoins spécifiques de la personne âgée. *Selon une étude réalisée au centre hospitalier de Toulouse, la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des personnes âgées serait de l'ordre de 10 %. Elle serait évitable dans 80 % des cas* (*Ibid.*). L'hospitalisation de ces personnes provoque alors un déclin physique et psychologique. La lutte contre ce déclin passe par six axes, qui sont : le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë, la dénutrition, les chutes, l'incontinence et les effets indésirables des médicaments.

Outre la dépendance iatrogène pour les personnes âgées, une hospitalisation revêt d'autres conséquences. Un article de 2013 sur « Les risques cachés à l'hôpital » dans *Les tribunes de la santé*, met en lumière les différents EIG (Evénements Indésirables Graves) liés aux soins. Dans cet article, est décrites la prévalence de ces événements qui touchent toutes les tranches d'âge et particulièrement les personnes âgées. *Un grand nombre des EIG concerne des personnes âgées et fragiles. Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions à des produits de santé, notamment les médicaments* (*Les Tribunes de la santé* 2013/4 (n° 41), 2013, p. 69).

Plusieurs outils de détection du niveau de dépendance des personnes âgées sont disponibles dans la fiche point clés « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées » disponible sur le site de la HAS.

- Les pathologies de tous les âges de la vie

Cancer

Les cancers sont des maladies qui touchent toutes les tranches d'âge. Les plus répandus sont les cancers de la prostate et le cancer du sein. *Au cours des trente dernières années, on constate une augmentation de l'incidence de nombreux cancers et une diminution des taux de décès* (Le Bouler et *al.*, 2015, p. 21). Les programmes de dépistages permettent de localiser rapidement les tumeurs et de les traiter suffisamment tôt. De ce fait, le risque de décès est moins important. Quant au cancer du poumon provoqué par la consommation de tabac, il reste la première cause de mortalité en France.

Comme cité précédemment, le dépistage fait partie des enjeux majeurs de la prise en soins, ainsi que l'organisation des soins (dans le sens parcours de soins) auprès de ces patients, permet une meilleure efficacité de la prise en charge. En France, la lutte contre le cancer s'est structurée dès 2003 autour de plans nationaux. Ils visent à dépister, organiser les soins et la recherche ainsi que l'accompagnement du patient et de ses proches durant et après le cancer. Le dernier plan est décennal et court jusqu'en 2030.

Diabètes

L'enquête nationale nutrition santé de 2006, qui incluait un critère de glycémie, estimait que dans la population de 18 à 74 ans, près de 20 % des cas de diabète sont méconnus et près de 10% des cas de diabète connus ne sont pas traités. (Le Bouler et *al.*, 2015, p. 27) Le diabète *[…] est liée au vieillissement de la population mais aussi à l'augmentation concomitante de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Le diabète de type 2, qui représente en France 92% des cas, résulte en effet d'une interaction étroite entre génétique et environnement. Son émergence sur des terrains génétiquement prédisposés est favorisée par la sédentarité et l'obésité, qui constituent des facteurs de risque modifiables* (*Ibid.*).

Cette maladie fait l'objet d'un guide de parcours de soin édicté par la HAS en 2014 ayant pour objectif de dépister, conseiller, traiter les malades ainsi que prévenir les complications.

Accidents

Il est ici question des accidents de la route, du travail et de la vie courante. Même si le taux de décès par accidents de la route a fortement diminué ces quarante dernières décennies du fait d'une politique nationale engagée, le nombre de personnes atteintes de troubles moteurs séquellaires à un accident reste conséquent : *[…] si le décès est évité, les séquelles peuvent être importantes, consécutives le plus souvent à un traumatisme crânien, à une lésion médullaire ou à une atteinte invalidante du membre inférieur. En moyenne, on recense une survie avec séquelles majeures pour un décès* (Le Bouler et *al.*, 2015, p. 39).

Les accidents de la vie courante, qu'ils soient domestiques ou en lien avec une activité sportive, pourraient être évités en suivant les conseils de prévention nationaux. Ces accidents concernent particulièrement les âges extrêmes de la vie.

Ce que nous enseigne la lecture de cette partie, c'est qu'au-delà *de la mortalité, l'autre grand enjeu est le handicap, et ce d'autant plus qu'il concerne souvent les victimes les plus jeunes (qui survivent plus volontiers à des tableaux lésionnels graves susceptibles de laisser des séquelles)* (*Ibid.*).

Affections broncho-pulmonaires

La BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) est une maladie dont le principal facteur de risque est la consommation de tabac. *Dans les prochaines années, le poids de la maladie devrait augmenter en raison de l'allongement de la durée de vie et de la diminution de la mortalité cardiovasculaire. Dans ce contexte, les principaux enjeux concernant cette affection sont l'amélioration de son diagnostic, afin que soit mise en place une prise en charge adaptée permettant de réduire les exacerbations et d'améliorer la qualité de vie, et la lutte contre son principal facteur de risque, la consommation de tabac* (HCSP, 2015, p. 30).

La BPCO figure dans le plan mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles suivant le site de l'OMS. Les interventions préconisées pour cette lutte comprennent des protocoles d'évaluation, de diagnostic et de prise en charge des affections respiratoires chroniques.

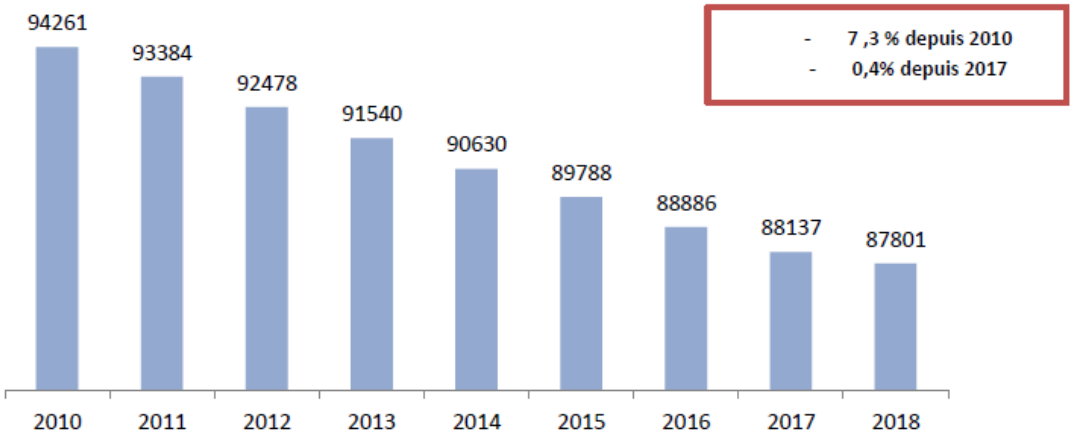
Au regard des différentes problématiques de santé en France à l'œuvre aujourd'hui ainsi que les actions de préventions correspondantes, quelle est l'évolution quantitative et qualitative du maillage médical et paramédical sur le territoire national ?

1. A. 3. c. La répartition démographique médicale

En janvier 2013, il y avait près de 200 000 médecins en activité en France, soit un médecin pour 300 habitants. Cet effectif est pratiquement stable depuis 2002 et devrait le rester jusqu'en 2018 pour baisser ensuite. (Huguier & Romestaing, 2014, p. 1368)

Figure n°1 : 2010-2018 une érosion continue des effectifs des médecins spécialistes en médecine générale

Les effectifs de médecine générale en exercice régulier continuent de baisser : - 7,3 % depuis 2010, - 0,4 % depuis 2017, alors que les autres cohortes de médecins progressent (spécialistes médicaux + 3 % et + 0,4 % depuis respectivement 2010 et 2017 ; spécialistes chirurgicaux + 8 % et + 0,8 %).



(Bouet, 2018, p. 9)

Dans la stratégie *Ma santé 2022* proposée par le ministère de la solidarité et de la santé, la répartition démographique médicale devrait connaître un nouveau visage. La vision de ce plan est de *proposer une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français* (Augros & Mesnier, 2019)

Le bulletin de l'académie nationale de médecine en 2014, précisait qu'il était de bon ton de trouver le nombre suffisant de médecin par habitant. En effet, *un nombre insuffisant de médecins ne permettrait pas un accès à des soins ouvert à tous et dans certaines spécialités*

(Huguier & Romestaing, 2014, p. 1368). A contrario *un nombre excessif a lui aussi des inconvénients. Sur le plan économique, il a été prouvé que dans les régions où les densités médicales étaient les plus fortes, la consommation des soins et les remboursements qu'ils entraînaient pour l'Assurance maladie y étaient le plus élevés sans que l'état sanitaire de la population y soit meilleur pour autant* (*Ibid.*).

Ce que nous apprend le bulletin de l'académie nationale de médecine c'est que le *numérus clausus* dans les facultés de médecine aurait dû être augmenté en 1980 afin de pallier la baisse de la démographie médicale prévue en 1979.

À la fin des années 1980, une politique vigilante d'anticipation en matière de démographie médicale aurait dû faire augmenter, comme prévu en 1979 le numerus clausus et ce dès la fin des années 80, ce qui n'a été réalisé que dix ans plus tard. (Huguier & Romestaing, 2014, p. 1371)

Premièrement, ce retard a eu pour conséquences, la dégradation d'accès aux soins médicaux notamment pour les deux tranches d'âges extrêmes de la vie. De plus, comme précisé dans le paragraphe précédent, à la fin du siècle dernier nous avons assisté à une augmentation du nombre de natalité et des personnes de plus de 75 ans. Deuxièmement, nous apprenons dans ce bulletin, que le solde migratoire a été plus important que prévu. Enfin, il existe au sein de notre pays, ce qu'on a appelé des « déserts médicaux » où le pourcentage de médecin par habitant est nettement en deçà de ce qu'il conviendrait d'appeler « un nombre suffisant ». C'est dans ces mêmes zones, que la population est vieillissante et nécessite des soins quotidiens. Mais alors que la population augmente et devient vieillissante, l'augmentation voire la suppression du *numérus clausus* ne saurait régler la problématique de l'accès aux soins.

Par ailleurs, le monde médical s'est adapté en développant entre autres, une permanence hospitalière constante par l'accueil des usagers via les services d'urgences, nous apprend le chapitre I de l'ouvrage sur *Le métier d'infirmier en France* de 2017. (Duboys Fresney & Perrin, 2017)

Le plan « Ma santé 2022 » a vu le jour début 2019. Il a pour actions, 4 axes prioritaires :

- **Créer des collectifs de soins** au service des patients afin d'organiser un accès aux soins non programmés, proposer plus d'actions de prévention et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées
- **Libérer du temps médical** afin qu'ils se concentrent sur les soins aux patients en créant de nouveaux métiers : les assistants médicaux
- **Accompagner les hôpitaux** afin que les médecins renforcent l'accès aux soins de proximité
- **Refondre les formations des métiers de la santé** en supprimant le *numérus clausus* à l'université de médecine, en réformant l'accès en deuxième année de médecine et en supprimant le concours d'entrée en IFSI.

Il est important de souligner que le nombre des médecins (généralistes en particulier), ainsi que leur répartition sur le territoire national, ne permet pas de répondre à une demande croissante de soins. Cette augmentation est plurifactorielle. En effet, elle est le résultat d'une augmentation du nombre des personnes aux âges extrêmes de la vie, qui nécessitent en plus une attention médicale plus importante. Le ministère de la santé tente d'apporter des réponses sur la formation des médecins, la réorganisation des cabinets médicaux, la suppléance de certains actes médicaux et la collaboration ville/hôpital.

Comment la profession d'infirmière s'est adaptée au nouveau visage démographique de la France ? La première partie sur l'historique de la profession d'infirmière nous a permis d'identifier sa lente progression. Depuis 1993, l'autonomie des infirmiers se distingue peu à peu en se libérant des sciences fondatrices comme la médecine. Les différentes réformes sur la formation du métier depuis les années 1980 ont-elles répondu à la modification de la demande de soins explicitée précédemment ? C'est ce à quoi nous allons tenter de répondre dans le paragraphe suivant.

I. A. 4. La formation : l'adaptation du champ de compétence des infirmiers aux exigences de santé de la population Française

I. A. 4. a. L'arrêté de 1993

Le programme des études conduisant au diplôme d'État infirmier du 23 mars 1992 avait pour objectif de former *: Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe. Un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes… qui frappe une personne. L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité. Un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à son savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.* Le décret d'application de la formation des infirmiers en 1993 donne aux soins infirmiers une dimension de santé publique en intégrant les soins de santé primaires et de santé communautaire. Cette dimension va de pair avec les recommandations de l'OMS de 1978.

Emergence des compétences de l'IDE par l'identification d'un sens clinique

Le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier introduit la notion de compétence en stipulant dans l'article 2 : *Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personne. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires et accomplir les soins indispensables[…]* (*Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.*, 1993). L'expertise infirmière, à travers la mise en œuvre de diagnostics infirmiers, est affirmée en précisant toujours dans le même article *Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative […]* (*Ibid.*). Ce décret permet à l'infirmier, d'agir en utilisant son sens clinique dans le domaine des soins en lien avec son rôle propre.

Pour être clair dans la distinction des soins du rôle propre, et comme l'a précisé Marie Françoise Colliére, le rôle propre de l'infirmier s'apparente au *Care*.

Par ailleurs, le décret de 1993 dans l'article 8 : *En l'absence du médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet, de sa part et dès que possible, d'un compte rendu écrit, daté, signé et remis au médecin. Lorsque la situation d'urgence s'impose à lui, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger le patient vers la structure de soins la plus appropriée à son état.* L'article 8, par sa description, confie à l'IDE (Infirmier Diplômé d'État) le devoir de mettre en œuvre tout ce qui est en son pouvoir pour conserver l'état de santé d'un patient à partir du moment où il a identifié l'état critique de celui-ci. Autrement dit, l'IDE doit avoir la capacité d'identifier l'apparition de signes cliniques en lien avec une dégradation de l'état de santé de son patient, et de proposer des soins de conservation jusqu'à l'arrivée d'un médecin.

La formation des infirmiers a évolué depuis le décret de 1993. Quelles sont donc les évolutions proposées ?

I. A. 4. b. L'universitarisation de la formation des IDE suivant le référentiel des études de 2009

Après la réforme des études de 1992, la formation des IDE a connu un tournant universitaire le 31 juillet 2009.

J'ai choisi de développer cette partie en m'appuyant sur les travaux de Elisabeth Noël-Hureaux de février 2013 qui traite de la question : En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ?

Le programme de formation des IDE vit une réforme en 2009, donnant aux étudiants un accès à des études universitaires. Le référentiel de formation décline dix compétences (Cf annexe 1) et la première d'entre elle est :

Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

Il s'agit de savoir rechercher et sélectionner des informations au regard d'une situation donnée, à partir de sources pertinentes, à jour et fiables, comme les personnes (patient, famille, professionnels, entourage), les dossiers et les outils de transmission. L'étudiant doit également repérer et évaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance, et déterminer les mesures prioritaires.

La pédagogie développée en IFSI relève d'une pédagogie différenciée s'appuyant sur une construction des savoirs à partir de la posture réflexive de l'apprenant. *L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle* (Noël-Hureaux, 2012, p. 5).

Ce référentiel de formation a non seulement réorganisé les études en soins infirmiers mais a également donné aux formateurs la possibilité de réinterroger leur pédagogie afin de permettre à l'étudiant de se construire une identité professionnelle en le recentrant sur *le développement de ses ressources, la reconnaissance de ses émotions et l'adoption d'une éthique professionnelle* (*Ibid.*). Au-delà de la pédagogie proposée dans ce référentiel, les études en soins infirmiers ont vu les portes de l'université s'ouvrir aux étudiants après leur diplôme. Le diplôme d'État offre la possibilité aux étudiants de continuer leurs études s'ils le souhaitent, en validant un grade licence. Pour autant, le fait d'ouvrir les portes de l'université aux jeunes diplômés, a eu pour conséquence de proposer une formation en lien avec les exigences de tous licenciés. Les méthodes de travail, le raisonnement intellectuel développé, l'acquisition des connaissances, les matières enseignées sont autant de domaines qui ont subi des changements dans le but d'harmoniser la formation mais aussi de proposer un enseignement universitaire.

Comme le précise Elisabeth Noël-Hureaux, *les savoirs académiques font l'objet de consensus par les communautés intellectuelles et scientifiques qui les ont établis* (Noël-Hureaux, 2012, p. 2). Les savoirs professionnels sont eux *organisés suivant des critères d'efficacité et de légitimité*. Les enseignements sont organisés sous forme d'UE (Unités d'Enseignement). Certaines sont centrées sur les savoirs académiques, d'autres sur les savoir-faire et les dernières sur les savoir-être.

Mais alors que la formation des IDE se faisait depuis plus d'un siècle par des professionnels de terrain, quelle plus-value apporte l'universitarisation des études en soins infirmiers à la

profession ? L'auteur nous invite à remettre en question ce qu'elle nomme « le transmettre ». Dans une formation où chacun des acteurs a sa propre conception du terme, elle pose comme hypothèse que *la transmission se fait essentiellement en fonction de la représentation de sa pratique et de sa culture professionnelle […] par conséquent l'influence des acteurs de l'université, de l'IFSI et du terrain du fait de leurs représentations différentes, véhiculent des conceptions du transmettre différente* (*Ibid.*). Les infirmiers diplômés d'État s'attachent au savoir-être alors que les autres communautés scientifiques aux savoirs académiques.

En conclusion de ses travaux, Noël-Hureaux propose deux hypothèses sur les fonctions de l'universitarisation des études en soins infirmiers. D'une part l'universitarisation donnerait à la formation infirmière une légitimité aux yeux des autres communautés scientifiques du fait d'un accord sur les savoirs académiques enseignés. D'autre parts, cette universitarisation se veut ambitieuse et dynamique, dans le sens où elle impulserait des modifications culturelles sur « *le transmettre* » au sein du corps même des professionnels infirmiers, notamment sur la transmission du savoir être.

Ce travail de recherche s'intéresse particulièrement à la compétence numéro une de l'IDE qui se nomme : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers. Plusieurs UE dites « cœur de métier » permettent d'aborder cette compétence. En effet, même si les UE processus apportent de la matière scientifique au raisonnement, les UE 3.1 S1 raisonnement clinique, 3.2 S2 3.1 S2 projet de soin ainsi que les UI (unités intégratives) ont pour objet de guider et orienter l'étudiant dans sa manière d'agencer ces connaissances théoriques. Les différents travaux proposés à l'IFSI dans ces UE ou UI sont autant d'exercices pour permettre à l'étudiant d'acquérir un processus de pensée propre au raisonnement clinique. Les étudiants abordent, améliorent et acquièrent cette compétence en stage, tutorés par leurs futurs collègues infirmiers.

Cette compétence est approfondie pour les futurs IPA (infirmiers de pratique avancé), diplôme d'État enseigné à l'université et validant un master II depuis septembre 2018.

I. A. 5. Le diplôme d'État d'IPA (infirmier de pratique avancé)

Même si le diplôme d'État d'infirmier de pratique avancé a vu le jour en septembre 2018, le projet de développement de missions supplémentaires confiées aux IDE n'est pas récent. En effet, la baisse de la démographie médicale, dès le début du 21^{éme} siècle, permet aux IDE de se voir attribuer des soins médicaux sous la forme de protocoles de coopérations, légiférés depuis par l'article 51 de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire). Le rapport Berlan, en 2003, met en œuvre ces protocoles jusqu'à créer un master en sciences cliniques infirmières permettant de légitimer ce transfert de tâches aux IDE. Ce même master octroie aux IDE quatre champs d'activités qui sont la pratique clinique, l'encadrement d'équipe, la formation et bien sûr, la recherche. Ces champs d'activités développent, entre autres, le leadership de l'IDE clinicienne. (Jovic, Naviaux-Bellec, & Renaut, 2015, p. 13)

L'article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, crée l'article L.4301-1 du Code de la santé publique et introduit le principe de la pratique avancée. La pratique avancée vise à répondre aux nouveaux enjeux d'un système de santé en mutation. Elle identifie des compétences, relevant réglementairement du champ médical, des connaissances et des modalités de travail interprofessionnelles nécessaires pour pratiquer des soins de santé à un niveau avancé par rapport aux compétences reconnues du métier socle d'IDE.

La création de ce nouveau métier permet de concentrer les missions de l'IPA auprès des patients atteints de pathologies chroniques. L'IPA accompagne des patients dans leur parcours après que le médecin leur ait confié le suivi. Il voit régulièrement le patient pour le suivi de sa pathologie en fonction des conditions prévues par l'équipe et a notamment la capacité, dans son domaine de compétence, de prescrire des examens complémentaires, de demander des actes de suivi et de prévention ou encore de renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. Il discute du cas du patient lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Il revient vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences sont atteintes ou dans le cas d'une dégradation de l'état de santé du patient.

La formation d'IPA a réellement débuté en septembre 2018 au sein de plusieurs universités en France. C'est une formation valant un grade master. Durant cette formation, les étudiants sont emmenés à choisir une spécialité parmi celles que le référentiel propose.

Ces spécialités étaient :

- Pathologies chroniques stabilisées et les polypathologies courantes en soins primaires
- Oncologie hématologie
- Maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale

En septembre 2019, une nouvelle spécialité est offerte aux étudiants. Il s'agit de la spécialité « maladie et santé mentale ». En 2021, une dernière mention permet aux futurs IPA d'exercer dans le domaine de l'urgence.

Les UE enseignées durant la formation d'IPA sont centrées sur l'approfondissement des compétences du métier d'IDE. Parmi celles-ci, la compétence clinique se décline sous au moins cinq compétences. En effet, l'IPA doit être en mesure de :

- Réaliser un examen clinique adapté à la situation du patient dans son champ de compétences.
- Identifier et analyser les signes et symptômes liées à la pathologie, à l'état de santé du patient et à leur évolution et aux effets secondaires du traitement.
- Analyser les données issues de l'entretien, de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires.
- Elaborer des hypothèses, des conclusions cliniques et un diagnostic infirmier dans son champ de compétences.
- Etablir un diagnostic de situation sur l'état de santé du patient prenant en compte ses proches et son environnement dans une approche médico-psycho-sociale.

Les deux dernières parties ont permis de cerner la place centrale de la compétence clinique tant chez les IDE que chez les IPA. Afin de préciser l'objet de mon travail, la prochaine partie sera dédié à la définition de ce qu'est le raisonnement clinique.

II. A. Raisonnement clinique

Le raisonnement clinique et particulièrement celui de l'IDE reste une compétence indéfinie malgré les différents écrits recensés. Georges Pedarribes et Gwenaël Lefeuvre écrivaient dans leur article sur « L'analyse des compétences infirmières lors d'une situation d'évaluation clinique et de diagnostic » en 2014, que *l'évaluation d'une situation clinique qui fait appel au raisonnement clinique reste donc une compétence abstraite, complexe et peu visible pour un étudiant en soins infirmiers* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 678). Avant d'axer la réflexion sur le processus cognitif qui conduit au raisonnement clinique de l'IDE, il est nécessaire de définir ce qu'est le raisonnement puis le raisonnement clinique dans le domaine de la santé.

II. A. 1. Le raisonnement

La psychologie cognitive est la discipline qui étudie les activités mentales de l'être humain et notamment celles du raisonnement. *La psychologie cognitive est une sous-discipline de la psychologie (psyché = âme, logos = science). Le terme de cognitif renvoie à la cognition (cognitio = connaissance, action d'apprendre). Le but de la psychologie cognitive est de comprendre l'acquisition, l'organisation et l'utilisation de nos connaissances* (Léger, 2016, p. 3). C'est parce que cette discipline s'intéresse au traitement de l'information réalisé par le cerveau humain que nous nous sommes intéressée à cette discipline et particulièrement aux théories du raisonnement.

Ira Noveck, Hugo Mercier, Sandrine Rossi et Jean Baptiste Van Der Henst dans le chapitre 2 « Psychologie cognitive du raisonnement » issu de *Psychologie du raisonnement*, précisent que : *Le monde des psychologues du raisonnement conduit ses recherches en suivant principalement deux méthodes. L'une consiste à imaginer des problèmes de raisonnement subtils dont la solution correcte est souvent moins évidente que ce que l'on pourrait imaginer de prime abord […] L'autre méthode passe par la conception de tâches de raisonnement plus directes qui reposent sur la compréhension de termes logiques* (Noveck, Mercier, Rossi, & Van Der Henst, 2007, p. 42). Dans ce chapitre, ils exposent particulièrement les différentes théories issues des recherches réalisées par des psychologues cognitivistes, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble des différentes questions que le domaine du raisonnement engendre. *Actuellement, on trouve au sein de la littérature deux systèmes de règles mentales. L'un s'appelle la « logique mentale » (Braine, 1990) et l'autre s'appelle le « système déductif naturel » (Rips, 1983). Ces deux systèmes partagent l'idée que les individus disposent d'une*

capacité innée à déclencher certaines règles logiques (ou schémas logiques) comme le Modus Ponens[6]*, et qu'ils disposent aussi d'un programme qui organise l'usage de ces inférences (Ibid.).*

Les auteurs proposent une présentation des théories du raisonnement. C'est à partir d'une figure empruntée à celle d'un parlement, que les différents courants de la psychologie cognitive sont représentés, exposant les diverses théories allant de l'inné à l'acquis. Les théories évolutionnistes de Cosmides et Gigerenzer sont disposées du côté de l'inné alors que celles de du raisonnement des schémas pragmatiques de Cheng et Holyoak sont du côté de l'acquis. A la différence des théories de l'inné, les théories de l'acquis intègrent l'expérience de l'individu dans le développement ses capacités à raisonner. Au centre, on retrouve les théories du double processus comme celle de Daniel Kahneman. Les théories du double processus distinguent deux systèmes cognitifs dans le raisonnement, le système 1 et le système 2 que nous développerons dans la partie suivante. *Les théories à double processus tentent de décrire à la fois nos capacités à effectuer des raisonnements corrects et à rendre compte des erreurs que nous commettons parfois de façon systématique (Ibid.)* On notera dans la dernière partie de la phrase la notion d'apprentissage par l'expression « rendre-compte ».

Ce qui nous a particulièrement intéressé dans la théorie de Kahneman c'est que : *les individus ne résolvent pas la tâche par un raisonnement rationnel, mais plutôt par une heuristique intuitive qu'ils appellent l'heuristique de représentativité. Ils la définissent comme une évaluation du degré de correspondance ou de similarité entre deux situations* (*Ibid.*). Les théories du raisonnement de Kahneman nous ont apporté des explications plus précises sur la façon dont les individus combinent les données qu'ils recueillent pour accomplir une tâche.

La partie suivante est consacrée à la description du raisonnement en s'appuyant sur l'ouvrage de Kahneman « Système 1, système 2, les deux vitesses de la pensées ». Kahneman est entre

[6] Modus Ponens : type de raisonnement logique consistant à affirmer une implication (« si A alors B ») et à poser ensuite la négation du conséquent (« si non A, non B ») pour en déduire la négation de l'antécédent (« donc non A »). En d'autres termes, puisque la cause d'une implication engendre la conséquence, alors l'absence de la conséquence implique automatiquement l'absence de la cause (tollens est le participe présent du verbe latin tollere, ôter, enlever).(« Modus tollens », 2020)

autres, spécialiste en psychologie cognitive et ses travaux sur le jugement et la prise de décision lui ont valu un prix Nobel en 2002.

II. A. 1. a. Système 1 versus système 2

La description de la pensée et du raisonnement relatée dans le prochain paragraphe n'est qu'une approche de l'ouvrage de Kahneman. Ses travaux, comme ce dernier ouvrage, sont denses et les quelques lignes qui suivent reprennent ce qui nous semble intéressant à retenir pour l'approfondissement de nos recherches.

L'auteur préface son ouvrage par ces questions : *Comment pensons-nous ? Qu'est-ce qui guide nos préférences, nos jugements, nos décisions ? Quand faut-il ou non faire confiance à notre intuition ?* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 4). C'est particulièrement autour des questions sur le jugement et la prise de décision que nous avons souhaité développer sa théorie de la pensée.

II. A. 1. b. Les deux systèmes de la pensée

Le chercheur décrit la pensée par deux systèmes bien distincts. Le système 1 *fonctionne automatiquement et rapidement avec peu ou pas d'efforts et aucune sensation de contrôle délibéré* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 33). Par exemple, ce système permettrait aux individus de faire une grimace du dégout face à une image horrible, de calculer 2+2, ou encore de détecter qu'un objet est plus éloigné qu'un autre (exemple tiré de l'ouvrage). L'auteur complète sa définition du système 1 par : *Les capacités du système 1 comprennent des compétences innées que nous avons en commun avec d'autres animaux. Le système 1 a appris à associer certaines idées par exemple quelle est la capitale de la France*. (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 35).

Alors que le système de pensée n°1 est basé sur le reflexe, *Le système 2 accorde de l'attention aux activités mentales contraignantes qui le nécessitent y compris des calculs complexes. Le fonctionnement du système 2 est souvent associé à l'expérience subjective de l'action du choix, et de la concentration* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 37). Le système 2 permettrait aux individus de compter combien de fois une lettre apparaît dans un mot ou un texte, ou encore de se garer sur une place exigüe. Ce que nous apprend Kahneman dans sa préface c'est que *Le « Système 1 » est rapide, intuitif et émotionnel ; le « Système 2 » est plus lent, plus réfléchi, plus contrôlé et plus logique* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 4)

Ce qu'il est important à noter dans l'influence qu'ont les deux systèmes entre eux c'est que tout d'abord, le système 2 peut se substituer au système 1 lorsque ce dernier n'arrive pas à résoudre le ou les problèmes qu'il rencontre : *Le système 2 est en partie capable de modifier la façon de fonctionner du système 1, en programmant les fonctions normalement automatiques de l'attention et de la mémoire.* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 37). Ensuite le système 2 laisse facilement la place au choix du système 1 tant que celui-ci apporte des réponses aux problèmes rencontrés. *Le Système 1 émet constamment des suggestions pour le Système 2 : des impressions, des intuitions, des intentions et des sentiments. Si elles sont approuvées par le Système 2, les impressions et les intuitions se transforment en convictions, et les impulsions en actions délibérées. Quand tout se passe bien, le Système 2 adopte les suggestions du Système 1 avec peu de modifications ou presque. Vous avez généralement foi dans vos impressions et agissez en fonction de vos désirs, et c'est pour le mieux – la plupart du temps. Quand le Système 1 se heurte à des difficultés, il fait appel au Système 2 pour se livrer à une gestion plus détaillée et adaptée qui peut résoudre le problème du moment. Le Système 2 est mobilisé quand une question se pose à laquelle le Système 1 n'a pas de réponse.* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 39).

La théorie de la pensée de Kahneman nous amène à réfléchir sur nos prises de décision à travers les différents biais du raisonnement comme l'heuristique de représentativité (degré de correspondance ou similarité entre deux situations). La lecture de ce dernier ouvrage nous a permis d'établir des liens avec les concepts de la didactique professionnelle notamment entre concepts et conceptualisation. Bien des processus cognitifs décrits dans l'ouvrage de Kahneman participent à la prise de décision que ce soit dans le cadre personnel ou professionnel. Nous allons ainsi nous attarder à la prise de décision dans le domaine professionnel grâce au prochain paragraphe.

II. A. 1. c. La notion de compétence

Kahneman précise que notre *cerveau est le théâtre de multiples calculs, qui entretiennent et mettent à jour les réponses constantes à plusieurs questions cruciales : est-il en train de se passer quelque chose de nouveau ? Y a-t-il une menace ? Les choses vont-elles bien ? Devrais-je réorienter mon attention ? Faut-il que je consacre davantage d'effort à cette tâche ?* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 68). Afin de répondre à ces questions, Kahneman explore les différentes manières dont le cerveau accède à la résolution de problème. Il évoque tour à tour

la *machine associative* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 57) qui nous pousse à associer des situations entre elles ou encore le phénomène de *l'amorçage* (*Ibid.*) qui invite l'esprit à se concentrer sur un élément plutôt qu'un autre en fonction du contexte, tout ceci dans le but de trouver une issue qui nous satisfait. L'auteur explique que le cerveau est sans cesse en évaluation des situations qu'il rencontre. Il nomme ainsi ces mécanismes d'évaluation comme ataviques en expliquant que l'homme *a hérité des mécanismes neuronaux à l'origine des évaluations constantes du niveau de menace, et ces mécanismes n'ont pas été déconnectés. Les situations sont systématiquement évaluées en tant que bonnes ou mauvaises, nécessitant que l'on fuie ou autorisant l'approche* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 103).

C'est dans cette continuelle évaluation prédictive que l'Homme moderne analyse et estime, par exemple, la production ou encore les bénéfices et les pertes dans le monde de l'industrie. Les ingénieurs utilisent *des tables de correspondance, des calculs pointus et l'analyse précise de résultats antérieurs obtenus dans des conditions similaires* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 211). Tandis que d'autres professionnels *font principalement appel aux compétences et à l'expertise par la répétition de l'expérience* (Ibib.). Il cite ainsi Gary Klein qui dans un ouvrage « Source of Power » *illustre ces intuitions de compétence, qui permettent à une solution au problème en cours de venir rapidement à l'esprit parce que des indices familiers ont été reconnus* (*Ibid.*).

Le système 1 intuitif est régulé par le système 2 afin de ramener l'intuition à des éléments plus rationnels. Kahneman évoque ainsi la notion de correction de ces prédictions par le système 2. *La correction de vos prédictions intuitives est une tâche réservée à votre Système 2. Un effort substantiel est nécessaire pour trouver la catégorie de référence appropriée, estimer la prédiction de base et évaluer la qualité des preuves. Cet effort ne se justifie que quand les enjeux sont importants et quand vous tenez particulièrement à ne pas commettre d'erreur* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 218). A travers la notion de « catégorie de référence appropriée » nous noterons des similitudes avec la notion de « classes de situations » en didactique professionnelle. La notion de classe de situation sera développée dans la partie concepts théoriques de la didactique professionnelle.

Kahneman a travaillé avec Klein sur « La force de l'intuition » dans les évaluations prédictives des experts. Klein a étudié cette force de l'intuition auprès de commandants de pompier et a ainsi élaboré sa théorie sur la prise de décision basée sur la reconnaissance. Ce processus est

décrit comme mettant *en jeu à la fois le Système 1 et le Système 2. Dans la première phase, le plan qui vient à l'esprit est suscité par une fonction automatique de la mémoire associative – le Système 1. La phase suivante est un processus délibéré où le plan est simulé mentalement pour vérifier qu'il peut fonctionner – c'est une opération du Système 2. La prise de décision intuitive comme reconnaissance d'une situation antérieure s'appuie sur les théories déjà anciennes de Herbert Simon, qui est peut-être le seul universitaire reconnu et admiré comme un héros et un père fondateur par tous les clans concurrents dans le domaine de la prise de décision* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 256).

Kahneman et Klein ont travaillé sur cette notion de force de l'intuition et la compétence intuitive des experts. Ils n'ont pas toujours été en accord mais ont convenu qu'ils n'avaient pas réalisé leurs recherches auprès des mêmes professionnels. Klein ayant particulièrement travaillé avec des professionnels de santé, ils en ont convenu que leur divergence résultait probablement de la confiance et du respect qu'ils avaient pour les professionnels étudiés. Ainsi pour Klein *les véritables experts sont conscients des limites de leurs connaissances.*(Kahneman & Clarinard, 2012, p. 269)

Pour autant, Kahneman a élaboré une théorie qu'il nous a semblé intéressante à développer ci-après tant elle conditionne la validité du jugement prédictif basé sur l'intuition dans le cadre professionnel.

II. A. 1. d. La notion d'aisance cognitive

L'aisance cognitive est une *échelle allant de « Facile » à « Tendu ». Facile est le signe que tout va bien – pas de menace, pas d'information importante, il n'est donc pas nécessaire de réorienter l'attention ni de mobiliser un effort. Tendu est la preuve qu'il y a un problème, lequel va requérir une mobilisation croissante du Système 2.* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 68). Il rajoute que lorsque *vous vous sentez tendu, vous aurez davantage tendance à vous montrer vigilant et méfiant, investirez davantage d'effort dans ce que vous faites, vous sentirez moins à l'aise et commettrez moins d'erreurs, mais vous serez également moins intuitif et moins créatif que d'habitude* (*Ibid.*).

L'aisance cognitive est une perception de l'environnement qui permet à l'individu de se sentir en confiance et sûr de lui. Kahneman s'appuie sur les résultats de Zajonc, psychologue dont les travaux *sur la répétition d'un stimulus arbitraire et l'affection superficielle qu'elle finit par*

entraîner chez les gens (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 76) provoque des impressions d'événements reconnus par le système 1 dont le système 2 est inconscient : *l'effet de simple exposition est plus fort pour les stimuli que l'individu ne voit jamais consciemment* (*Ibid.*).

Ce que nous apprend l'auteur au sujet de l'aisance cognitive concerne le lien inéluctable entre bonne humeur, créativité, intuition, crédulité et recours croissant au système 1. *Une humeur joyeuse relâche le contrôle du Système 2 sur la performance : quand ils sont de bonne humeur, les gens deviennent plus intuitifs et plus créatifs, mais aussi moins vigilants et plus prompts à commettre des erreurs logiques* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 79).

Ce qui questionne la notion d'expertise des professionnels quand ils font appel à leur compétence intuitive. Les professionnels faisant appel à leur sens intuitif pour résoudre les problématiques auxquelles ils sont confrontés seraient des experts à partir du moment où ils ont conscience des limites de leur connaissance. Mais s'ils ont conscience de ces limites, comment peuvent-ils avoir confiance en eux ? Et si la confiance en soi est le résultat de l'aisance cognitive, comment font ces professionnels pour faire appel à leur créativité, lien essentiel dans la reconnaissance des événements à mobiliser ?

Kahneman apporte ainsi ces précisions sur l'acquisition des compétences par les professionnels : *S'il est impossible d'accorder foi à la confiance subjective, comment évaluer la validité probable d'un jugement intuitif ? Quand les jugements sont-ils le reflet d'une authentique expertise ? Quand trahissent-ils une illusion de validité ? La réponse tient aux deux conditions fondamentales à l'acquisition d'une compétence :*

- *un environnement suffisamment régulier pour être prévisible ;*
- *la possibilité d'apprendre ces régularités grâce à une pratique durable*.

(Kahneman & Clarinard, 2012, p. 270)

L'auteur précise enfin que si ces deux conditions sont *sine qua non* pour que les intuitions soient le fruit d'une compétence. Il ajoute : *Les médecins, les infirmiers, les athlètes et les pompiers sont également confrontés à des situations complexes mais fondamentalement ordonnées. Les intuitions justes décrites par Gary Klein s'appuient sur des indices d'une grande validité que le Système 1 du spécialiste a appris à utiliser, même si le Système 2, lui, n'a pas appris à les définir* (*Ibid.*).

Désormais forts de ces notions en psychologie cognitive à propos du raisonnement en général et sur la compétence en particulier, nous nous sommes attardée sur le raisonnement usité dans le domaine médical et paramédical.

II.2 Le raisonnement clinique dans le domaine des sciences médicales

L'article « Raisonnement clinique et décision médicale » rédigé par Dominique Pestiaux, Carl Vanwel de Suzanne Laurin et Marie-Claude Audétat en 2010, donne une définition précise du raisonnement clinique dans le domaine de la santé et particulièrement dans le champ médical. Cet article s'appuie sur une définition de Newble : *le raisonnement clinique est une activité intellectuelle qui consiste à synthétiser l'information obtenue au départ d'une situation clinique, à l'intégrer avec les connaissances préalables et l'expérience pour poser un diagnostic et à prendre des décisions thérapeutiques. Il est considéré comme un des trois éléments de la compétence clinique, qui comprend également les connaissances et les aptitudes pertinentes* (Pestiaux & Vanwelde, 2010, p. 59). Afin de réaliser cette activité intellectuelle, l'article propose quatre types d'approches cliniques qui sont :

- *Réaliser un tableau d'évaluation exhaustif : Elle consiste à faire l'inventaire des éléments susceptibles d'aboutir à un diagnostic*. (Technique en lien avec l'évaluation de situation clinique complexe, met de côté l'intuition car le clinicien ne peut négliger aucune hypothèse). C'est une technique qui consiste à raisonner par élimination successive.
- *Faire appel à un arbre de décision ou algorithme : approche fait appel à un arbre de décision, ou algorithme, utilisant un cheminement de type binaire qui amène le médecin à poser un diagnostic par éliminations successives.* Cette technique consiste à raisonner par élimination à l'aide d'arbres décisionnels.
- *Reconnaissance d'un archétype, ou canevas (pattern recognition).* Cette technique nécessite de reconnaître d'emblée une situation typique grâce à une « collection d'images » intégrée par le praticien. Cette technique se veut insuffisante en elle-même et nécessite l'intervention de la quatrième technique.
- *La démarche hypothético-déductive. La méthode hypothético-déductive est fondamentale dans la démarche diagnostique du médecin. Elle lui donne la possibilité de baliser efficacement une situation clinique sans pour autant accumuler des détails d'importance secondaire.* Le praticien tente d'établir un *paysage diagnostic* au regard

des données recueillies pour enfin n'en retenir qu'une au fur et à mesure des différents résultats d'examens. Cette méthode combine formulation d'hypothèses, vérification, élimination.

Selon que les cas cliniques sont habituels ou non, simples ou complexes, le clinicien active et emploie différentes stratégies pour résoudre le problème (*Ibid.*). L'on apprend dans ce dernier article que l'expérience permet au praticien d'emmagasiner un certain nombre d'archétypes auquel il fait référence dans sa démarche diagnostique. Les praticiens novices seraient plus informés des dernières recherches scientifiques.

Ce dernier article nous informe sur les nombreux artéfacts de la démarche diagnostic :

- Le discours du patient qui peut « noyer » le clinicien dans une somme d'informations
- La notion de temps qui peut être un facteur de stress pour le praticien
- Le stress ou autre émotion du praticien qui peut parasiter son raisonnement
- Le piège de l'évidence, source d'erreur pour le praticien par omission d'hypothèses.

II.3 Le raisonnement clinique dans le domaine des sciences infirmières

L'objectif de cette prochaine partie est d'identifier les fondements de la construction du raisonnement clinique chez l'étudiant en soins infirmier depuis 2009 en définissant les termes raisonnement clinique et compétence. En effet, le référentiel de formation ayant été modifié en 2009, il est important de connaitre les études qui ont fait évoluer l'enseignement du raisonnement clinique en IFSI. Je m'appuierai sur un article de Claude Belpaume « Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers » paru en 2009.

II. A. 3. a. L'apprentissage de la compétence du raisonnement clinique

Le référentiel de formation des infirmiers de juillet 2009 propose dans son contenu, plusieurs UE en lien avec l'apprentissage du raisonnement clinique. Ces UE sont présentes en première année et en deuxième année de formation. Il s'agit d'amener l'étudiant à intégrer un raisonnement propre au métier d'infirmier afin de proposer une prise en soins globale de la personne en intégrant l'environnement psychologique, sociologique, culturel ainsi que les

données médicales du patient. Pour cela, l'étudiant doit s'approprier un raisonnement ; la démarche clinique, et un outil ; la démarche de soin.

La démarche clinique et le projet de soins

La démarche clinique infirmière est selon Thérèse Psuik, *le processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne mais également des capacités, en considérant que, pour la personne âgée il convient de relativiser les problèmes avec le vieillissement physiologique* (Psiuk, 2006, p. 20).

La démarche de soin est un outil de travail pour l'IDE qui va permettre d'adapter les soins à la personne soignée en intégrant l'environnement physiologique, psychologique, social et culturel de ce même patient. La démarche de soin est enseignée en IFSI depuis 1979.

La démarche clinique de l'IDE aboutit donc à la démarche de soin. Il s'agit alors pour l'étudiant, d'intégrer *une approche systémique* qui *dépasse la simple application d'une démarche de résolution de problèmes. L'infirmière cherche à identifier les interactions entre la maladie, les complications (réelles ou éventuelles) et les réactions humaines physiologiques et psychologiques de la personne soignée envisagée dans son humanité et son altérité* (Belpaume, 2009, p. 48). La démarche clinique nécessite d'intégrer un raisonnement clinique propre à l'IDE qui, selon Psuik, *intègre et met en lien à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions physiologiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable* (Marchal, Psiuk, & Ribaut, 1995, p. 51)

Dans son article, Belpaume cherche à identifier si le raisonnement clinique est une démarche de résolution de problème en questionnant tout d'abord ce qu'est un problème. Étymologiquement, un problème *s'articule autour de trois sens : la notion de projet, d'obstacle et de saillance* (Belpaume, 2009, p. 49). Pour un patient, un problème renvoie à l'idée d'obstacle mais aussi d'importance, de priorité. Belpaume cite Michel Fabre en précisant qu'*un problème est posé quand il est perçu et pris en charge par un sujet. Mais encore faut-il le construire, c'est à dire réunir les données et les conditions, puis le résoudre en testant des hypothèses de solution* (Fabre, 2005, p. 55). De façon générale, problématiser reviendrait à identifier des données caractéristiques d'une situation en tenant compte de ce qui prévaut pour le sujet traité.

Une fois les données élucidées par des connaissances, la démarche permettrait d'élaborer une problématique, question primordiale dans la démarche d'investigation et de résolution. De ce fait, le raisonnement clinique serait alors une démarche intellectuelle proche de la démarche de résolution de problème.

Par ailleurs, Belpaume, nous apprend que *cette définition reprend le modèle analytique hypothético-déductif tel qu'il est défini par les médecins* (Belpaume, 2009, p. 48). L'objectif est *de tendre vers une approche complexe, multidimensionnelle* (*Ibid.*). Il existerait par ailleurs un raisonnement cognitif et métacognitif. Le raisonnement cognitif est le fait de construire ses pensées, les agencer de manière à élaborer des hypothèses et de fait, des actes de soins pertinents. Le raisonnement métacognitif serait l'identification par le professionnel de la manière dont il raisonne, une sorte d'autoanalyse. L'auteur cite Richard Paul *un raisonnement critique, c'est l'art de penser votre pensée pendant que vous pensez, de façon à améliorer votre pensée, la rendre plus claire, plus précise ou plus défendable* (*Ibid.*).

La compétence clinique

Afin d'éclaircir le sujet, il s'agit maintenant d'identifier ce qu'est la compétence clinique. Belpaume utilise le domaine de la didactique afin de préciser le terme de la compétence en reprenant la définition de Gérard Vergnaud qui identifie la compétence comme *des connaissances en acte* qui *se construisent dans l'action* (Belpaume, 2009, p. 50). Le professionnel précise le sens et la pertinence de son action par les connaissances qu'il convoque, qu'elles soient vraies ou non. Belpaume ajoute à cette définition la notion de performance en reprenant les écrits de Pierre Rabardel. Selon ce dernier auteur, *ce qui est observé c'est la performance, le comportement,* c'est-à-dire *le résultat, la partie visible de la compétence (Ibid.*) Belpaume termine son analyse de la compétence par la définition de J.-S. Brunner. La compétence selon ce dernier auteur serait *une intelligence opérative*. Un professionnel compétent est un professionnel capable *de sélectionner dans la totalité de l'environnement, les éléments qui apportent l'information nécessaire pour déterminer un objectif d'action, de mettre en œuvre son activité afin d'atteindre le but fixé, apprendre des réussites comme des échecs et le transférer dans de nouvelles situations.* (*Ibid.*)

Cet article a été rédigé en 2009 et prend en compte la formation d'infirmier avant le dernier référentiel puisque la recherche a été réalisée auprès des étudiants infirmiers en 2006. Pour

autant, l'étude de Belpaume est intéressante pour mon travail. En effet, le cadre de référence étant la didactique professionnelle, cet article me permet d'identifier les catégories sur lesquelles me concentrer pour mon travail de recherche.

Le cadre de référence de l'étude

Le cadre de référence de l'étude est la didactique professionnelle. Même si le raisonnement clinique s'apparente à la méthode de la résolution de problème, l'auteur souligne que la compétence du raisonnement clinique dépasse le savoir, le savoir-faire et le savoir comment. Belpaume reprend les travaux de M. Fabre en précisant qu'*Être compétent c'est savoir construire les problèmes d'un domaine particulier, c'est-à dire repérer les données et les conditions pertinentes et les mettre en rapport. Ainsi, la compétence « raisonnement clinique » c'est savoir construire les problèmes de santé réels ou potentiels, prenant en compte les réactions humaines, dans le cadre d'une situation de soins* (*Ibid.*).

Le contexte d'enquête de Belpaume est la réalisation d'une toilette. L'auteur utilise les concepts de la didactique professionnelle dans le cadre de sa recherche qui s'axe sur l'étude de plusieurs catégories qui sont : l'analyse du contexte, la relation soignant/soigné, la préparation du matériel, l'organisation du soin, les signes cliniques pris en compte ou non par les étudiants.

Comme le précise Belpaume, le raisonnement clinique est la partie invisible du travail. Dans le cadre de sa recherche, il s'agit d'identifier le raisonnement intellectuel que conduit un étudiant infirmier avec pour objectif, adapter la réalisation d'une toilette au patient qu'il va prendre en soin. L'étude que le chercheur a menée utilise l'observation comme outil d'investigation mais aussi l'entretien d'auto-confrontation afin de faire préciser aux étudiants les ressources intellectuelles mobilisées pour la réalisation de leur soin. Belpaume s'appuie sur le cadre théorique de l'analyse de l'activité de Vergnaud pour définir ce qui appartient à la connaissance dite formalisée ou à la connaissance dite opératoire. La connaissance formalisée est celle qui nous est donnée par la culture et la connaissance opératoire est celle qui nous permet d'être efficace dans l'action. La connaissance opératoire est la plupart du temps inconsciente. Les entretiens d'explicitation menés dans cette étude ont permis à Belpaume d'identifier les éléments constitutifs du schème. *Le schème étant une organisation invariante pour une classe donnée de situation. Le schème est formé de plusieurs catégories d'éléments : les buts et anticipation, les règles d'action, les possibilités d'inférences en situation dans l'organisation*

de l'activité. Le schème vise l'action. Il n'est pas de l'ordre de la procédure est ne produit pas de comportements stéréotypés. Il est dynamique (Belpaume, 2009, p. 60)

Belpaume a réalisé une étude sur l'accompagnement des étudiants dans la réalisation d'un soin. L'intérêt de cette recherche pour mon travail se concentre sur un point précis, à savoir le raisonnement clinique conduit par les étudiants en soins infirmiers avant la réalisation de leur soin afin d'adapter celui-ci à la personne soignée. Le tableau ci-dessous reprend les éléments qui favorisent ainsi que ceux qui freinent le raisonnement clinique de l'étudiant.

Je souhaite m'inspirer des éléments qui favorisent le raisonnement clinique identifiés par Belpaume pour réaliser mon enquête.

Tableau n°1 : Récapitulatif de ce qui favorise ou freine le raisonnement clinique

Ce qui favorise le raisonnement clinique	Ce qui freine le raisonnement clinique
Observation « active » qui induit un questionnement : est-ce qu'il y un problème ?	Observation « passive » qui n'éveille pas de questionnement, les éléments sont relativisés sans mener d'enquête, non perçus comme significatifs
La recherche des données du problème, prise d'information : • auprès de la personne soignée • auprès des soignants • auprès de la famille dans les dossiers.	• Pas de recherches de données puisque pas de perception du signe
Pose des hypothèses avec recherche d'éléments confirmant ou infirmant ces hypothèses	Pas de questionnement, pose des conclusions non vérifiées.
Inférences et Connaissances construites à partir des expériences antérieures, recherche de sens	Connaissances peu recherchées
Savoirs théoriques recherchés	Savoirs théoriques insuffisamment voire pas mobilisés
L'élaboration du sens du soin. Un soin co-élaboré avec les professionnels ou réélaboré seul : soigner et comprendre.	Un soin qui s'inscrit dans une efficacité mécanique Un soin réalisé par mimétisme : reproduire sans comprendre
Anticipation du soin : • identifie les buts, • visualise, • repère les invariants opératoires, • construits ses règles d'actions.	pas d'anticipation construite, reste au niveau de la reproduction.
Une posture réflexive : • pendant l'action : questionnement • après l'action : - la confrontation à la trace objective du soin permet des prises de conscience. - l'entretien d'autoconfrontation accompagne la mise en récit (passage de l'implicite à l'explicite), la conceptualisation du soin, la construction du sens. • Anticipation : projette les changements pour les soins à venir	Une posture « mécanique » Pas de questionnement Pas de prise de conscience lors de la confrontation à la trace objective du soin.

(Belpaume, 2009, p. 72)

Au regard de ce dernier tableau, les éléments qui favorisent le raisonnement clinique seraient *l'observation active, la recherche de données, la pose d'hypothèses avec recherche d'éléments confirmant ou infirmant les hypothèses, les inférences et connaissances construites à partir d'expérience antérieures, l'élaboration du sens du soin, l'anticipation du soin et la posture réflexive* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 628).

Cette dernière étude a pour objectif de proposer des pistes de réflexion sur la formation des étudiants dans le domaine du raisonnement clinique. Cette étude a été réalisée avant le référentiel de formation de 2009. Ainsi, je souhaite concentrer mon travail sur le raisonnement clinique des professionnels diplômés après 2009 afin d'identifier leur pratique du raisonnement clinique. En effet, l'objectif étant de déterminer les ressources que mobilisent les nouveaux diplômés dans le raisonnement clinique qu'ils conduisent.

II. A. 2. b. Une étude didactique du raisonnement clinique en service d'hospitalisation de jour

Je m'appuierais sur une publication de 2014 qui a pour titre « L'analyse des compétences infirmières dans une situation d'évaluation clinique et de diagnostic » de Georges Pedarripes et Gwenaelle Lefeuvre afin de développer mes propos. J'ai choisi cette publication en raison de l'objet de recherche qui est l'analyse *des pratiques effectives des infirmiers dans une situation typique d'évaluation clinique et de production d'un diagnostic lors de l'accueil d'un patient en hospitalisation*. *L'analyse s'est particulièrement centrée sur les processus cognitifs qui organisent les pratiques effectives des infirmiers.* De surcroît, le cadre théorique est la didactique professionnelle. (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 627)

Entre infirmier expert et infirmier novice, intérêt de l'étude comparative

Comme dans l'article de Belpaume, Pedarripes et Lefeuvre posent un postulat. *Les formateurs en institut de formation en soins infirmiers sont souvent confrontés à la difficulté d'identifier les processus cognitifs qui caractérisent le raisonnement clinique chez un professionnel expérimenté* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 629). En s'appuyant sur les travaux de Brenner, les auteurs relèvent qu'un infirmier expert *reconnaît et anticipe précocement les changements significatifs chez un patient en mobilisant une compréhension intuitive de la situation. Son jugement clinique intègre des connaissances non référencées issues de son expérience et des multiples situations concrètes vécues. L'infirmière experte a cependant des difficultés à exprimer ses « savoirs expérientiels »* (*Ibid.*).

Les deux auteurs utilisent les concepts de la didactique professionnelle comme Belpaume, pour analyser ce processus cognitif à partir de la problématique suivante : *Quels sont les schèmes mobilisés par une infirmière experte et une infirmière novice dans le cadre d'une situation d'accueil d'un patient en service d'hospitalisation de jour ? Quel est le modèle opératif de l'infirmière experte ?* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 627)

Leur étude s'est centrée sur le raisonnement d'infirmiers experts et novices, à l'accueil d'un patient en hospitalisation de jour pour une coloscopie[7]. Comme Belpaume, les auteurs ont tout d'abord filmé les situations de soins puis un entretien d'auto-confrontation a été réalisé *en faisant expliciter au professionnel son propre travail ainsi que le sens de ses actions, sur la base des observables recueillis grâce aux enregistrements vidéo. Ces entretiens se sont appuyés sur un guide […] construit à partir des différentes catégories qui composent un schème et des principes de l'entretien d'explicitation* selon Vermersch*… Durant tout l'entretien, l'accent a été mis sur la verbalisation de l'action et de son vécu singulier afin de favoriser l'expression des composantes du schème chez l'infirmière novice et chez l'experte* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 631)

Le tableau n°2 ci-dessous représente les éléments sur lesquels les auteurs se sont appuyés pour construire leur entretien. (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 632)

[7] Examen du colon par voie endoscopique

Tableau n°2 : Guide d'entretien d'auto-confrontation simple

Différentes composantes du schème	Questions
1- Outils utilisés	· Pour ce faire, quel instrument utilisez-vous ?
2- Buts, sous-buts	· Quel est le but de cette action ? · Quelle était votre intention ?
3- Anticipations	· Sur quoi portait votre attention avant de faire cette action ? · Quelles étaient vos attentes à ce moment-là ? au regard : · des buts de l'action · des effets de l'action
4- Règles de prise informations	· Comment saviez-vous qu'il fallait faire cela ? Demander cela ? · Qu'observez-vous à ce moment-là ? (Observation) · Qu'entendez-vous à ce moment-là ? (Écoute) · Que percevez-vous à ce moment-là ? (Perception intuitive)
5- Règles d'action	· Comment vous y prenez-vous là ? · Pouvez-vous me détailler cette action ? · Par quoi avez-vous commencé ? · Qu'avez-vous fait ensuite ? · Quelles règles respectez-vous ?
6- Règles de contrôle	· Que contrôlez-vous à ce moment-là ? · Comment vous évaluez ce que vous êtes en train de faire ? · Sur quoi vous vous appuyez pour réajuster l'action en cours ?
7- Concepts en acte	· Qu'est-ce qui est pertinent de prendre en compte pour vous à ce moment-là ? · Quels sont les éléments les plus importants à prendre en compte pour réussir cette activité ?
8- Théorèmes en acte	· Qu'est-ce qui est important de savoir en faisant cela ? · Qu'est-ce qui vous a orienté sur cette piste sans hésitation ?
9- Possibilités d'inférences	· Qu'est-ce qui est spécifique ici ? · Comment vous adaptez-vous à cette situation-là ?

(*Ibid.*)

Résultats de l'étude

Des notions communes entre l'infirmier expert et l'infirmier novice ont été mis en évidence dans l'interprétation des composantes fonctionnelles du schème décrites par Vergnaud. *Le schème étant une organisation invariante pour une classe donnée de situations. Le schème est formé de plusieurs catégories d'éléments : les buts et anticipation, les règles d'action, les possibilités d'inférences en situation dans l'organisation de l'activité. Le schème vise l'action. Il n'est pas de l'ordre de la procédure est ne produit pas de comportements stéréotypés. Il est dynamique* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 630).

Ces notions communes déterminées par les deux auteurs à travers leur étude, sont le niveau d'anxiété du patient, la ou les informations dont il dispose, les indications pour la réalisation de l'examen, les conditions nécessaires pour la réalisation de l'examen, les contre-indications éventuelles et la prévention des erreurs. Ces notions communes sont les schèmes d'action qui constituent la situation de soin, c'est-à-dire l'accueil d'un patient en chirurgie ambulatoire pour la réalisation d'une coloscopie.

Des éléments de divergence sont par ailleurs présentes entre l'infirmier expert et l'infirmier novice. En effet, les auteurs ont repéré que l'infirmier novice était surtout concentré sur la réalisation de son acte technique, c'est-à-dire la pose d'une voie veineuse périphérique alors que l'infirmier expert se concentre sur les contre-indications, les éléments pouvant perturber la réalisation de la coloscopie, son environnement psychosocial ou bien son retour à domicile une fois l'examen terminé.

Chaque élément de convergence est un schème d'action pour les professionnels, qu'il soit novice ou expert. Chaque schème est constitué de quatre catégories de composantes selon Vergnaud. Ces catégories sont les buts, les sous-buts et anticipation, les règles d'action de prise d'information et de contrôle, et les invariants opératoires. Les invariants opératoires donnent au schème un caractère singulier. En effet, chaque situation étant différente par son contexte, dans le cas présent le patient avec ses multiples facettes (psychologiques, sociologiques, culturelles…) ce qui demande au soignant une adaptation. Après Vergnaud, Pastré identifie *les concepts pragmatiques qui sont une forme de concept-en-acte, c'est-à-dire d'invariants opératoires* (*Ibid.*). Les concepts pragmatiques donnent au professionnel, du sens à son action. Ces concepts pragmatiques trouvent leur origine dans l'expérience du professionnel mais aussi dans les concepts scientifiques, ce que Pastré nomme les concepts pragmatisés. *La structure conceptuelle d'une situation est l'ensemble des concepts pragmatiques ou pragmatisés qui ont pour fonction d'orienter et de guider l'action* (*Ibid.*). Les concepts pragmatiques permettent au professionnel de guider son action dans une classe de situation donnée. *Selon Pastré, pour une même tâche, chaque acteur va mettre en œuvre des stratégies différentes. Le modèle opératif d'un acteur représente la manière dont cet acteur s'est approprié plus ou moins bien, plus ou moins complètement, la structure conceptuelle d'une situation* (*Ibid.*).

L'étude de Pedarripes et Lefeuvre a mis en évidence la recherche d'éléments perturbateurs dans la réalisation de la coloscopie mais aussi le maintien de la relation de confiance avec le patient par l'infirmière experte alors qu'elle réalisait l'accueil d'un patient hospitalisé en chirurgie ambulatoire pour la réalisation d'une coloscopie.

Ce qu'il est important de retenir de cette étude, ce sont les deux concepts organisateurs de l'infirmière experte qui sont pour l'un un concept pragmatique (appartenant à l'expérience) et pour l'autre un concept pragmatisé (savoirs scientifiques). Ces concepts organisateurs permettent de comprendre le travail non conscientisé du professionnel.

Discussion et ouverture de l'étude

Les auteurs soulignent le fait que leur étude se veut restrictive à un nombre limité de professionnels. L'étude permet d'identifier la notion de concepts organisateurs dits « riches » d'un professionnel expert. Pedarripes et Lefeuvre donnent à leur travaux un sens pédagogique en proposant que *les finalités de l'apprentissage restent de se rapprocher du niveau de performance d'un professionnel expert. Pour cela, une identification et une formalisation des invariants opératoires, pour une classe de situations, s'avèrent nécessaires à partir de l'analyse de l'activité d'un professionnel expert* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 636). En d'autres termes, l'identification d'invariants opératoires pour une classe donnée de situation par les formateurs, permettrait aux étudiants d'accéder plus aisément au processus de raisonnement de l'infirmier expert.

Cette dernière remarque requestionne l'idée de l'intégration d'un raisonnement type en formation. Pour autant, en insistant sur la notion de construction des concepts pragmatisés à travers l'expérience, les auteurs pensent que la formation devrait se concentrer sur l'identification de classe de situation et ainsi proposer à l'apprenant une variété de situations problèmes propices à la réflexion en termes de *buts et de règles d'action nécessaires pour s'adapter et agir efficacement. Ainsi, la situation ne doit plus être intégrée dans le dispositif de formation pour illustrer une compétence, mais bien pour identifier les invariants opératoires qui guident l'action efficace* (*Ibid.*). Les auteurs nomment ces situations problèmes, des situations didactiques. Pour Pedarripes et Lefeuvre *l'élaboration de situations didactiques pourrait s'appuyer sur la diversité des situations professionnelles identifiées via l'analyse de l'activité d'un professionnel expert. Ils émettent l'hypothèse que l'étude des schèmes opératoires mobilisés lors de l'accueil d'un patient dans un service d'urgences pourrait être une perspective de recherche complémentaire à ce travail de recherche sur l'évaluation clinique infirmière.* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 637)

Ce dernier article participe à requestionner l'activité de raisonnement clinique des infirmiers et particulièrement la construction de la compétence à travers la formation.

III. A. Synthèse et question de recherche

Cette mise en intrigue du raisonnement clinique infirmier s'est voulue prospective en identifiant les tendances historiques du développement de la profession d'infirmier. Si l'on a appris que l'évolution de la profession s'est adaptée aux besoins en santé de la population, elle s'est aussi ajustée à la démographie médicale décroissante.

Les différents décrets qui ont précisé et affiné les compétences des infirmiers en plus de cinquante ans d'existence ont conduit les sciences infirmières vers des sphères universitaires en légitimant ainsi la pensée paramédicale par la création de la section 92 en sciences infirmières (décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019). « Penser pour panser » s'est peu à peu installé dans la formation des infirmiers en attribuant à ses pairs la compétence raisonnement clinique au sens de diagnostic de situation. Le diagnostic se définissant comme l'*identification de la nature d'une situation, d'un mal, d'une difficulté, etc., par l'interprétation de signes extérieurs* (Larousse, n.d.). Ce diagnostic de situation s'exprime par la compétence numéro une, à savoir : **Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier**.

Alors que la psychologie nous en apprend un peu plus sur le raisonnement, la compréhension intuitive de la situation de Belpaume prend tout son sens lorsque Kahneman nous renseigne sur la compétence intuitive des experts. Les deux préceptes de la compétence intuitive des experts qui sont *un environnement suffisamment régulier pour être prévisible* et *la possibilité d'apprendre de ces régularités grâce à une pratique durable* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 270) nous ramène à la définition du professionnel compétent de Brunner capable *de sélectionner dans la totalité de l'environnement, les éléments qui apportent l'information nécessaire pour déterminer un objectif d'action, de mettre en œuvre son activité afin d'atteindre le but fixé, apprendre des réussites comme des échecs et le transférer dans de nouvelles situations* (Belpaume, 2009, p. 50). Ainsi l'expert aurait emmagasiné un certain nombre de savoirs expérientiels qu'il mobiliserait et combinerait après avoir reconnu telles ou telles situations comme étant similaires. De même que le raisonnement hypothético-déductif qui combine formulation, vérification et élimination d'hypothèses nous ramène à l'évaluation prédictive des experts de Klein lorsqu'il explique celui-ci par un processus mettant *en jeu à la fois le Système 1 et le Système 2. Dans la première phase, le plan qui vient à l'esprit est suscité par une fonction automatique de la mémoire associative – le Système 1. La phase suivante est un processus délibéré où le plan est simulé mentalement pour vérifier qu'il peut fonctionner –*

c'est une opération du Système 2. La prise de décision intuitive comme reconnaissance d'une situation antérieure s'appuie sur les théories déjà anciennes de Herbert Simon, qui est peut-être le seul universitaire reconnu et admiré comme un héros et un père fondateur par tous les clans concurrents dans le domaine de la prise de décision (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 256).

Ces dernières similitudes ont suscité en nous des questions concernant l'apprentissage du raisonnement clinique en IFSI puisque comme nous l'enseignent Pedarribes et Lefeuvre *les formateurs en institut de formation en soins infirmiers sont souvent confrontés à la difficulté d'identifier les processus cognitifs qui caractérisent le raisonnement clinique chez un professionnel expérimenté* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 629). Leurs recherches se sont centrées sur la compétence clinique des infirmiers dans un service accueillant des patients ayant une pathologie bien spécifique. Les auteurs proposent de réaliser une étude dans un service mettant en jeu une diversité de situations professionnelles.

Les évolutions pédagogiques suivies par le référentiel de formation de 2009 prônent la réflexivité de l'étudiant, une pédagogie différenciée et le développement des compétences par la mise en place de situations donnant à l'étudiant l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage qui sont comprendre, agir et transférer. *Le formateur se centre sur des exercices faisant le lien entre l'observation et les hypothèses de diagnostic, entre les signes et les comportements, entre une histoire de vie et une situation ponctuelle, entre l'état du patient et son traitement, etc. Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif* (France Ministère des solidarités et de la santé, 2022, p. 64).

Ma question de recherche en début de cette thèse avait pour intention de savoir si l'identification des ressources mobilisées par les professionnels était possible. Dans quelles mesures cette identification est réalisable au travers d'une méthodologie adaptée ? *In fine*, mon intention serait d'exploiter les résultats de ces recherches afin d'améliorer la formation initiale des futurs infirmiers dans le domaine du raisonnement clinique.

Après plus de dix ans de pratique pédagogique basée sur la réflexivité de l'étudiant, l'entraînement au raisonnement inductif, analogique et/ou déductif par des exercices cliniques suscitant l'observation et la formulation d'hypothèses, nous émettons celle-ci : les ressources

que mobilisent l'infirmier lorsqu'il conduit un raisonnement clinique ne sont pas toutes identifiées et celles-ci, si elles l'étaient, permettraient d'améliorer la construction de la compétence numéro une des étudiants en soins infirmiers en formation initiale. Afin de confirmer ou infirmer notre hypothèse de travail, les questions suivantes aiguilleront nos recherches :

- Quelles sont les ressources mobilisées par l'IDE en poste lorsqu'ils conduisent un raisonnement clinique ?
- Ces ressources sont-elles toutes identifiables par le professionnel ? Sont-elles toutes ou en partie conscientes ?
- Le processus cognitif mené par les IDE est-il réellement empreint du raisonnement hypothético-déductif ?
- Sur quelles bases les IDE fondent leurs hypothèses, les admettent comme potentielles ou les réfutent ?

A travers le décryptage de l'activité raisonnement clinique de l'IDE, nous pensons pouvoir répondre à ces dernières questions. Cette activité invisible ne pouvant être matérialisée, la didactique professionnelle qui a pour but d'analyser le travail en s'appuyant sur la théorie de la conceptualisation dans l'action avec comme objectif *l'étude des processus de transmission et d'appropriation des connaissances en vue de les améliorer* (Pastré, 2011a, p. 7). Ainsi Pierre Pastré a débuté le développement de cette science née dans les années 1990 en s'attardant sur *l'analyse du travail comme préalable à toute formation* (*Ibid.*).

Cette thèse a entre autres pour objectif, d'identifier un modèle de pensée propre au raisonnement clinique des infirmiers lorsqu'ils élaborent un diagnostic de situation mais aussi de proposer un modèle de transmission de ce processus dans le but d'améliorer la formation des futurs professionnels.

Nos recherches nous ont aussi amenées à nous questionner sur les ajustements des professionnels ainsi que les actes de langage à travers l'espace dialogique ouvert entre les professionnels de santé et les personnes soignées.

Chapitre II : Ancrage épistémologique et théorie de la recherche

II. 1. La didactique professionnelle

Le chapitre suivant est consacré au développement de la discipline didactique professionnelle de son histoire à l'exposition des différents concepts exploités dans le cadre de nos recherches. Afin de contextualiser les concepts de la didactique professionnelle établis initialement pour des domaines professionnels variés, nous proposons d'étayer dans notre thèse sous forme de quelques encarts qui permettront aux lecteurs initiés comme non-initiés au domaine médical et/ou paramédical, de faire des liens entre cette approche de recherche et le terrain de recueil de données.

Le père fondateur de la didactique professionnelle étant agrégé de philosophie, il nous a semblé opportun de nous intéresser à cette discipline dans le but de clarifier certaines notions comme celle du sujet. Mais notre intérêt pour l'humain, puisqu'issu du métier d'infirmier et tout ce qui s'y réfère nous a fait tisser des liens avec la psychologie.

II. 1. a. Approche philosophique et psychanalytique

En introduction de la didactique professionnelle, nous souhaitons évoquer Pierre Pastré qui cite Paul Ricœur comme référence au sujet. L'allégorie aux concepts de « mêmeté » et d'« ipséité » dont traite Ricœur nous a amenée sur les pistes d'un autre concept, celui du « Soi » de Carl Gustave Yung et son processus d'individuation.

Paul Ricœur écrit au sujet de l'identité personnelle : *Sans le secours de la narration, le problème de l'identité personnelle est en effet voué à une antinomie sans solution [...] Le dilemme disparaît si, à l'identité comprise au sens d'un même* **(idem)***, on substitue l'identité comprise au sens d'un soi-même* **(ipse)***; la différence entre* **idem** *et* **ipse** *n'est autre que la différence entre une identité substantielle ou formelle et l'identité narrative* (Ricœur, 1983, p. 335). L'individu aurait une identité qu'il pourrait matérialiser à travers le discours qu'il a sur lui-même (idem), celle-ci étant différente de la substance même dont elle est composée (ipse). Paul Ricœur (1913-2005) analyse dans nombre de ses textes le grand détour que doit entreprendre le sujet pour revenir à soi.

Revenir à soi ou *Un voyage vers soi*, biographie intellectuelle de Fréderic Lenoir qui traite de l'œuvre de Carl Gustave Yung, psychanalyste du début du 20éme siècle. Il est l'initiateur des disciplines du développement personnel à l'œuvre aujourd'hui par l'intermédiaire du processus

d'individuation ou l'accès à la connaissance du Soi via un voyage spirituel initiatique. Yung fait une différence entre le moi et le Soi. Le moi étant *le sujet de tous les actes conscients personnels* (Lenoir, 2021, p. 213) à la différence du Soi *qui est le centre organisateur d'où émane l'action régulatrice* (*Ibid.*). Le moi conscient partie intégrante du Soi conscient et inconscient, forment la psyché, qui d'un point de vue psychologique *désigne l'ensemble des aspects conscients et inconscients du comportement individuel, par opposition à ce qui est purement organique (*Amadou, Parapsychol.,1954, p. 333). En médecine, *la psyché étant un organe au même titre que les autres* (Man, 1980). Ce que nous apprend Yung au sujet du Soi, c'est qu'*il est une entité « sur ordonnée » au moi et embrasse la psyché consciente mais aussi inconsciente et constitue une personnalité plus ample que nous sommes[…] une sorte d'idéal à atteindre donnant du sens au chemin parcourus* (Lenoir, 2021, p. 2015). Selon Yung, le conscient doit être relié à l'inconscient par le processus d'individuation, *le soi étant l'inventeur, l'organisateur des images oniriques. C'est lorsque l'individu prend contact avec ce point vital que la transformation s'opère* (Lenoir, 2021, p. 215). *Les êtres humains ont toujours eu connaissance de l'existence d'un tel centre par l'intuition* (Lenoir, 2021, p. 2016). En se référant aux écrits visionnaires de Yung, le processus d'individuation, *ce processus de croissance psychique* […] *s'impose aux individus* […] *né d'un besoin profond de sens, à la suite de souffrance. Ce qui correspond bien souvent à la crise existentielle de milieu de vie* (Lenoir, 2021, p. 217).

Nous souhaitons faire le parallèle ici entre le processus d'individuation et les personnes qui choisissent de reprendre leurs études dans le domaine des soins infirmiers. L'arrêté du 13 Décembre 2018 impose que 33% des places en IFSI soient réservées aux candidats issus de la formation professionnelle continue. Pour la plupart, même après une expérience professionnelle plus ou moins longue, ils reprennent les chemins de l'école pour trois années de formation à temps plein alternant pratique et théorie. Les derniers chiffres issus de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) datent de 2014 (avant l'arrêté de 2018). Mais selon ces derniers chiffres, 30,4% des étudiants étaient issus de la formation professionnelle tout secteur d'activité confondu. L'âge moyen était de 29,9 ans. Or, d'après Moreno, Anaut et Michallet dans un article « Les caractéristiques des tuteurs de résilience des étudiants en soins infirmiers vulnérabilisés », *la formation représenterait une période de vulnérabilité conjoncturelle.* Malgré cette période et le développement de signes cliniques du *Burn-out* précisé dans l'article, *les souffrances dues à la formation ou vécues durant la scolarité par les sujets n'entraînent pas l'arrêt de l'apprentissage dans tous les cas. Au contraire, la formation, l'université ou encore l'école dans son sens général, peut permettre à l'individu vulnérabilisé, voire traumatisé, de reprendre un développement positif durant l'apprentissage.* Les auteurs démontrent avec leur article que *ce phénomène peut être expliqué par la résilience dans le cadre scolaire.*

(Casteran-Sacreste, 2016) *;* (Morenon, Anaut, & Michallet, 2017)

Loin de vouloir développer les recherches de Carl Gustave Yung sur le processus d'individuation, nous souhaitions faire le parallèle avec *le développement au travail, cette capacité qu'ont les humains de transformer les contraintes en ressources, le reçu en en conçu, le subi en assumé. Le développement chez les adultes au travail est inséparable de la construction de leur expérience, puissante et fragile en même temps. Il est un mélange indissociable de « mêmeté » et d' « ipséité » comme le dit Ricœur (1990), c'est-à-dire de continuité factuelle et de reprise de soi* (Pastré, 2011a, p. 6). Ce parallèle pouvant être exploité tout de même dans l'un de nos objectifs, l'amélioration de la formation des infirmiers.

Il existe d'autres liens auxquels nous ferons référence dans les écrits qui suivent. L'intuition qu'évoque Yung ne nous a pas laissé indifférente tant il a suscité des questions notamment après avoir pris connaissance des travaux de Kahneman sur la pensée et la compétence intuitive des experts. Nous avons choisi d'évoquer les travaux de Carl Gustave Yung car la lecture de sa pensée nous a permis de réaliser un certain nombre de liens auxquels nous ferons régulièrement référence ainsi qu'aux travaux de Kahneman. Par ailleurs nous ferons référence aux travaux de Boris Cyrulnik auteur de nombreux écrits en psychologie et notamment sur le concept de résilience.

II. 1. b. Le sujet, l'activité et la compétence comme concepts centraux de la discipline

La didactique se distingue, entre autres, de la pédagogie par son objet d'étude. La pédagogie est centrée sur l'éducation alors que la didactique est plutôt centrée sur l'apprentissage. Pour Pierre Pastré même *sans dispositif* (de formation), *l'apprentissage est inhérent à l'activité* (Pastré, 2011a, p. 8). Ainsi la didactique professionnelle s'inscrit dans deux courants, le premier, celui de la volonté d'articuler la psychologie cognitive et les didactiques disciplinaires et le deuxième, celui d'introduire l'analyse du travail pour la formation professionnelle. La discipline de la didactique professionnelle fonde son courant à partir de l'importance de chacun des éléments qui constituent le travail. Le paragraphe qui suit s'intéresse à l'un d'entre eux, le sujet.

Pastré reprend Rabardel quand il parle de l'individu qui est à prendre au sens du « sujet capable », celui qui peut (ou qui ne peut pas) avant un sujet épistémique, celui qui sait. Cette distinction replace la didactique dans une théorie de l'activité et non de la cognition. Sur quels

fondements épistémologiques se base la théorie de Pierre Pastré ? Quelles en sont les concepts clefs ?

Le sujet

Une des notions redéfinies par Pastré est celle du sujet. *Les didactiques disciplinaires totalement centrées sur l'acquisition, la construction et la transmissions des savoirs ont du mal à saisir le sujet dans son activité et quand elles y parviennent, le sujet dont il est question est un sujet épistémique qui sait dire « je sais » mais qui ne sait pas dire « je peux »* (Pastré, 2011a, p. 19) . D'après Pastré, à partir du moment où le sujet a « le pouvoir d'agir », le sujet possède des ressources qu'il s'est construites soit au travail, soit à l'école ou à travers son expérience, ressources que le sujet peut mobiliser, combiner et/ou associer suivant les situations rencontrées. Le sujet devient *celui qui agit, qui apprend, […] qui se développe* (Pastré, 2011a, p. 20). La notion de sujet capable vient en complément de celle du sujet épistémique.

Genèse de la centration sur le sujet

La centration sur le sujet est un des principes des psychologies ergonomiques, celle-ci permettant de prendre le point de vue de l'acteur pour rattacher l'apprentissage à l'activité du sujet. Ainsi l'analyse du travail permet d'atteindre non pas seulement ce qu'il faut apprendre pour exercer un métier mais *la manière dont les gens de métier agissent, ce qu'ils retiennent d'une situation, la manière dont est organisée leur activité, voire ce qu'ils apprennent dans l'exercice de leur métier* (Pastré, 2011a, p. 40).

Avant la naissance de la didactique professionnelle, les précurseurs de cette discipline étaient inscrits dans des processus d'apprentissage pour adultes. Nous ne citerons pas les différents chercheurs qui ont participé au développement de la didactique professionnelle, mais nous reprendrons les éléments incontournables qui ont construit cette discipline et déconstruit les idées reçues jusque-là à l'œuvre dans la formation. La théorie psychogénétique de Piaget donnait au sujet un aspect limitant dans son processus de développement qui s'arrêtait à l'adolescence. L'expérience de Pastré dans le domaine de la formation pour adultes lui a appris que ceux-ci *étaient non seulement capables d'apprendre, mais de se développer* (Pastré, 2011a, p. 32). Pour ce dernier, *c'est dans le travail que la plupart des adultes rencontrent leur développement* (Pastré, 2011a, p. 33).

La créativité au centre de l'adaptation

Quelles sont les raisons qui permettent à l'adulte de se développer au travail ? A la lecture des écrits de Pastré nous en avons identifié au moins une, celle de la créativité. En effet, Pastré a repris les travaux de Leplat dans le domaine de la psychologie du travail pour analyser l'activité, préalable à la construction de dispositif de formation (Pastré, 2011a, p. 38). Et c'est d'ailleurs dans le paradigme de Leplat que la créativité se situe : *d'un point de vue épistémologique, cela signifie qu'il y a toujours plus dans le travail réel que dans la tâche prescrite, car il y a dans le travail humain une dimension de création, d'adaptation fine à des circonstances infiniment variées, qui fait qu'un travail même taylorisé, représente plus qu'une simple application de la prescription* (Pastré, 2011a, p. 39). La créativité est aussi décrite comme un des éléments qui procure à l'individu l'accès à la compétence intuitive selon Kahneman.

Dans le domaine des soins infirmiers, en référence au paradigme de Leplat, la créativité est au centre du soin. Le terme d'art infirmier est même utilisé. Les infirmiers en activité font face à la maladie qu'elle soit déclarée ou en passe de l'être. Les médecins annoncent la maladie, les infirmiers accompagnent cette annonce. Quels mots peuvent accompagner l'annonce d'une maladie dont le pronostic est sombre ? Quels gestes ? Quelles attitudes ? Comment accompagner une personne pour qui le monde s'effondre en apprenant qu'elle va peut-être mourir dans 6 mois, 1 an ? Que pendant les prochains mois, elle va vivre dans l'incertitude. Est-ce qu'il existe des écoles pour apprendre à dire les choses qui bousculent une vie ? Est-ce que tous les patients sont les mêmes devant cette adversité qu'est l'annonce d'un cancer par exemple ? Quels repères ont les soignants pour accompagner au mieux leurs patients ?

L'article écrit en 2020 « L'art infirmier dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle » de Fabienne Teike Lüthi, Muriel Gasser, Serge Gallant explique que : *L'annonce, même bien préparée et énoncée avec tact et empathie, est un traumatisme pour celui qui la reçoit, générant diverses réactions émotionnelles : sidération, tristesse ou colère. Pour faire face, la personne va mobiliser des stratégies d'adaptation comme le déni, la projection agressive ou la maîtrise.* Le rôle infirmier est : *de faire émerger avec le patient des stratégies pour faire face à l'attente et à l'anxiété.* Le recueil de données semble être un élément qui détermine l'accompagnement grâce à l'outils EPICES[1]. Les auteurs citent les attitudes de relation d'aide que sont l'empathie, le respect, la congruence et l'authenticité. Autant de concepts que chacun des professionnels doit s'approprier en vue d'accompagner leur patient au plus près de leur vécu singulier.

[1] *E : Environnement extérieur et intérieur, P : Perception du patient/des proches, I : Invitation, C : Connaissances, E : Emotions et empathie, S : Stratégies et synthèse*

(Lüthi, Gasser, & Gallant, 2020)

L'expérience comme fil conducteur de la construction de l'identité

Un des points crucial du développement est l'accès à l'expérience au sens *vécu assumé et intégré à soi-même* (Pastré, 2011a, p. 119). Pastré fait référence aux écrits de Nicole Roelens intitulé « La quête, l'épreuve et l'œuvre. La constitution du penser et de l'agir à travers l'expérience » (2009) pour décrire ce qu'est « faire l'expérience de ». D'après l'auteur, faire l'expérience de, *désigne la confrontation à quelque chose de nouveau pour le sujet, une rupture dans le cours habituel des jours (Ibid.).* Pastré explique que « faire l'expérience de » ouvre deux possibilités ; l'une étant l'évitement, c'est-à-dire nous protéger de l'épreuve au risque de ne pas tirer parti de cette nouvelle situation et l'autre étant d'« éviter l'évitement », autrement dit, accepter l'épreuve et nous confronter à celle-ci pour tirer les leçons de ce qu'elle propose : soit *l'expérience s'installe comme un enfermement ; ou bien on accepte de courir le risque de la confrontation à l'événement dans sa nouveauté, on « évite l'évitement » , et on construit alors une expérience qui ouvre un champ de possible* (Pastré, 2011a, p. 121). A partir du moment où le vécu est intégré à soi-même, il devient expérience, au sens transformation de l'individu ou construction de l'identité, l'*ipse* de Ricœur. *L'expérience touche à l'identité dans la mesure où elle représente la capacité que nous avons de transformer ce que nous avons reçu de la vie en quelque chose que nous assumons et qui désormais fait partie de nous-mêmes […] L'expérience est ce qui rend un sujet capable de « transfigurer » le passif en actif, les contraintes en ressources, le reçu en conçu, le subi en assumé* (Pastré, 2011a, p. 123). Pastré compare l'expérience à *un sas ou tout ce qui nous vient de dehors et de notre passé se transforme en attributs de nous-même (Ibid.).* Ce qui nous paraît intéressant à questionner dans cette dernière phrase, c'est le rapport au sas dans lequel s'entrepose des événements extérieurs. A partir des écrits de Yung qui précise que : *C'est bien l'expérience vécue, et non les livres qui conduisent à la compréhension* (Lenoir, 2021, p. 217) , nous nous sommes interrogée sur le lien entre ce fameux sas et la psyché en psychanalyse. D'autant que Yung comme Pastré, évoquent tous les deux l'alchimie comme analogie l'un, pour le processus d'individuation et l'autre, pour la construction de l'identité. Qu'est-ce qui intervient dans ce processus de transformation et comment ?

La cognition au service de l'action

Pastré propose une vision historique du « sujet » à travers les différents courants scolastiques puis philosophiques en citant tour à tour Saint Augustin, Descartes, Ricœur, Spinoza et bien d'autres. Du sujet épistémique (celui qui sait) avec le *cogito* de Descartes au sujet capable (celui qui agit) imaginé par Ricœur mais malheureusement non écrit, le sujet possède un pouvoir avec *le conatus de Spinoza dans le sens où le sujet participe à la substance universelle* (Dieu, la nature) *[…] c'est-à-dire au pouvoir que possède chaque être de persévérer dans son être. Le conatus est une affection : il est à la fois désir de persévérer dans son existence et pouvoir d'agir* (Pastré, 2011a, p. 129). Les différents courants contemporains de la psychologie du travail se sont divisés sur cette question du pouvoir d'agir, l'un pensant que le sujet capable ajoute une touche narcissique au sujet (Clot) et Pastré ne pouvant dissocier le sujet capable du pouvoir d'agir *car il ne peut y avoir d'activité sans un sujet qui la porte et qui l'assume* (Pastré, 2011a, p. 130). Rabardel distinguait deux formes d'activité, une productive et une constructive. Depuis Pastré a adopté la critique de Clot et ajoute qu'une dimension entre les deux peut-être réalisée qu'en fonction de l'intention donnée à l'activité, cependant il écrit que dans *l'activité à intention productive, transformer le réel est le but visé et la transformation de soi est simplement un effet, généralement non conscient, non voulu* (Pastré, 2011a, p. 131). Ainsi le sujet évoluerait dans le temps en se transformant par et grâce à l'activité, parfois intentionnellement mais toujours implicitement. *Il y a chez tous les humains un sujet capable, qui s'exprime sous la forme d'un pouvoir d'agir, ce qui permet de former un couplage entre le sujet et le réel, couplage par lequel le sujet s'investit dans une transformation du réel et une transformation de soi* (Pastré, 2011a, p. 139). On note ici la notion de capacité qui est à la fois synonyme de compétence au sens de Perrenoud (Perrenoud, 2008) ou partie(s) d'une compétence au sens de Meirieu (Meirieu, 2004). Ce que nous indique Afaf Mansour dans son article sur l' « Approche par compétences » à travers les différentes définitions de celle-ci, c'est qu'elle fait appel aux ressources mobilisées efficacement en fonction de la situation selon Tardif ou Le Boterf (Mansour, 2012). Des ressources accumulées tout au long de la vie qui amène le sujet à agir en tenant compte de paramètres enregistrés au fur et à mesure de son activité, de ses réflexions, des résultats obtenus. Mais à quoi mène cette accumulation de ressources et comment sont-elles combinées ?

Un diagnostic de situation pour agir

L'apport supplémentaire des psychologies ergonomiques sur la notion de couple sujet/situation, le sujet agissant sur la situation, nous permet d'explorer un peu plus le parallèle entre la didactique professionnelle et la compétence intuitive des experts de Klein. Pastré reprend le paradigme de Leplat, à savoir la différence entre le prescrit et le réel, pour faire émerger les notions de diagnostic de situation et de pronostic. *Il y a bien sûr des procédures, mais si on les applique à contre sens, le résultat est souvent l'inverse de ce qu'on attendait. Il faut donc que les opérateurs fassent un diagnostic de situation, pour repérer dans quelle configuration se trouve l'environnement sur lequel ils agissent. Il faut même qu'ils fassent un pronostic sur son évolution future* (Pastré, 2011a, p. 42). Ceci nous rappelle le processus de la force de l'intuition de Klein où l'individu simule intellectuellement des réponses à une situation singulière. Celles-ci se présentent à lui jusqu'à ce qu'il en valide précisément une parce qu'elle permet de remédier au(x) problème(s) présent(s) dans la situation à laquelle il fait face.

> La question du diagnostic de situation dans le but de l'évaluer et de délivrer des soins pertinents est un des points cruciaux de mes recherches sur le terrain. Nous souhaiterions évoquer ici un exemple parmi une multitude afin d'illustrer cette notion. Dans le domaine des soins infirmiers, les professionnels sont emmenés à identifier les interfaces de pansements adaptés aux plaies qu'ils doivent traiter. Selon que celle-ci est bourgeonnante, fibrineuse, inflammatoire, aux berges atones*, nécrotique, exsudative, cavitaire ou tunellisée, en phase d'épidermisation… autant de qualificatifs dont il faut apprendre l'aspect, la couleur et l'odeur aussi. Un diagnostic de situation s'impose afin d'adapter l'interface hydrocolloïde, hydrocellulaire, alginate, vaseliné ou encore au charbon activé…
>
> * Se dit d'une plaie torpide n'ayant pas de tendance spontanée à la cicatrisation (Larousse)

(HAS, 2020)

L'exploration philosophico-psychologique du concept du sujet, nous a permis de mettre en lumière l'évolution de la conception de l'individu au cours de l'histoire. Le sujet est désormais un individu qui apprend de ces expériences, qui sait faire appel à sa créativité pour résoudre les problèmes auxquels il est confronté dans son activité quotidienne.

L'activité

Pastré nous indique que l'ouvrage d'Ombredane et Faverge *L'analyse du travail* édité en 1955 est le premier à faire la distinction entre tâche et activité, mais c'est avec Leplat que la distinction se précise (Pastré, 2011a, p. 35). *L'activité dépend de la tâche et des caractéristiques du sujet, mais elle peut contribuer, en retour, à la définition de la tâche et à la transformation du sujet* (Leplat, 1997, p. 14). Le paragraphe qui suit s'intéresse à l'activité au sens de la didactique professionnelle.

L'image opérative comme support à l'activité

Nous souhaitons aborder ici la notion d'image opérative afin de comprendre comment l'individu visualise la situation dans laquelle il va devoir agir. Le concept d'image opérative est né des recherches de Dimitri Ochanine qui a *montré son rôle capital dans les processus de régulation psychologique des activités humaines… L'image opérative représente donc toujours une certaine information immédiatement disponible sur l'objet (information inhérente à l'image) reflétée dans la conscience du sujet et interagissant activement avec l'information-signal, c'est-à-dire avec l'information qui vient au sujet de l'extérieur au cours même de l'action* (Ochanine, 2016). On notera une différence entre l'image opérative et l'image cognitive : *Contrairement aux images cognitives qui sont le reflet intégral des objets dans toute la diversité de leurs propriétés accessibles, les images opératives sont des structures informationnelles spécialisées qui se forment au cours de telle ou telle action dirigée sur des objets* (Ochanine et Koslov 1981, p.225). Annie Weill-Fassina nous indique dans son article « L'image opérative de Dimitri Ochanine en contexte » que *l'œuvre d'Ochanine est toujours d'actualité (Ibid.)* car elle a suscité bien des recherches. La distinction entre le cognitif et l'opératif a été reprise dans le domaine de la didactique professionnelle ainsi est née la notion d'invariant opératif.

Nous avons évoqué lors de la présentation du concept du « sujet », que celui-ci se construisait à partir de son expérience (cf p.47 : L'expérience comme fil conducteur de la construction de l'identité). Ainsi il opère *une transformation de soi, qui est une autre manière de parler du développement, c'est une construction qui mêle intimement le vécu et l'ascription de ce vécu.* Nous nous proposons désormais de développer la notion d'invariant née de l'identité narrative.

Pastré évoque la notion d'ascription qui « trace » la transformation de l'individu. C'est ainsi qu'est né le concept de genèse identitaire. Cette notion d'ascription nous a amenée sur les traces d'un autre psychanalyste plus contemporain de Yung qui traite du récit de soi. Boris Cyrulnik, le père fondateur de la résilience[8] des Hommes, évoque dans une de ses conférences qu'il existe plusieurs récits de soi. Le récit préverbal, le récit collectif, le récit solitaire, le récit partagé ainsi que la constitution d'un nouveau récit. Selon lui, ces récits font appel à la mémoire et aux souvenirs. Pour Boris Cyrulnik, la part émotionnelle du vécu des situations modifie les souvenirs tout comme le temps qui passe entre le moment des faits et les souvenirs qui reviennent à la mémoire. A la vingt huitième minute de sa conférence, il précise que *L'existence modifie la manière dont on se représente nos souvenirs* (Nantes Univ, 2017). En effet, il évoque une expérience réalisée auprès d'anciens lycéens en leur demandant comment ils avaient vécu leurs années d'élèves. Cette étude a été menée à deux périodes distinctes dans la vie des personnes enquêtées. Ce qui en ressort, c'est la différence de perception du vécu en vingt ans d'écart. La plupart des enquêtés évoque une perception beaucoup moins traumatique qu'au moment où ils étaient confrontés à la réalité. Ce qui est à souligner ici c'est l'évolution du vécu, du souvenir, du récit à partir d'une même expérience mais avec du temps entre le moment des fait et l'exposé réalisé. Nous faisons ici un parallèle entre le discours sur soi ou les récits de soi de Cyrulnik ou l'ascription au sens de la didactique professionnelle dans la construction de l'identité, *la genèse identitaire qui se manifeste à l'occasion de rupture entraînée par des évènements qui surgissent de façon imprévue* (Pastré, 2011a, p. 144). Pastré nous confie *que ce ne sont pas les événements qui causent une genèse identitaire […] mais l'évènement qui la provoque fait expérience pour un sujet (Ibid.)* Il prend l'exemple d'un écrivain qui a vécu un événement traumatique, la guerre en Espagne. Celle-ci lui a fait prendre conscience de l'incompatibilité entre sa foi profonde et les idéaux politiques à l'œuvre au moment des faits alors que les mouvances intellectuelles, spirituelles et politiques ne laissaient aucune possibilité de penser autrement. Mais Pastré va beaucoup plus loin dans son raisonnement, il écrit que les genèses identitaires ne sont pas forcément le fruit d'une rupture profonde, *on peut même penser que beaucoup d'entre elles sont à peine perceptibles (Ibid.).* Ainsi il évoque la continuité dans

[8] Résilience : Capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères. Cyrulnik (2001) (Anaut, 2005)

la genèse identitaire comme une continuité dans la recherche que chacun de nous opère afin de rester fidèle à soi-même. L'auteur nous explique que cette fidélité à soi-même est une forme de signature qui nous est propre, une invariance qui s'exprime à travers notre style[9] quand les évènements nous invitent à changer de genre[10]. Pastré pense que *le « soi » reste en grande partie ignorant de lui-même jusqu'à ce que les épreuves le révèlent* (Pastré, 2011a, p. 147). *Les invariant identitaires ne sont pas un gage de permanence, mais une promesse que seul l'affrontement des évènements permettra d'être tenue (Ibid.).* On retrouve cette notion d'ignorance de soi qui se révèle dans le courant de la vie dans les théories de Yung. Lenoir explique ainsi : *On peut considérer le Soi comme un guide intérieur, distinct de la personnalité consciente, qu'on ne peut saisir que ponctuellement et qui reste toujours à découvrir puisqu'il est une valeur inconsciente* (Lenoir, 2021, p. 216). Tout comme Pastré, Yung pense que le processus de croissance psychique, ou de retour à soi *naît d'un besoin profond de sens ou de changement de sens, à la suite de souffrances (Ibid.).* Nous parlons ici d'invariant du sujet à distinguer de l'invariant situationnel mais cette distinction sera abordée dans une prochaine partie.

[9] Style : manière dont un acteur s'approprie personnellement le genre auquel il appartient (Pastré, 2011a, p. 145)

[10] Genre : manière d'agir, de penser et de sentir qui est partagée par une communauté d'acteur (*Ibid.*)

Nous avons évoqué la résilience des étudiants en formation, mais ce concept reste avant tout un des piliers du dépassement de soi lorsque les patients sont confrontés à la maladie. Boris Cyrulnik définit la résilience par : *processus biologique, psychoaffectif, social et culturel qui permet un nouveau développement après un traumatisme psychique.* Afin d'accéder à la résilience, le patient passe par plusieurs étapes de deuil définies par Elisabeth Kübler Ross qui sont le choc ou la sidération, le déni, le marchandage, la dépression et enfin l'acceptation. Le deuil se retrouve dans les situations de changement d'état par exemple le passage de la situation de personne saine à l'état de malade ou porteuse d'un handicap, de la situation de marié ou en couple au divorce ou à la séparation, de la présence à la perte d'une personne…

Même si ces différentes étapes décrites par la célèbre psychiatre semblent être universelles dans le sens où les soignants sont emmenés à les identifier chez leur patient. Il n'en reste pas moins que ces derniers ne sont pas tous identiques face à l'adversité de la perte des repères. Boris Cyrulnik explique dans son ouvrage *Résilience, connaissance de base* que : *Quand survient un événement déchirant, les organismes ne sont pas tous au même niveau de développement. Les mal partis de l'existence ont déjà acquis des facteurs de vulnérabilité qui donneront à un petit événement le pouvoir de les blesser, alors que d'autres, ayant acquis lors des premiers mois de leur vie un attachement sécure, seront blessés, bien sûr, mais se remettront à vivre, à se développer dans le milieu qui les soutient.* Même si la résilience ne permet pas de se remettre de tous les traumatismes, l'attachement sécure, l'entourage, la parole remanié dans *un récit de sublimation* ou la capacité de s'exprimer à travers l'art notamment reste un moyen de se libérer. Ces derniers éléments s'apparentent aux invariants du sujet dans le sens où ils appartiennent à la construction identitaire de celui-ci.

(Cyrulnik & Jorland, 2012)

Les invariants du sujet sont de véritables organisateurs de l'activité comme l'a précisé Isabelle Vinatier. Pour ce dernier auteur, *les invariants du sujet recouvrent les catégories du jugement, des valeurs, des intérêts et des motivations de la personne* (Vinatier, 2008). Mais alors qu'il existe en nous ces invariants, *comment concevoir un développement si l'invariance occupe autant de place ?* (Pastré, 2011a, p. 94) Dans quelle mesure accédons-nous à notre développement à travers notre activité ?

Le développement au centre de l'activité

Afin de répondre à cette question du développement tout en tenant compte des invariances, Pastré étudie le sujet à travers le prisme d'un discours fictif entre trois protagonistes qui sont Piaget, Clot et lui-même. Sans vouloir résumer ce discours, nous reprendrons les points sur lesquels chacun des auteurs divergent, et qui permettent de répondre à la question posée en introduction de ce chapitre.

La notion de chaos dans la régularité est le premier point sur lequel s'attarde Pastré pour répondre à cette question. Il image cette notion en reprenant les études de Piaget au sujet du développement de l'enfant au moment où il accède à la permanence d'un objet même lorsqu'il ne le voit pas. L'accès à cette permanence serait un invariant qui *devient le support d'un système de transformations réglées. Il ne fige ni ne supprime les transformations ; il les rend possibles en les mettant en ordre* (*Ibid.*). Pastré propose ainsi l'idée que *les invariants rendent compréhensibles et acceptables ce qui, jusque-là, était saisi comme un chaos* (*Ibid.*). Dans l'idée du chaos, il y a l'idée des contradictions, qui pour Pastré sont des occasions de développement. Au-delà de l'acquisition d'invariants nécessaires pour accéder à d'autres étapes, Pastré propose l'idée que le développement se situe dans la dynamique des invariants.

Le deuxième point concerne la distinction (ou non d'ailleurs) entre l'activité productrice et l'activité constructive, notions abordées par Rabardel. Il n'existerait pas de différence entre les deux activités selon Clot car pour ce dernier psychologue du travail *l'activité médiatisante ordinaire, quand elle n'est pas empêchée, est productive de capacités* (Clot, 2008, p. 22). Pour Clot, *c'est dans les variations de l'activité productive que l'activité devient développement* (*Ibid.*) car Clot pose le postulat que l'activité répétitive n'est pas synonyme de répétition ainsi chaque geste serait singulier et unique. Le développement pour Clot *est conçu comme un flux continu, qui ne peut s'arrêter que lorsqu'il est empêché* (Pastré, 2011a, p. 103). Pastré nous alerte sur le fait que Clot ne nie pas l'existence des invariants mais leur donne une place infime dans l'activité *il évite de faire des invariants des constructions conceptuelles du sujet pour organiser son activité* (*Ibid.*).

Enfin le troisième point concerne l'existence de dimensions dans le développement. Alors que Piaget propose un développement de l'enfant par stade, Pastré avance une forme de développement différente. Afin d'illustrer son propos, il évoque une étude qu'il a réalisée pour l'apprentissage des ingénieurs dans la conduite de centrale nucléaire. Son travail l'a mené sur la route des classes de situation où les apprenants construisaient des modèles opératifs pour répondre à des situations diverses. Cependant le programme de formation se complexifiant de jour en jour, les apprenants devaient sans cesse modifier leur modèle opératif qui ne correspondait plus tout à fait à la situation plus simple de la veille. Pastré nous parle alors de crise vécue par l'apprenant. *La rencontre d'une nouvelle classe de situations va mettre son modèle en crise en multipliant les contradictions, jusqu'à ce qu'il prenne conscience de la*

nécessité de hausser le niveau d'abstraction de son modèle, pour lui permettre de l'utiliser et pour la situation ancienne et pour la situation nouvelle (Pastré, 2011a, p. 107). Ainsi l'opérateur ne remplace pas ses modèles opératifs, il les juxtapose en tenant compte des circonstances, des conditions différentes, et même de son propre vécu. A cette théorie du développement vertical, Pastré introduit la notion de temps dans le développement du sujet. En convoquant les écrits de Bachelard, Pastré donne au développement une dimension discontinue car pour ce dernier, *la vie est faite de surgissements discontinus qui lui font donner à l'instant sur la durée pour comprendre le phénomène du temps* (*Ibid.*). Pastré en citant Vygotski, pense ainsi que le développement est discontinu et vertical *qui nous emmène à nous projeter une tête au-dessus de nous-même* (*Ibid.*).

Le développement de l'individu dans l'activité est un sujet qui fait discorde sur la place de la psychologie du travail. Cependant la didactique professionnelle a fait sienne l'idée d'un développement vertical et discontinu pouvant être empêché par des obstacles.

Les trois formes d'apprentissage d'une activité

Pour Pastré, il y a une différence fondamentale entre développement et apprentissage. *Le développement relève de la psychologie, l'apprentissage de la didactique* (Pastré, 2011a, p. 109). Dans le but d'éclairer son propos, il illustre son argumentaire à travers plusieurs théories empruntées à Vygotski, Piaget ou encore Ricœur. Mais c'est à partir des travaux de Vergnaud et la précision de deux autres concepts qui entourent les notions d'apprentissage et de développement, que Pastré resitue son raisonnement. En intégrant les notions de maturation et d'expérience, Vergnaud dissocie le développement en deux étapes, celles des enfants et celle des adultes. *On comprendrait alors pourquoi Piaget, en bon généticien très sensible à l'importance de la dimension biologique dans la connaissance, fait stopper le développement au moment où se termine la maturation. Quand on affaire à des adultes, le support du développement est principalement la construction de l'expérience* (Pastré, 2011a, p. 111). Pour Pastré, *il n'y aurait pas d'acquis s'il n'y avait pas d'expérience à traverser* (*Ibid.*). L'expérience devient le centre du développement du sujet.

Pastré se base sur la théorie de Vygotski lorsqu'il questionne les notions de développement et d'apprentissage. Dans la lignée des théories psychanalytiques, Vygotski pense que *les périodes de discordance sont le principal moteur du développement* (*Ibid.*). C'est parce que les individus

sont en difficulté dans certaines situations qu'ils vont tenter de développer des capacités de manière à répondre à cette nouvelle situation. Ainsi l'apprentissage précéderait le développement car rappelons le, les situations de discordance obligent « à penser une tête au-dessus de nous-même ». Par ailleurs, la dimension épistémologique du développement serait le fait d'accéder à de nouvelles capacités d'agir comme de penser. C'est ainsi que les compétences se construisent (ce concept sera abordé dans la partie suivante). En considérant que dans l'activité, il existe des moments de développement notamment dans l'activité constructive, *celle-ci introduit de l'anticipation et de la généralisation : elle ouvre le champ des possibles (Ibid.).* Mais avant d'accéder au développement, l'individu doit s'approprier le sens de ses actes. Enfin, Pastré donne à l'apprentissage une construction identitaire. En reprenant les notions d'ipsé et de mêmeté de Ricœur, il explique en quoi l'apprentissage *à la première personne […] donne du sens à l'activité, dans la mesure où il constitue une appropriation par le sujet* (Pastré, 2011a, p. 115). Ainsi Pastré discerne l'apprentissage idem, guidé par un tuteur et l'apprentissage ipsé, moment où le sujet s'approprie le sens de ses actes. Ce passage de l'un à l'autre participe à la construction identitaire du sujet.

C'est en distinguant l'activité constructive de l'activité productive que Pastré fait référence à Rabardel et Samurçay qui discernent plusieurs formes d'apprentissage. Il nous semble intéressant de développer ici ces distinctions qui donnent à voir sur les moyens de construire le raisonnement d'un professionnel.

Pastré se base sur les écrits de Bernard Rey (2007) afin d'expliquer les différents types d'apprentissage. Une activité selon qu'elle soit productive et/ou constructive peut générer de l'apprentissage soit de manière intentionnelle soit par incident. En tenant compte de la définition suivante sur l'apprentissage curriculaire « propose une suite organisée de situations qui permettent d'apprendre », Rey énonce trois formes d'apprentissage :

- L'apprentissage incident : sur le tas,
- L'apprentissage tutoré : qui ne comporte pas de curriculum mais un tuteur qui donne la priorité à l'activité productive et permet certains apprentissages inédits,
- L'apprentissage curriculaire : conçu sous forme d'entrée progressive dans la complexité.

Pour Pastré, la contrepartie de l'apprentissage incident expose à une dimension opportuniste, qui laisse peu de place à l'erreur. L'apprentissage curriculaire a quatre caractéristiques qui le distinguent de l'apprentissage incident :

- Il est inscrit dans une institution,
- Il y a une programmation de la progression
- L'entrée dans la complexité est progressive
- Le but de l'apprentissage curriculaire permet de comprendre pourquoi on ne réussit pas.

(Pastré, 2011a, p. 258)

On notera ici la différence dans les types d'apprentissages qui donnent par ailleurs une distinction de l'activité qu'elle soit productive ou constructive. Un apprentissage curriculaire peut-il se réaliser uniquement dans une activité constructive ? Est-il le seul préalable à l'acquisition d'une compétence ? L'acquisition de compétences permet-elle au sujet d'être plus efficace dans son travail ?

La compétence

Nous avons choisi de traiter de la notion de compétence après celles du sujet et du développement car Pastré s'interroge particulièrement sur l'adaptation du sujet à son poste de travail. Autrement dit, les notions de développement au travail et d'adaptation du sujet aux nouvelles situations de travail permettent d'explorer celle de la compétence. La partie qui va suivre s'attarde essentiellement sur les éléments qui caractérisent une compétence et en quoi ils sont pertinents dans l'adaptation du sujet aux nouvelles exigences qui s'imposent dans son activité.

C'est parce que l'auteur évoque la possibilité qu'ont les sujets de *perdre progressivement le contact avec le travail singulier et concret qu'ils ont à faire* (Pastré, 2011a, p. 64). C'est parce *qu'ils ont évolué dans leurs capacités d'analyse de situations, dans leurs capacités de synthèse, dans leurs capacités d'abstraction* (*Ibid.*) que Pastré argumente l'idée que le développement entraîne, à travers le concept de compétence, plus de professionnalisation.

La compétence, une notion complexe

Avant d'entrer dans le vif du sujet, à savoir la professionnalisation de l'individu par le développement de ses compétences, il nous semble intéressant d'évoquer un bref état des lieux de cette notion.

La notion de compétence fait aujourd'hui débat dans le choix des termes utilisés pour la définir. Nous l'avons constaté dans les différentes définitions retrouvées dans l'article « Le concept de compétence : quelques définitions » de J. Basque (2015). L'auteur a choisi d'exposer les constantes utilisées par les différents chercheurs pour définir ce qu'est une compétence. Elles sont au nombre de quatre et regroupent :

- un savoir-agir « dans l'action » ou un savoir mobiliser selon notamment Guy Le Boterf,

- un savoir-agir contextualisé qui donne à la compétence une mise en œuvre judicieuse dans un contexte donné ou « famille de situation »,

- un savoir-agir qui requiert la mobilisation de ressources internes (connaissances, habileté…) ou externes (documents, outils…) au sujet,

- un savoir-agir qui se manifeste dans une performance en ce sens que la compétence *transforme l'action en action réussie, efficace et efficiente (Basque, 2015).*

L'ouvrage de Bernard Rey intitulé *La notion de compétence en éducation et formation : Enjeux et problèmes* de 2014 nous permet d'étayer un peu plus la complexité de cette notion. Rey souhaite *porter au jour, les problèmes que pose cette notion de compétence et examiner les recherches et constructions conceptuelles qui ont tenté de les résoudre* (Rey, 2017). Il traite en particulier de l'introduction de la notion de compétence au sein de l'école. Il dégage lui aussi plusieurs composantes nécessaires à la compréhension du concept. Pour Rey la compétence :

- *Est disposition à une action (matérielle ou intellectuelle)*
- *Est le pouvoir qu'on suppose être à l'origine de cette performance (Ibid.)*

Ce que nous dit Rey au sujet de la compétence, c'est qu'elle ne nous renseigne pas sur *les démarches à suivre pour parvenir à l'action réussie, ni sur le processus psychologique en jeu ainsi que sur les moyens pour devenir compétent (Ibid.)* De plus Rey explique que la

compétence est invisible. Elle serait rendue visible par la réussite d'une action. De cet état de fait, Rey nous fait part de deux questions. La première concerne le lien entre l'action réussie et la compétence identifiée. En d'autres termes est-ce bien la réussite à une action précise qui concrétise l'acquisition d'une compétence ? La deuxième concerne la transférabilité de la compétence. Ainsi, parce qu'individu est compétent de fait, il serait capable de réitérer sa réussite dans un autre contexte. Comme l'explique Rey, *cette inférence de suppositions multiples rend évidemment fragile la notion de compétence* (*Ibid.*).

De même que Rey, Pastré évoque la question de l'invisibilité de la compétence et précise que *seul s'observe l'expression de cette compétence sous la forme d'une performance* (Pastré, 2011a, p. 29). Dans les écrits de Pastré, on retrouve la dimension matérielle attribuée à la compétence par le résultat concret de l'action. En revanche, ce qui n'est pas visible donc impalpable, *c'est la dimension cognitive de l'activité pour comprendre l'organisation de celle-ci* (*Ibid.*). La dimension cognitive de l'activité se retrouve dans le paradigme de Leplat (différence entre le travail réel et la tâche prescrite).

Pastré se rapproche de Vergnaud pour définir ou plutôt éclaircir la notion de compétence en faisant un concept pragmatique *au sens où tout le monde se comprend quand on en parle mais personne n'est capable de la définir* (*Ibid.*).

La notion de compétence est née à travers l'évolution du travail à la fin du siècle dernier et Pastré explique en quoi ces éléments ont permis l'avènement de cette notion. Nous ne développerons pas plus les trois éléments décrits par Pastré qui sont *la forte évolution des situations de résolution de problèmes*, *l'automatisation et l'informatisation de la production* et *ce que les ergonomes ont appelé la crise de la prescription* (*Ibid.*) ou l'adaptation de l'agent à la situation qui font la notion de compétence. Nous nous attarderons ainsi sur le développement des activités de service et son implication dans le développement des compétences. En effet, le métier d'infirmier est avant tout un métier de service à la personne soignée.

Avènement de la notion de compétence dans les métiers de service

A la lecture des écrits de Pastré sur le travail des professionnels dans les métiers de service, nous retenons que les situations qu'ils vivent sont complexes, singulières et requièrent des capacités d'analyse en vue de réaliser un diagnostic de situation. Ce qui n'est pas sans conséquence sur le développement des compétences de ces acteurs en activité.

Pastré, Mayen et Vergnaud décrivent l'activité de ces professionnels en précisant que *: Les situations de relation entre humains comportent un certain nombre de caractéristiques qui en font des situations complexes. Elles sont susceptibles de requérir un degré relativement élevé de conceptualisation* (Pastré, Mayen, & Vergnaud, 2006, p.174). Le but étant de résoudre les problématiques rencontrées, ce qui nécessite au préalable de réaliser un diagnostic de situation. En effet, *l'action sur et avec autrui suppose que soient très fortement prises en compte les réactions et les attentes d'autrui* (Pastré, 2011a, p. 71). *Les activités de diagnostic sont permanentes et portent sur des dimensions différentes. On observe en outre souvent une double contrainte : une grande autonomie laissée à l'action, couplée à l'obligation de respecter des procédures serrées* (Pastré et *al.*, 2006, p. 175). Les auteurs précisent même que : *Sur un plan structurel, ces activités sont très éloignées du modèle de l'activité homme-machine. Dans l'interaction entre humains, l'autre agit et réagit selon ses propres motifs et buts, sa compréhension de la situation, son investissement, sa relation à son interlocuteur, au cadre et à l'objet de l'interaction. Cela introduit une certaine part d'imprévisibilité, une spécificité renouvelée de chaque séquence* (*Ibid.*). La part d'imprévisibilité réside dans l'interaction à

l'autre mais présuppose du professionnel des connaissances dans des disciplines *qui permettent de rendre compte des phénomènes de coopération et de communication* (*Ibid.*) ainsi que des capacités d'adaptation pour répondre à la singularité de la situation. *Il ne s'agit plus d'appliquer une procédure « par absence de doute » mais « par connaissance de cause » : l'important pour un agent est d'appliquer une procédure parce qu'il comprend le bien-fondé de son énonciation, ou de s'en écarter parce qu'il comprend l'inadéquation locale entre la procédure qui a été prévue et l'état de la situation tel qu'il l'a analysé* (Pastré, 2011a, p. 72). C'est ainsi que les professionnels des métiers de service doivent recourir à des compétences communicationnelles afin d'élaborer un espace d'échange propre à l'interaction qu'elle soit agie ou verbale. *Les interactions peuvent être verbales ou agies, mais, dans tous les cas de figure, elles sont composées d'actions et sont globalement régies par les mêmes lois que n'importe quel type d'action. En particulier que l'on se situe au niveau d'une interaction dans son ensemble (un entretien d'orientation, par exemple, ou une heure de cours), ou au niveau d'un acte de langage (la plus petite unité significative des échanges), l'action est d'abord définie par un ou des buts, exercé (s) sur un contenu (de quoi on parle)* (Pastré et *al.*, 2006, p. 176).

Nous étudierons plus loin la théorie des actes de langage. Ce qu'il est important de retenir ici, *c'est que la compétence du professionnel, notamment celles des métiers de service, devient la capacité à s'adapter à la plus grande variété possible de situations* (Pastré, 2011a, p. 72). Les professionnels font preuve d'adaptation permanente et accèdent au transfert de leur compétence de manière plus aisée en développent des capacités d'abstraction. Une des questions à laquelle Pastré répond en partie est comment les professionnels accèdent à cette capacité d'adaptation.

Curriculum conatif

Nous avons vu que le sujet épistémique réduit l'activité en une simple application de connaissance, or le sujet serait plutôt un sujet capable doué de connaissances certes mais aussi de réflexion, d'analyse. La notion de développement au sens aristotélicien du terme, signifie accident, nous avons ainsi cherché un autre moyen d'expliquer la compétence. Ce qui a animé notre réflexion, c'est l'existence de plusieurs stades dans le développement. C'est ainsi que l'assimilation des connaissances et l'interprétation de celles-ci, mobilisées dans des situations singulières, permettrait à l'individu de répondre aux problématiques rencontrées. C'est à travers le curriculum conatif que nous souhaitons développer notre propos.

Autrement dit, dans ce que Pastré nomme le paradigme « expert-novice », l'objectif pour les novices étant d'atteindre le niveau des experts, il nous a semblé opportun de comprendre comment y parvenir. Si le laconisme des experts au sujet de leur activité est une réalité, en ce sens que ces derniers sont dans l'incapacité d'expliquer le mécanisme de leur choix, comment les novices s'inspirent-ils de leurs « aînés » (aux sens plus âgés dans la profession) pour atteindre ce but ultime ?

Les recherches au sujet de la conation de Gilles Bui-xuân, Gilles Vanlerberghe et Jacques Mikolovic nous permettent d'étayer notre réflexion. Ils décrivent la conation comme *l'inclination à agir dirigée par un système de valeurs incorporées* (Mikulovic, Vanlerberghe, & Bui-Xuan, 2010, p. 138). Autrement dit ce qui pousse l'élève à agir dans la construction de ses valeurs (règles et principes). Les auteurs font une distinction entre la pédagogie cognitive et la pédagogie conative en expliquant que l'une appartient au transfert des connaissances d'un enseignant à son élève et l'autre étant la confrontation de l'élève aux situations. Mais là n'est pas notre propos car ce qui a attiré notre attention c'est la référence au novice et à l'expert que les auteurs proposent. Par ailleurs, le lien que les auteurs réalisent au sujet des valeurs et *la confrontation d'un sujet singulier à un monde qui n'en est pas moins, qui donnent sens à ce qu'il fait, lui dictant les règles d'action qu'il va respecter, tout en l'empêchant de faire autre chose, ce que ces mêmes règles lui interdisent* (*Ibid.*) n'est pas sans nous rappeler la construction identitaire développée dans la partie sur le sujet ou le voyage vers soi de Karl Gustave Yung.

Les auteurs ont identifié à travers une étude sur la pratique sportive, cinq étapes qui jalonnent le curriculum conatif du sujet dans une activité, autrement dit dans la confrontation puis l'apprentissage.

Ces cinq étapes sont :

- L'étape émotionnelle : *l'émotion prime sur la réflexion alors que la technique est encore ignorée* (Vanlerberghe & Bui-Xuân, 2006, p. 22). *Elle se caractérise de façon synthétique par un ensemble d'actions orientées pour la survie en privilégiant de façon importante les capacités structurales* (Mikulovic et al., 2010, p. 142). Les auteurs font appel aux peurs du sujet suscitées par la situation qu'il vit. La question des expériences antérieures vient alimenter le vécu du sujet dans le dépassement de cette étape. Nous

faisons le parallèle avec la notion d'obstacles épistémologiques décrits comme *éléments qui fonctionnent comme des ressources provisoires pour l'apprenant et comme des obstacles qui peuvent qui peuvent le conduire dans une impasse* (Pastré, 2011a, p. 48).

- L'étape fonctionnelle : *le sujet se pose la question de savoir « comment ça marche » et émet des hypothèses plus ou moins justes qu'il met à l'épreuve* (Vanlerberghe & Bui-Xuân, 2006, p. 22). *La préoccupation majeure, et donc le sens que donne le sujet à ses actions, est de trouver des solutions pour avancer* (Mikulovic et *al.*, 2010, p. 143). Ce qui semble être important à souligner dans cette étape, c'est le fait que l'apprenant a dans un premier temps dépassé ses peurs. Par le dépassement de celle(s)-ci, il cherche à relier l'action à ce qu'il connaît déjà en tentant de répondre à tâtons aux problématiques auxquelles il est confronté.
- L'étape technique : *le sujet se pose alors la question : « comment font ceux qui réussissent ?* (Vanlerberghe & Bui-Xuân, 2006, p. 22). L'apprenant en se posant cette question, reproduit les gestes de son tuteur par mimétisme en se concentrant uniquement sur le ou les gestes et non sur l'action dans sa globalité. On notera ici la confiance accordée au tuteur.
- L'étape contextuelle : *le sujet peut se décentrer de la simple exécution technique, il s'intéresse au contexte et va complexifier son action* (*Ibid.*). On comprend que lors de cette étape, l'apprenant étudie le contexte de la situation et identifie les éléments scientifiques qui renseignent le dérouler de l'action. De fait, il s'approprie peu à peu ces éléments qui guident ses actions.
- L'étape d'expertise : *l'expérience du sujet est suffisante pour qu'il puisse exploiter de façon autonome les trois registres à la fois et les coordonner de manière à créer son propre style* (*Ibid.*).

La description de ces cinq étapes est en adéquation avec les préoccupations de la didactique professionnelle en ce sens qu'elles participent à *l'analyse des chemins, et non du but, qui devient le principal objectif de l'analyse de l'activité d'apprentissage* (Pastré, 2011a, p. 48). Nos recherches se portant sur l'apprentissage du raisonnement clinique infirmier afin d'améliorer la formation des étudiants en soins infirmiers, nous avons clairement imaginé la transposition de ces étapes lorsque nos étudiants sont en stage, confrontés aux situations qu'ils rencontrent.

Dans le domaine des soins infirmiers, l'activité d'apprentissage en situation d'urgence est certainement l'une des activités susceptibles de rendre concrètes ces cinq étapes. Cet apprentissage est réalisé lors de la FGSU (Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) créée pour les professionnels de santé en 2009 par l'arrêté de 2014 relatif à l'AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences).
L'article de Christine Spill et Amélie Gatin intitulé « Comment favoriser la sécurité psychologique des étudiants en soins infirmiers lors de l'enseignement des gestes et soins d'urgence par simulation ? » traite particulièrement de la question de l'apprentissage en simulation pour les GSU (Gestes et Soins d'Urgences). Cet article est inspiré des travaux de Palethope et du « Comfort-Stretch-Panic Model ». Les situations d'urgence en simulation proposées par les formateurs, peuvent confronter l'étudiant en apprentissage à un vécu émotionnel douloureux. De fait leur apprentissage pourrait s'en trouver malmené. L'article évoque ainsi la nécessité d'une sécurité psychologique proposée par les formateurs dans le but, en premier lieu, d'identifier les étudiants à fort vécu émotionnel soit antérieur à la situation simulée (vécu de situations dramatiques dans ses antécédents personnels) soit au moment de l'apprentissage (peur du jugement, exigences vécues comme inatteignables…).
A la lecture de ce dernier article, la perception des différentes étapes émotionnelle, technique ou contextuelle sont présentes dans l'apprentissage des gestes qui sauvent. *Les expériences antérieures douloureuses ne sont pas toujours verbalisées par les étudiants, ce qui rend leur identification par le formateur difficile. Toutefois, l'état émotionnel ou la focalisation de l'étudiant pour une seule thématique sont des indicateurs pour repérer ces étudiants.* L'AFGSU comporte plusieurs phases d'apprentissage, de la découverte de situations relevant de l'urgence à la validation des gestes en passant par l'entraînement, les étudiants passent de la phase émotionnelle à la phase contextuelle. *Selon les formateurs, le temps d'apprentissage est bien distinct du temps d'évaluation. Le temps durant lequel le droit à l'erreur s'exerce, les critères d'évaluation, dont la participation active, sont spécifiés à l'étudiant au briefing.*

(Spill & Gatin, 2019)

Après avoir précisé les notions du sujet, du développement et de la compétence, nous sommes en mesure d'exposer les concepts de la didactique professionnels qui nous ont permis d'analyser l'enquête de terrain réalisée pour notre travail de recherche.

II. 2. Les concepts de la didactique professionnelle

II. 2. a. La conceptualisation dans l'action

G. Vergnaud a repris la notion de conceptualisation de Piaget pour révéler *que l'activité humaine est organisée, que cette organisation, qui s'exprime sous forme de schèmes, comporte des invariants, qui rendent l'action, non pas stéréotypée, mais adaptée aux circonstances et que les invariants sont de nature conceptuelle* (Pastré, 2011a, p. 33). La notion de conceptualisation dans l'action est essentielle si on cherche à réaliser une analyse de l'activité car elle permet de repérer les concepts qui guident l'action. Par concepts qui guident l'action, il faut comprendre modèle opératif ou encore, connaissances en acte (Vergnaud) mobilisées par l'acteur à l'intérieur de sa pratique. Quels sont les éléments qui permettent d'étayer la notion de conceptualisation dans l'action ?

Au fond de l'action la conceptualisation

Nous allons nous attarder dans un premier temps sur la notion de conceptualisation. *C'est une activité qui a pour but de produire des concepts qui permettent au sujet de mieux adapter le réel à lui-même* (Pastré, 2011a, p. 150). Cette activité *procède par abstraction, c'est à dire par construction de ces objets que sont les concepts* (*Ibid.*). L'abstraction étant un *mouvement de l'esprit qui ne retient d'une totalité concrète qu'une propriété qu'on estime remarquable* (*Ibid.*) La conceptualisation est alors *définie comme le produit d'un mouvement d'abstraction* (*Ibid.*).

Pour être moins conceptuel, nous allons évoquer ici la prise en soins d'une plaie hémorragique sans corps étranger *par une compression manuelle directe avec relais par pansement compressif pour favoriser le brancardage peut suffire pour une plaie hémorragique simple*. Cette technique est celle recommandée par la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) de 2020. (Trauma membre, 2020)
Le pansement compressif étant très souvent de fortune car fabriqué dans l'urgence, il serait souvent constitué par un paquet épais de compresses.
Dans le but d'objectiver les concepts (et donc l'abstraction) utilisés par les IDE face à la question de l'utilité d'un paquet épais de compresses, nous avons réalisé une enquête statistique via Google Forms® qui proposait ces deux questions :

- Pensez-vous qu'il est nécessaire d'utiliser un paquet épais de compresses lorsque vous comprimez une plaie hémorragique sans corps étranger à l'intérieur ?

- Si oui, quelle(s) est (sont) l'(les) explication(s) théorique(s) que vous utilisez pour justifier le fait que ce paquet de compresses doit être épais ?

- Si non, pour quelles raisons ?

compréhension de l'action et de rendre concrètes les notions de didactiques évoquées plus haut ainsi que celles de coordination agit et de coordination conceptuelle. Je reprendrai une phrase

de Pastré qui écrit : *Il y a dès la réussite dans l'action, avant que le sujet n'accède à la compréhension de cette réussite, une caractéristique de l'action qui témoigne à la fois de son organisation efficace et de sa conceptualisation* (Pastré, 2011a, p. 156). Pastré rajoute *: le sujet sait mobiliser des concepts à son insu, sans en avoir conscience* (*Ibid.*). Mais ces concepts sont de plusieurs ordre et c'est ce que nous allons développer dans la partie suivante.

Notre enquête qui ne fait pas faire partie de la recherche mais intervient en illustration du propos sur la conceptualisation dans l'action, souhaite interroger les concepts théoriques utilisés par les IDE, fait état de **25** réponses.
A la question : Pensez-vous qu'il est nécessaire d'utiliser un paquet épais de compresses lorsque vous comprimez une plaie hémorragique sans corps étranger à l'intérieur ?

13 ont répondu OUI et 12 NON

Les éléments en faveur d'un paquet épais de compresses sont :

- Point de compression plus efficace (les compresses peuvent être enroulée dans une dernière afin de former une sorte de "boudin" plus rigide et homogénéiser ainsi la force de compression)
- L'utilisation d'un paquet de compresses permet d'optimiser l'hémostase en créant un packing et donc une majoration de la pression exercée sur la plaie, donc diminution du saignement.
- Dans le but de venir remplacer la compression manuelle et de libérer le secouriste. L'épaisseur associée à la bande bien mise en place qui va comprimer l'épaisseur, va effectuer une compression sur la plaie. Absorbe plus, isole mieux
- Force de compression plus élevée, moins de chance que le sang traverse
- Afin que le compressif soit efficace de part son épaisseur
- Le pouvoir absorbant de plusieurs compresses est plus important que celui d'une seule compresse et limite l'effet "éponge" qu'aurait une seule compresse rapidement saturée
- Quelques compresses suffisent le principale étant la compression
- Pour absorber
- Pour avoir la même pression. Lors de la compression manuelle
- Surface de contact plus importante

Les éléments de controverse sont :

- L'épaisseur des compresses peut empêcher une compression efficace

- La compression manuelle directe protégée avec un gant ou une compresse est l'action secouriste à réaliser
- Vision de l'efficacité de la compression pour arrêt de l'hémorragie
- Nous pouvons même comprimer à mains nues, donc l'épaisseur n'a pas d'utilité. De plus, nous sommes plus précis ainsi.
- Plus l'épaisseur des compresses est importante et moins la force de compression de l'opérateur sera sensible ou précise. Permet de voir rapidement si la compression est efficace, une compresse se sature plus vite qu'un paquet épais de compresses.
- C'est plus la force de la compression qui est importante
- Peu importe à mon sens, l'épaisseur du paquet de compresses, c'est la compression qui va arrêter le saignement, si elle est réalisée correctement.
- La compression peut se faire avec le doigt ou la paume de la main ou si plaie artérielle en amont. Si l'hémorragie est veineuse et qu'une seule compresse ne suffit pas. Il faut prendre un pansement compressif
- Néanmoins, la technique de pression manuelle directe s'appuie sur le principe de base de Bernoulli soit :

  Perte de liquide = (pression intramurale - pression extramurale) x taille de l'orifice dans le vx sanguin

  Le plus important est donc la pression extramurale et pas la présence d'écran.
- Quelques compresses suffisent le principale étant la compression
- C'est le temps de compression qui prime. Avec beaucoup de compresses, on ne voit pas le site hémorragique
- Tout dépend du contexte, de l'évaluation de la plaie, localisation, profondeur, vaisseaux lésés, du matériel disponible...

Les concepts organisateurs de l'activité en lien avec les urgences

Nous avions évoqué plus avant la notion d'image opérative d'Ochanine. Ce chercheur a permis à la didactique professionnelle d'identifier les concepts organisateurs de l'activité. Il est le

premier à montrer la différence entre conceptualisation pragmatique et conceptualisation épistémique. Notre enquête quantitative menée auprès de 25 infirmiers tous en activité montre que chacun a une explication précise de l'efficacité de son action. Pastré nous indique qu'*il y a souvent un rapport étroit entre le fait de comprendre ce que l'on fait et le fait de pouvoir le décrire avec objectivité* (Pastré, 2011a, p. 153). Cette enquête nous a permis d'objectiver le fait que les IDE n'ont pas tous conscience des concepts théoriques utilisés dans le cadre d'une compression via un pansement compressif mais ils ont une représentation de l'efficacité de leur action. Ce que nous indique Pastré c'est que *réussir et comprendre ne coïncident pas. La réussite précède la compréhension* (Pastré, 2011a, p. 155). Pastré faisant référence à Piaget rajoute que les acteurs peuvent rester *au stade de la réussite sans atteindre la compréhension* (*Ibid.*). Piaget qui avait travaillé sur l'accès à la compréhension des actions par le sujet, évoque l'idée qu'il y a une différence notable entre les effets de la réussite et ceux de l'échec d'une action. L'échec conduit à modifier les actions pour atteindre un but alors que la réussite peut permettre d'accéder à la compréhension afin la réitérer de manière durable. C'est ainsi que le sujet accède à ce que Piaget appel la coordination conceptuelle. *Le sujet se représente les transformations qu'il opère dans le réel sous la forme d'opérations mentales* (*Ibid.*). La coordination conceptuelle est un degré supérieur à la coordination agie dans le sens elle s'accompagne de représentation du ou des concepts théoriques mobilisés.

Dans le cadre de notre enquête, on se rend compte que la réussite de l'action « arrêter l'hémorragie » donne lieu à l'action de comprimer la plaie par laquelle s'extériorise le sang (15 réponses en faveur de la compression). Mais les concepts théoriques qui expliquent l'efficacité du geste restent pour certains professionnels, partiellement inconnus. On pourrait nommer coordination agie la notion de compression manuelle locale mais aussi la notion d'absorption (4 fois) ou hémostase (1 fois).

La coordination conceptuelle fait intervenir les lois de Newton sur les forces et la théorie de la résultante des forces (la force résultante représente la force obtenue par l'addition vectorielle de toutes les forces en présence sur un objet) dans l'action de compression. L'article « Garrot et compression » de Orsini, Herbepin, Poirot et Vivien (2016) évoque que le but de la compression directe est d'opposer une pression plus importante que celle du vaisseau pour en arrêter le flux sortant (pression d'environ 180 mmHg -millimètre de mercure-, lors d'une compression simple) et ainsi favoriser l'agrégation plaquettaire et consécutivement déclencher

l'hémostase primaire. De plus, du fait que les fibres des compresses pourraient être un support à l'agrégation plaquettaire, l'action de compression est plus efficace d'où éventuellement la notion d'absorption par l'utilisation d'un paquet épais de compresses que nous développerons plus loin.

Pour Piaget le passage de l'action matérielle sans représentation au moment de prise de conscience correspond à la coordination conceptuelle. *On passe de simple constatation de régularité à des explications causales, en attribuant les opérations aux objets eux-mêmes, qui deviennent non seulement des choses matérielles, mais de opérateurs efficaces sous certaines conditions* (Pastré, 2011a, p. 160).

Dans la différenciation des éléments constitutifs d'une action qu'elle soit réussie ou pas, l'élément de base constitutif de l'action est exprimé sous le nom de schème. C'est ce que nous souhaitons développer dans la partie suivante.

II. 2. b. Le schème

Définition du schème

Dans son introduction à la notion de schème, Pastré propose cet aphorisme : « Le schème est à l'action ce que le concept est à la cognition ». Le schème rend l'action efficace la plupart du temps, s'adapte à la situation rencontrée et peut s'analyser dans le sens où on peut déterminer des concepts qui ont guidé l'action. Pour Rabardel, *le schème d'une action est l'ensemble structuré des caractères généralisables de l'action* (*Ibid.*) alors que pour Vergnaud, *il est une organisation invariante de l'activité pour une classe de situations donnée* (*Ibid.*). Ce qu'il est important de noter ici, c'est la notion d'invariance (ou caractères généralisables pour Rabardel) qui vient étayer la possibilité de reproduire une action dans une situation « à peu près » similaire. En plus de sa reproductibilité, le schème possède un caractère d'adaptation qui donne au sujet qui le manipule, la maîtrise de son acte et donc l'identification de sa compétence. Le schème comprend des invariants que l'acteur repère de son analyse de la situation jusqu'aux aux actions qui permettent de répondre efficacement à celle-ci. Ainsi Vergnaud explique que *ce n'est pas l'action qui est invariante, c'est l'organisation de l'action* (Pastré, 2011a, p. 163). *Un schème désigne ainsi une organisation de l'action qui articule la dimension de prise d'information (ce qu'on retient de la situation pour identifier à quelle classe on a affaire) et la dimension d'action (d'ajustement)* (*Ibid.*). Il faut comprendre ici qu'un schème n'est pas

seulement composé d'éléments repérables dans une situation, il est aussi constitué de l'action ou des actions les plus pertinentes qui vont apporter une réponse efficace à cette situation.

Eléments constitutifs du schème

Vergnaud propose une description des éléments constitutifs d'un schème. Il se compose de but(s) ou sous buts(s), règle(s) d'action de prise d'information et de contrôle, invariants opératoire (concepts et théorèmes en acte) et inférence à la situation qui permettent l'adaptation du schème à la singularité de la situation.

En reprenant l'enquête réalisée auprès des infirmiers sur la compression manuelle face à une hémorragie extériorisée par une plaie, et suivants les recommandations de la SFAR-SFMU de 2020, les invariants de l'analyse de la situation seraient :

- Reconnaissance d'une plaie hémorragique dont les indicateurs sont : effraction cutanée, extériorisation de sang en abondance, saignement actif,
- Reconnaissance d'absence ou présence de corps étranger visible à l'intérieur de la plaie : le corps étranger pouvant soit, venir de l'intérieur soit de l'extérieur.

Les invariants dans la dimension d'action :

- Urgence vitale car risque de choc hémorragique (bas débit ou spoliation sanguine et désamorçage de la pompe cardiaque ou *état de défaillance circulatoire aiguë caractérisé par une diminution sévère du volume circulant* (Declety, 2002, p. 1)
- Arrêt de l'hémorragie par compression manuelle locale ou pansement compressif : *paquet de compresses appliqué fermement, recouvert d'un lien très large (pour ne pas faire garrot), mais serré suffisamment afin de maintenir une pression suffisante pour empêcher la reprise de l'hémorragie* (Orsini et *al.*, 2016, p. 120)

Dans les éléments constitutifs du schème face à la classe de situation « prise en soin d'une plaie hémorragique en première intention », nous pouvons repérer :

- Le but : éviter le décès de la personne par arrêt circulatoire

Sous buts : 1- arrêter l'hémorragie, 2- ne pas aggraver la situation, 3- effectuer une compression efficace

- Règles d'action : reconnaître le caractère hémorragique de la plaie (abondance de sang, saignement actif), identifier les éléments pouvant aggraver la situation (présence de corps étranger dans la plaie), effectuer une compression efficace (arrêt du saignement).
- Invariants opératoires et/ou propriétés des objets utilisés concepts et théorèmes en acte : une baisse du volume circulant provoque un bas débit sanguin et ainsi un désamorçage de la pompe cardiaque qui engendre le décès, la présence de corps étrangers dans la plaie qui proscrit la compression manuelle locale par aggravation de la situation (douleur, lésions vasculaires supplémentaires), gants à usage unique (pour éviter le risque de contamination), paquet de compresses épais (théorie de la résultante des forces c'est à dire la force résultante représente la force obtenue par l'addition vectorielle de toutes les forces en présence sur un objet en plus du fait que les fibres des compresses deviennent un support à l'agrégation plaquettaire),
- Calcul continu des opérations : arrêt du saignement, vérification de l'état clinique de la victime.

Pastré précise aussi que *plus un schème est puissant, plus il va permettre une adaptation souple et fine* (*Ibid.*). Ce qui fait la puissance d'un schème, c'est le niveau d'abstraction des représentations de l'invariant. En effet, le but ultime pour un professionnel compétent étant de s'adapter à toutes les situations et de répondre efficacement à celles-ci, le haut niveau d'abstraction lui demande de situer sa réflexion sur un repérage de similitude des concepts en jeu dans les différentes situations vécues. Ainsi le professionnel identifiera des classes de situations (situations comportant des invariants identiques) et adoptera les comportements qui au préalable ont été efficaces. Ce qui fait qu'un professionnel est compétent c'est non seulement son vécu, ses expériences passées qu'il emmagasine au fur et à mesure de son activité mais c'est aussi sa capacité à trier ses expériences et à identifier ce en quoi elles diffèrent comme ce qui les rend similaires.

La place des invariants opératoires

Nous avons précisé dans la partie précédente ce qu'était un schème. La constitution principale du schème étant l'invariant opératoire, c'est-à-dire la raison pour laquelle les actions sont menées. Pour Vergnaud, *le concept de schème est pertinent pour les gestes, les raisonnements et opérations techniques et scientifiques, les interactions sociales et notamment les activités langagières, les émotions et l'affectivité* (Pastré et *al.*, 2006). Nous avons détaillé dans la dernière partie le schème en lien avec la classe de situation très technique « plaie hémorragique », mais le métier d'infirmier comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises est un métier de service faisant intervenir des activités langagières.

La place des invariants opératoires dans une classe de situation technique reste éminemment facile dans le sens où les concepts théoriques sont repérables. Qu'en est-il des classes de situation en lien avec les activités langagières ?

Avant de répondre précisément à cette question, nous devons préciser ce qu'est un invariant opératoire. Nous avons évoqué plus haut que la notion d'invariant se substituait à celle de constante, en ce sens qu'il est repéré dans une situation comme un élément qui caractérise une classe de situation. Dans la classe de situation « plaie hémorragique », un des invariants est l'effraction cutanée. Les invariants pouvant être présents autant dans le repérage d'une classe de situation que dans l'action efficace qui répond à cette même classe de situation. Mais ce que nous apprend Vergnaud c'est qu'un invariant opératoire contient deux faces. L'une est tournée vers la situation en elle-même. Devant une plaie hémorragique, le risque étant la perte de sang suffisamment conséquente pour provoquer un arrêt circulatoire par désamorçage de la pompe cardiaque, il est primordial de stopper l'extériorisation de sang. Cette réalité est éprouvée en médecine et relève du domaine des sciences physique à orientation mécaniques. L'autre étant tourné vers le sujet, comme le précise Pastré, *c'est à dire les propositions, non nécessairement explicites, tenues pour vraies par le sujet, qui permettent à ce dernier d'orienter et de guider son action* (Pastré, 2011, p. 167). Dans le cadre de notre étude, on notera que beaucoup d'infirmiers explicitent le geste de la compression avec un paquet épais de compresses dans le but d'exercer une compression et une absorption suffisante du sang extériorisé. De fait l'invariant opératoire devient objectif et subjectif.

Les invariants dans le domaine des activités langagières

Dans le domaine des activités langagières, *la théorie des actes de langage part de l'idée que dire c'est faire. Cela ne signifie pas que la parole serait équivalente à un geste amenant la transformation matérielle du monde. Mais cela signifie que parler avec et à d'autres constitue une intervention dans le monde qui est aussi une intervention sur le monde qui peut contribuer à le transformer[…] Pour que cet acte de langage soit satisfait, il doit répondre à des conditions de réussite, conditions attendues dans la situation donnée : un certain type de discours, un certain ordre des tours de parole, un certain registre de langue, des obligations et des interdits, bref, des normes à connaître et à respecter propres aux jeux de langage d'une société donnée et propres aux jeux de langage plus spécifiques en vigueur dans les situations de la vie ou du travail […] Tout locuteur crée donc ses énoncés en fonction de ce qu'on peut résumer par l'identification qu'il fait, en cours d'interaction, des conditions de la réalisation de ses actes. Autrement dit, en fonction aussi des invariants opératoires qu'il a construits à propos de ses interlocuteurs, des situations, des relations entre l'action langagière et ses effets* (Pastré et *al.*, 2006, p. 176). On notera ici que les professionnels des métiers de service se sont construit des classes de situations dans lesquelles ils ont repéré des invariants opératoires leur permettant de répondre efficacement à la demande de leur interlocuteur.

Selon Saillot (2020) *Le langage, qui est fait de ces signes que sont les mots, est ainsi l'instrument médiateur entre « les choses de la vie » (concepts spontanés ou quotidiens) et les « concepts » (scientifiques), dans un rapport médiatisé avec l'objet* ((Saillot, 2020, p. 39). Selon Vygotski, la *signification des mots est sociale … le sens quant à lui est propre au sujet* (*Ibid.*). Même si le dernier ouvrage d'Éric Saillot traite des questions d'ajustement dans l'enseignement-apprentissage, la lecture de celui-ci nous a permis d'expliciter précisément ce concept pour nos recherches dans le domaine des soins. Comme l'activité d'enseignement-apprentissage, le soin est une activité dirigée vers autrui, qui revêt ainsi des similitudes comme celles des interactions langagières entre deux personnes.

Afin d'étayer nos recherches sur le terrain, nous nous sommes attardée sur la dimension langagière des IDE lors des échanges avec le patient. En effet, Piot dans son article sur « Le rôle méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin » s'appuie sur les travaux d'Austin (1970) *Les conversations entre soignant et patient à l'occasion de la réalisation d'un soin apparaissent non pas comme un complément au soin réalisé, mais comme*

véritable partie prenante du soin en remplissant plusieurs fonctions stratégiques, cela avec des modalités et variations particulières dues à la singularité des personnes et des situations et aux ajustements qui en découlent (Piot, 2018, p. 9).

Par ailleurs, la place des invariants du sujet auraient une place toute particulière dans les activités de relation à autrui. Les invariants du sujet *recouvrent les catégories du jugement, des valeurs, des intérêts et motivations de la personne. L'acteur les construit en fonction de son histoire interactionnelle et des contraintes relationnelles de la situation* (Vinatier, 2009, p.96). I. Vinatier distingue ce qui est de l'ordre de la résolution et ce qui est de l'ordre de la satisfaction dans une interaction comme celle d'une activité diagnostic à partir des éléments rapportés par une personne. Nous avons évoqué plus haut le fait qu'une personne pouvait être jugée compétence ou non, selon que l'évaluateur est à la place de patient, de l'exécutant du soin ou tuteur (Cf partie sur la compétence). Vinatier explique que *la satisfaction porte sur l'échange lui-même, en ce sens que la résolution peut être atteinte, alors même qu'un des deux interlocuteurs peut se sentir frustré, non reconnu, manipulé par l'autre. A l'inverse, la résolution peut échouer, alors que la satisfaction est raisonnablement atteinte et permet la poursuite de l'échange* (Pastré, 2011, p. 208). Les invariants du sujet définis ci-dessus demeurent partie prenante dans les activités diagnostic surtout dans le cadre d'une co-activité comme celle du soin à autrui.

Lors de notre enquête de terrain, nous nous intéresserons à l'espace dialogique ouvert par les IDE.

Dans le but d'expliciter un peu plus l'ajustement des professionnels de santé aux différentes situations de soins qu'ils rencontrent, il nous paraît essentiel d'approfondir la notion de concepts que les professionnels mobilisent pour répondre à celles-ci.

II. 2. c. Concept pragmatique et concept théorique

Les différents types de concepts

Comme nous l'avons précédemment vu, la recherche des invariants opératoires qui guident et orientent les activités de travail permet de comprendre les choix des professionnels dans la conduite de leurs actes. Notre étude sur le schème « plaie hémorragique » nous a appris que les professionnels ne conscientisaient pas forcément la théorie de la résultante des forces mais ils avaient une idée très précise de la conséquence de leur action.

Ainsi il existe plusieurs concepts qui guident l'action. Pastré en énumère trois, qui sont les concepts pragmatiques, la structure conceptuelle d'une situation et le modèle opératif.

Les concepts pragmatiques et concepts pragmatisés :

Selon Pastré, un concept pragmatique est construit dans l'action et sert à guider celle-ci. Ce que nous apprend l'auteur, c'est qu'il est nécessaire qu'un diagnostic de situation soit réalisé à la recherche d'indicateurs qui justifieraient la mobilisation du concept. Les concepts pragmatiques sont par ailleurs construits dans l'action sans s'attacher à une définition. Ils se transmettent de professionnels à novices. Un concept pragmatique est comme un invariant opératoire, il peut être objectif et subjectif à la fois. Pastré nous invite à différencier les concepts pragmatiques et les concepts pragmatisés qui eux ont leur origine dans les concepts scientifiques et techniques.

En reprenant la situation de « plaie hémorragique », on pourrait se poser la question des indicateurs qui justifient la classification de la plaie comme étant hémorragique ce qui induirait l'arrêt du saignement par une compression. Les recommandations de la SFMU, dans le cadre d'une prise en soins d'un patient présentant une plaie hémorragique, précise que le saignement est « actif », ce qui laisse une place substantielle à l'appréciation qualitative et objective du saignement.

Par ailleurs, le concept de l'agrégation plaquettaire dans le phénomène d'hémostase par l'intermédiaire du support des compresses se serait pragmatisé par la notion d'absorption. Le phénomène de l'hémostase étant un sujet vaste, nous nous sommes référée à l'article Physiologie et hémostase de Revel. L'auteur précise que *l'hémostase primaire est la mise en œuvre d'une barrière hémostatique d'urgence par la constitution d'un « clou plaquettaire » venant obstruer la brèche vasculaire… L'activation plaquettaire est caractérisée par deux*

phénomènes principaux, leur changement de forme et leur activation… Discoïdes à l'état de repos, les plaquettes activées deviennent sphériques, émettent des pseudopodes et s'étalent sur la surface d'adhésion. (De Revel & Doghmi, 2004, p. 74).

La structure conceptuelle d'une situation :

La notion de structure conceptuelle d'une situation se définit par *l'ensemble des concepts pragmatiques ou pragmatisés qui ont pour fonction d'orienter et de guider l'action* (Pastré, 2011a). Cette notion fait intervenir la notion de classe de situation après avoir identifié les indicateurs qui permettent de déterminer la réalité dans laquelle se trouve l'acteur et ainsi *connaître la valeur que prennent les différentes variables qui permettent de guider l'action* (Pastré, 2011b, p.16). *La structure conceptuelle d'une situation n'est pas constituée par l'ensemble des connaissances qu'on possède sur un domaine. Elle est le produit d'un couplage, entre l'action et son but et la situation elle-même : elle appartient à la fois à l'action des acteurs et à la situation. De ce fait, c'est ce couplage qui permet de sélectionner les concepts qui, dans la représentation des professionnels, vont servir à guider l'action* (*Ibid.*).

Le modèle opératif :

Celui-ci est à distinguer du modèle cognitif. Nous avons étudié le concept de l'image opérative d'Ochanine dans une partie précédente mais Pastré utilise le terme de modèle, plus neutre, enlevant au concept son reflet de la réalité. Un modèle opératif *désigne la représentation d'un sujet singulier* (*Ibid.*) (sujet au sens idée, objet). Le modèle cognitif représente les connaissances associées à ce dernier en faisant abstraction des actions à effectuer. Un modèle opératif est premièrement fidèle à la structure conceptuelle de la situation, deuxièmement constitutif d'un genre professionnel et enfin, troisièmement tiré de l'expérience de l'acteur. Pastré précise que le fait qu'un modèle opératif soit composé de ces trois derniers ingrédients, cela a des répercussions sur l'analyse de l'activité de l'acteur. D'autant plus que le modèle opératif d'un novice ou d'un professionnel en construction, doit tendre à s'identifier de plus en plus à la structure conceptuelle de la situation au fur et à mesure de la construction des compétences.

S'interroger sur les modèles opératifs des IDE face à une hémorragie externe (par une plaie) et le contrôle de celle-ci, c'est s'interroger sur la représentation de leur action. Nous n'avons pas confronté les enquêtés sur celle-ci mais nous souhaiterions nous interroger à propos des

différentes explications proposées pour justifier leur action d'utiliser, ou non un paquet épais de compresses.

Tout d'abord, la notion d'absorption qui comme nous l'avons vu plus haut, n'est ni tout à fait juste, ni tout à fait fausse dans le sens ou effectivement, les thrombocytes (plaquettes) changeraient de forme pour s'accrocher les unes aux autres et former le clou plaquettaire dans la phase initiale de l'hémostase. Les professionnels se sont-ils construit l'idée que les compresses gorgées de sang (et donc de plaquettes) pourraient servir de trame à l'accroche des plaquettes ? C'est sans compter leur expérience de vie et les images qu'ils ont emmagasinées depuis leur plus tendre enfance. Un des exemples de transmission d'idée à ce sujet pourrait-être le dessin animé diffusé dans les années 1990 « Voici la vie » où des petites cellules dénommées plaquettes s'amalgament les unes aux autres en cas de brèche vasculaire.

Pourquoi certains professionnels se sont-ils construit l'idée que le fait d'utiliser un paquet épais de compresses masquait l'hémorragie, le but étant de l'arrêter et ainsi de ne plus la voir ?

Enfin, l'idée de la compression est imagée par l'arrêt du flux sanguin. Comment les professionnels ont-ils intégré cet arrêt ? Est-ce par le collapsus des vaisseaux rompus ? Ou uniquement la fermeture du site endommagé par le mécanisme de la pression manuelle ?

Désormais fort de ces dernières notions, nous nous interrogeons sur leur articulation lorsqu'un des objectifs de la recherche est d'analyser l'activité dans un but d'améliorer la formation ?

La conceptualisation dans l'action, analyse de l'activité et apprentissage

La conceptualisation dans l'action repose sur l'hypothèse que l'action humaine est organisée, sous forme de schèmes, dont le noyau est de nature conceptuelle (Pastré, 2011b, p. 17). Nous avons évoqué tout au long de notre cadre épistémologique des activités qu'elles soient de soins ou d'apprentissage de soins afin de contextualiser les concepts de la didactique professionnelle en lien avec notre objet d'étude, c'est-à-dire les soins infirmiers. Afin d'aborder l'apprentissage, Pastré propose en premier lieux, de distinguer la dominante d'apprentissage du métier dans lequel s'opère celui-ci.

Dans le domaine des soins infirmiers, la dominante d'apprentissage est pour le moins complexe à définir. En se référant à Savoyant qui écrit un article en 2005 « La professionnalisation des

personnels infirmiers », nous aurions tendance à évoquer la dominante technique mais se serait sans compter sur la dimension relationnelle qui entoure ce soin technique. Nous resterons cependant vigilants dans ce choix et nous nous concentrerons sur la dominante relationnelle. En effet, l'article de Savoyant traite des trois dimensions du métier d'infirmier (technique, relationnel et organisationnelle) mais n'évoque pas précisément l'activité de raisonnement à cela près qu'il écrit : *Le relationnel constitue ici un champ d'activité propre pour le personnel soignant, distinct de l'exécution des soins (on pourrait dire que c'est en fait un soin spécifique), dans lequel il s'agit de mettre en œuvre des compétences d'observation, d'écoute et de compréhension, de réactions adaptées à des problèmes individuels complexes, ceci dans le cadre d'une interaction dynamique, c'est-à-dire continue et nécessitant une adaptation on-line à des évolutions souvent peu prévisibles de la situation* (Savoyant, 2010, p. 151). Dans le sens où notre enquête de terrain portera sur le raisonnement clinique faisant intervenir entre autres, une activité de dialogue. De plus, l'article de Savoyant étant de 2005, il ne prend pas en compte l'évolution du référentiel de formation de 2009 qui donne au raisonnement clinique une compétence spécifique.

Le deuxième point concerne la distinction de l'analyse de l'activité afin d'apprendre le métier ou apprendre par le métier. Le dilemme de Pastré s'en trouve bien peu résolu quand il s'agit d'évoquer l'apprentissage du métier d'infirmier dans le sens où nous l'évoquerons plus loin, les activités (de soins comme d'apprentissage de soins) sont centrées sur le corps et l'esprit de la personne soignée. Comme précisé dans la partie sur les activités langagières, *[…] parler avec et à d'autres constitue une intervention dans le monde qui est aussi une intervention sur le monde qui peut contribuer à le transformer* (Pastré et *al.*, 2006, p. 176). Cet élément étant un des points clefs de notre étude, nous le détaillerons dans la partie résultat de l'enquête.

Le troisième point peu éloigné du second, consiste à distinguer le moment de l'apprentissage en ce sens qu'il peut se réaliser avant, pendant et après l'action. Enfin, le dernier point de distinction peut s'avérer infructueux s'il s'agit de distinguer la catégorie du public d'apprentissage. Comme nous l'avons évoqué dans la partie sur l'approche philosophique et psychanalytique, le public des infirmiers qu'il soit en apprentissage ou en activité est représenté par environ 33% de professionnels en reconversion. On ne peut alors les qualifier de « novices » dans le sens où la plupart d'entre eux ont une expérience dans le domaine des soins. Nous

considérerons ainsi que même s'ils ont une expérience dans le domaine du soin, ils restent novices dans le domaine des soins infirmiers.

Au sujet du dernier point, qui est la présence ou non d'un dispositif de formation, nous serons bien tentée d'affirmer qu'effectivement, un dispositif de formation existe. Ce dispositif fait état d'apprentissage institué, tutoré mais aussi et surtout sur le tas, qui n'est pas curriculé (Cf partie sur l'apprentissage selon Rey).

De l'analyse de l'activité à la conceptualisation :

Dans le but de comprendre la conceptualisation des acteurs en activité, Pastré explique qu'il est primordial de reconnaitre le paradigme de Leplat qui réside en l'existence d'une dimension épistémologique de l'activité et d'une dimension créative dans l'exécution de la tâche liée à cette même activité. Accepter cette différence c'est reconnaître que *l'activité ne se réduit pas à la simple exécution de la tâche prescrite ; elle est plus riche, plus complexe, manifestant la dimension de créativité présente dans le travail* (Pastré, 2011a, p. 188). Accéder à cette dimension créative c'est tout d'abord analyser la tâche prescrite, puis la tâche redéfinie par l'acteur et enfin l'application effective de cette tâche par ce même acteur.

Nous l'avons vu plus haut, les acteurs n'ont pas tous conscience des modèles théoriques à l'œuvre mais savent exactement quel doit être le principe de leur action. En cela, ils se sont construit des concepts qu'ils ont pragmatisés se basant tout ou partie sur des modèles théoriques. Cependant avant de décrypter l'action, nous avons dû analyser les recommandations, la tâche prescrite en quelque sorte. Mais comme le décrit Pastré, les modes opératoires pour atteindre l'objectif final sont de plusieurs ordres surtout dans des activités d'humains sur d'autres humains. Nous l'avons constaté par ailleurs lors de notre petite étude sur les plaies hémorragiques où chacun postulait soit pour la compression manuelle locale soit pour le pansement compressif soit pour les deux. Dans notre question qui était « Pensez-vous qu'il est nécessaire d'utiliser un paquet épais de compresses lorsque vous comprimez une plaie hémorragique sans corps étranger à l'intérieur ? », nous avons choisi les mots et précisé le contexte sans trop alourdir la question. Les mots « plaies hémorragiques » et « sans corps étranger » étaient des indicateurs précis que nous avons retrouvés dans la littérature (*Garrot et compression*). Nous aurions pu préciser « hors tueries de masse » ou « sur une partie du corps non garrotable » (quoiqu'une compression soit en réalité prescrite dans l'urgence peu importe

la zone du corps endommagé) pour donner des indicateurs supplémentaires au contexte. Mais notre question souhaitait interroger les concepts en acte qui comme le précise Vergnaud *permettent de prélever l'information pertinente pour orienter l'action* (Pastré, 2011a, p. 191). En laissant la possibilité aux interviewés de s'exprimer sur leur choix, nous souhaitions faire émerger les propositions tenues pour vraies par le sujet qui expliquent leur action, ou comme le nomme Vergnaud, les « théorèmes en acte ». Le questionnaire en ligne s'éloigne fortement de la méthodologie de l'analyse de l'activité et nous avons conscience de la limite de notre étude qui traite uniquement 50 réponses d'IDE. Cependant, l'objectif était de rendre lisible les concepts de la didactique professionnelle à travers des éléments concrets de l'activité de soins.

Préciser en quoi l'analyse de l'activité permet d'identifier la conceptualisation des acteurs, c'est faire émerger, dans le discours des intéressés sur leur travail, les concepts pragmatiques ou concepts pragmatisés, concepts en acte et théorèmes en acte durant leur activité. Les entretiens d'auto-confrontation sont des outils qui le permettent. Nous détaillerons la méthode des entretiens d'auto-confrontation dans le chapitre suivant.

De la conceptualisation à l'apprentissage par situation

Dans le but de comprendre la nécessité d'accéder à la conceptualisation afin d'élaborer un processus d'apprentissage par situations, nous devons reprendre les éléments du concept de schème. Il est composé de but(s) ou sous buts(s), de règle(s) d'action pour la prise d'information et de contrôle, d'invariants opératoire (concepts et théorèmes en acte) et d'inférence à la situation qui permettent l'adaptation du schème à la singularité de la situation. Pour Vergnaud, *un schème est une organisation invariante de l'activité pour une classe de situations données* (Vergnaud, 1990). Ce qui veut dire qu'une situation donnée fait appel à un ou plusieurs schèmes qui vont permettre à l'acteur de s'adapter à la situation rencontrée. Les indicateurs identifiés à l'intérieur de cette situation vont ainsi permettre à l'acteur de répondre efficacement à cette dernière.

La notion de classe de situation fait intervenir la notion d'expérience : *Quant aux classes de situations, dans les conditions les plus favorables, on peut associer telle ou telle classe de situation, identifiée par les professionnels à partir de leur expérience, et telle valeur des concepts mobilisés* (Pastré, 2011b, p. 16). Ce qui emmène Pastré à proposer l'idée que la structure conceptuelle d'une situation *est le produit d'un couplage entre l'action et son but et*

la situation elle-même : *elle appartient à la fois à l'action des acteurs et à la situation* (*Ibid.*). Ainsi un apprentissage par situation nécessite de comprendre le niveau de complexité d'une situation. Le niveau de complexité étant soit le problème ou les problèmes proposés dans la situation ainsi que les savoirs à mobiliser pour résoudre le ou les problèmes. Ces derniers éléments constituent des variables didactiques.

Pastré développe les deux propriétés d'une situation apprenante. Il faut tout d'abord qu'elle génère de l'apprentissage : *situations critiques qui mobilisent une activité de diagnostic, d'orientation* (Savoyant, 2005). Ensuite il est nécessaire que cette situation soit fidèle à la réalité professionnelle.

Savoyant qui a étudié sur la professionnalisation du métier d'infirmier, évoque trois types de situation d'apprentissage qui sont :

- *Les situations didactiques : avec une intention explicite de formation tant chez celui qui transmet que chez celui qui reçoit (situation scolaire traditionnelle qui se transpose en situation tutorat),*
- *Les situations non didactiques : sans aucune intention de formation de la part des acteurs,*
- *Les situations dites a-didactiques : seul l'enseignant est porteur de l'intention de formation ; ces situations reposent sur la possibilité pour l'enseignant de construire les situations et les problèmes […] cette caractéristique* ne les rend à priori pas *facilement transposables dans les situations de travail* (*Ibid.*).

Dans le but de proposer des situation apprenantes, *il est indispensable que les variables essentielles qui structurent le problème, soient respectées* (Pastré, 2011b, p. 19). Les variables didactiques étant la structure conceptuelle de la situation. De fait une analyse du travail approfondie permet de répondre à cette dernière exigence.

Pour conclure ce chapitre sur l'ancrage épistémologique et théories de la recherche, nous souhaitons rappeler l'objectif de cette thèse qui est d'identifier un modèle de pensée propre au raisonnement clinique des infirmiers lorsqu'ils élaborent un diagnostic de situation ; mais aussi de proposer un modèle de transmission de ce processus dans le but d'améliorer la formation des futurs professionnels.

Les théories didactiques citées dans le dernier chapitre nous permettent d'étudier l'hypothèse de recherche proposée qui est d'identifier les ressources que mobilise l'infirmier lorsqu'il conduit un raisonnement dans le but d'améliorer la construction de la compétence raisonnement clinique des IDE. Nous souhaitons utiliser les concepts et outils méthodologiques de la didactique professionnelle pour analyser le travail des professionnels et proposer des axes d'amélioration dans la formation des étudiants en soins infirmiers. Les concepts ayant été décrits dans le dernier chapitre, nous allons désormais aborder la méthodologie de recueil et d'analyse des données utilisée dans le cadre de notre travail de recherche.

Chapitre III : Cadre méthodologique de la recherche

Nous tenons à rappeler ici que la didactique professionnelle a été fondée sur l'analyse du travail, le postulat ergonomique de la différence entre le travail prescrit et le travail réel. Ce cadre conceptuel vise à comprendre les conceptualisations en jeu par les acteurs, les ressources qu'ils mobilisent et les apprentissages qui évoluent dans les situations de travail. La didactique professionnelle mobilise des analyses de données recueillies sur le terrain, dans une dynamique de boucles itératives entre la recherche et la formation soit initiale, soit continue.

III. 1. Méthodologie de la recherche

Dans le but de recueillir les données sur le terrain, nous avons élaboré un protocole de recherche basé sur la méthode de l'entretien d'auto-confrontation simple.

La méthode d'auto-confrontation a été introduite par Von Cranach (Von Cranach, 1982) à partir de la théorie de l'action dirigée vers un but. L'entretien d'auto-confrontation a pour objectif d'analyser l'activité humaine en confrontant les acteurs interrogés à leur propre activité ; cette dernière aura été filmée, unique moyen de recueillir des traces de l'activité de manière objective. Durant cet entretien, l'interviewé est emmené à commenter la situation filmée dans le but d'identifier « ce qui se fait réellement », « ce qui ne se fait pas », « ce qu'on aurait voulu faire » ou encore « le travail tel qu'il aurait dû être fait ». Il existe deux bénéfices à cette méthode, le premier est de discourir sur le faire, ou mettre en chantier les manières de penser collectives du travail (Faïta & Vieira, 2003, p.124). Le deuxième est de prendre de la hauteur sur l'activité, « penser une tête au-dessus de nous-même », le participant se confronte à une activité métacognitive sur sa propre pratique.

Il existe plusieurs types d'entretien d'auto-confrontation mais nous avons choisi l'auto-confrontation simple de manière à faire expliciter l'activité par son principal acteur et ainsi lui faire révéler les processus cognitifs à l'œuvre durant son travail. Nos recherches nous ont amenées à utiliser l'auto-confrontation croisée qui permet de confronter l'activité à un autre professionnel.

La méthode de recherche se veut qualitative. Elle est constituée d'un corpus de discours à partir d'une activité d'infirmiers en service de soins.

III. 2. Choix des enquêtés

Nous avons évoqué lors de la première partie, une recherche de Pedarribes et Lefeuvre qui évoquent l'hypothèse que *l'étude des schèmes opératoires mobilisés lors de l'accueil d'un patient dans un service d'urgences pourrait être une perspective de recherche complémentaire à ce travail de recherche sur l'évaluation clinique infirmière* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 637). C'est donc à partir de cette hypothèse que nous avons naturellement choisi d'enquêter auprès d'infirmiers dans un service d'urgences.

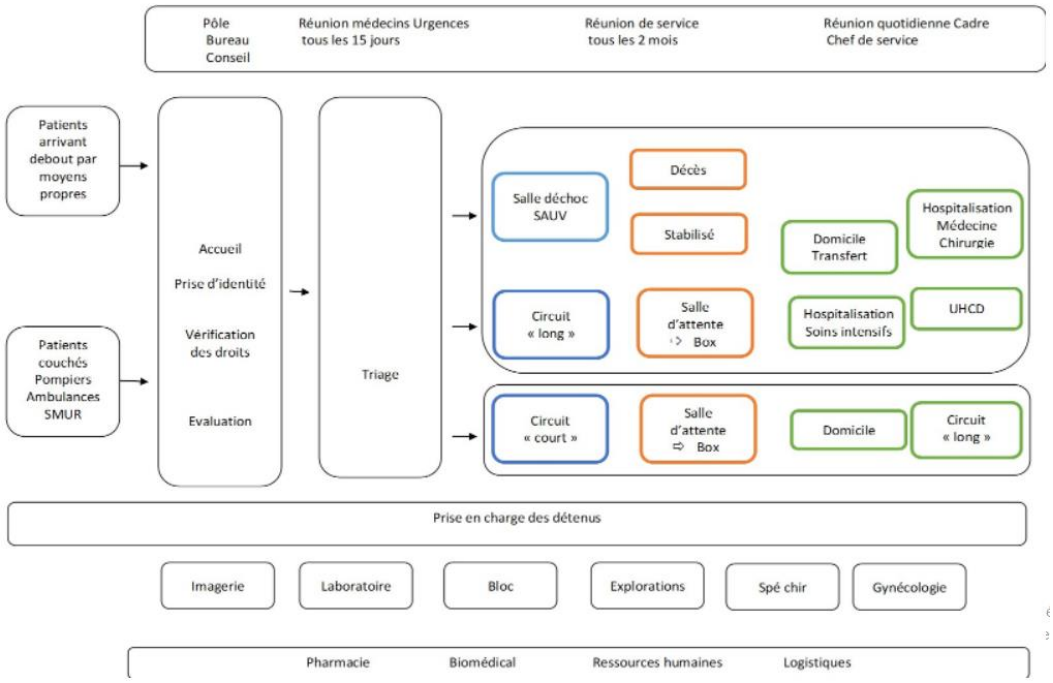
III. 2. a. Un service d'urgence en France

Sans vouloir être exhaustive et parce que cette question n'est pas l'objet de notre étude, la présentation d'un service d'urgences en France s'impose afin de comprendre le rôle de l'IDE, principalement à l'accueil des patients.

Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit où les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir (HAS, 2014, p. 2).

L'organisation d'un service d'urgence en France est dépendante de sa taille, de ses ressources techniques et humaines, mais aussi du nombre de patients qu'il reçoit en moyenne (nombre de passages/jour). En résumé, plus le nombre de passages/jour est élevé, plus l'offre de soins se décline en unités ou secteurs de soins spécifiques à l'intérieur même des urgences. De manière schématique, l'organisation des soins répond graduellement à la criticité de l'état de santé des patients venant consulter.

Figure n°2 : Cartographie des processus service d'urgences



(Organisation d'un service d'Urgence, 2019)

Afin de fluidifier le parcours de soins du patient à l'intérieur même du service, il existe un poste dédié à la profession infirmière. L'article D. 6124-18 du Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 stipule que : *Lorsque l'activité de la structure des urgences le justifie, l'équipe comprend en outre un infirmier assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient.* Ce poste se nomme IAO ou IOA (Infirmier d'Accueil et d'Orientation). *Cet infirmier met en œuvre, par délégation du médecin présent dans la structure, les protocoles d'orientation et coordonne la prise en charge du patient, le cas échéant jusqu'à l'hospitalisation de ce dernier.* Cette fonction est assurée par un IDE qui a suivi une formation spécifique en plus de sa formation initiale. L'IOA à partir d'un premier entretien avec le patient, doit permettre ce qu'on appelle dans le jargon des urgences le « tri » des patients afin de les orienter vers le secteur de soins des urgences le plus adapté à la situation du patient. *Le triage est une activité connue depuis des années en médecine de guerre et de catastrophe. Le triage des patients consultant en SU (Service d'Urgences) est nécessaire lorsque le flux dépasse les capacités de prise en charge immédiate. Ce triage a pour fonction première d'optimiser les délais et les circuits de prise en charge. Il permet de mettre en œuvre les démarches diagnostiques et thérapeutiques conformes à l'état de l'art. Il permet une orientation initiale cohérente au sein, voire en dehors, de la SU et de gagner ainsi en efficience[…] Ce triage a pour but l'orientation des patients dans la bonne filière de soins en fonction des organisations spécifiques (enfant/adulte,*

traumatologie/non traumatologie, valide/ couché, malade stable/instable, consultation sans/avec acte) (SFMU, 2013) .

L'IOA réalise ainsi un « diagnostic de situation » au sens didactique du terme, selon un raisonnement clinique dont les principes sont étudiés en formation initiale (renforcés par une formation supplémentaire de cinq jours environ). Ce « diagnostic de situation » permet en partie d'orienter le patient vers le secteur d'activité particulièrement adapté à la ou aux problématiques de santé repérées.
Évaluer la qualité du triage se fait autour de la précision de l'interrogatoire, de l'observation, du relevé des paramètres en rapport avec le motif de recours aux soins et de la pertinence du niveau de priorité. Pour évaluer le niveau de priorité, l'estimation de la sévérité/complexité des patients est le critère le plus mesuré, y compris en pédiatrie (Ibid.). Une fois ce tri réalisé, l'IDE consigne les informations dans un dossier de soins et réalise des transmissions orales auprès du médecin sur ses démarches diagnostiques et thérapeutiques.
Les recommandations de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) de 2013 revisitées en 2020, préconisent l'utilisation d'échelle d'évaluation de la criticité des patients venant consulter aux urgences. *Il est admis que les échelles sont un outil indispensable pour répondre aux objectifs de triage sans néanmoins pouvoir identifier d'échelles validées de façon consensuelle actuellement. Ces échelles sont d'autant plus utiles que les SU* (services d'urgences) *ont un flux important. Elles permettraient de distinguer, au sein des consultants, ceux qui sont prioritaires en termes de pronostic vital ou fonctionnel (Ibid.).* La FRENCH (FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage) en annexe 6 et le MTS (Manchester Triage Système) proposent 5 niveaux d'instabilité du patient évalué et préconise une prise en charge plus ou moins immédiate en fonction du score réalisé. Il en existe d'autres comme le ESI (Emergency Severity Index) ou le CTAS (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Sca). Ces échelles proposent une évaluation du degré de sévérité ou d'atteinte organique qui permettent de donner un score à l'état de santé du patient et ainsi d'optimiser le temps de prise en soins.

En plus d'orienter les patients, l'IDE priorise l'évaluation de la douleur physique de chacun, mais aussi la douleur morale. *Le rôle d'un(e) IDE est de répondre à un double impératif, médical et organisationnel : l'accueil de tout patient qui consulte aux urgences et l'établissement de priorités en fonction de critères complexes et intriqués (niveau de sévérité,*

de complexité, douleur) (*Ibid.*). Les recommandations de formation de l'IOA sont axées sur le rôle de l'IOA, accueil et soins relationnels, triage et processus de triage, aspects éthiques et juridiques, procédure d'évaluation, techniques de communication, gestion du stress. *Certaines organisations, notamment en France, autorisent l'IOA à débuter les premiers soins, notamment pour réduire la douleur, dont l'évaluation par l'IOA est une recommandation de la SFMU (23). D'autres organisations de service autorisent l'IOA à réaliser un ECG, un examen biologique ou encore à prescrire une radiographie dans le cadre d'un protocole interne* (*Ibid.*).

Nous noterons ici la responsabilité laissée à l'IOA qui évalue et organise la gestion du flux des patients à l'intérieur même du service des urgences. *Le rôle d'un(e) IDE est de répondre à un double impératif, médical et organisationnel : l'accueil de tout patient qui consulte aux urgences et l'établissement de priorités en fonction de critères complexes et intriqués (niveau de sévérité, de complexité, douleur). Ce triage a pour but l'orientation des patients dans la bonne filière de soins en fonction des organisations spécifiques (enfant/adulte, traumatologie/non traumatologie, valide/couché, malade stable/instable, consultation sans/avec acte* (*Ibid.*).
Enfin l'objet de notre étude n'est pas de comparer les processus cognitifs des IOA qu'ils soient formés ou non, ancien ou non car *Une revue de la littérature s'est intéressée à la relation entre l'ancienneté et la performance du triage, sans mettre en évidence de supériorité chez les infirmières les plus anciennes* (*Ibid.*). Nous proposerons une étude centrée uniquement sur les processus cognitifs de l'IDE lorsqu'il conduit un raisonnement clinique à l'accueil des patients dans le but de les identifier et proposer des axes d'amélioration à la formation initiale pour qu'entre autres, les modèles opératifs des futurs professionnels tendent vers la structure conceptuelle des situations rencontrées.

Notre étude étant centrée sur le raisonnement clinique de l'IDE lorsqu'il accueille un patient en service d'urgences, une présentation des motifs de recours aux urgences permettrait de proposer une vue d'ensemble de l'activité des soignants dans ce type de service.

III. 2. b. Motifs de recours aux urgences

Une enquête réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) le 11 Juin 2013 *a analysé les modalités de venue, de prise en charge et de sortie des 52 000 patients ayant consulté aux urgences en France métropolitaine le 11 juin 2013, période située en dehors des épidémies saisonnières* (Rivière, 2013).

L'enquête de 2013, effectuée à postériori de la journée en question, nous renseigne sur le nombre de passages aux urgences en France ainsi que sur la typicité des personnes ayant consultées.

En résumé, l'activité des urgences est centrée particulièrement auprès de patients venant de leur domicile (65% des consultants) tout au long de la journée et en début de soirée, jusqu'à 20h, dont la représentativité des âges extrêmes de la vie est la plus importante.

Dans 50% des cas, les patients venant consulter aux urgences présentent un ou plusieurs problème(s) médical(aux) depuis le jour même et 30 % des consultants depuis plusieurs jours. Les motivations des consultants aux urgences peuvent être multiples puisque deux tiers d'entre eux en avancent au moins deux.

Les quatre principaux motifs de consultations classés par la DREES sont :

- le "motif médical" : cas où les urgences apparaissent médicalement les plus adaptées au problème de santé. Dans 3 cas sur 10, il s'agissait d'un accident. Pour 2 personnes sur 10, c'était la gravité présumée ("je pensais que c'était grave"), et pour 1 sur 10, l'angoisse ;

- la facilité d'accès aux urgences : proximité géographique permettant un règlement rapide du problème (27 %), disponibilité de plateau technique permettant de faire des examens complémentaires (23 %), horaires (3 %) ou gratuité (2 %) ;

- le recours par défaut, en deuxième choix : difficulté ou impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins (absence du médecin traitant, impossibilité de trouver un rendez-vous pour passer des examens rapidement) ;

- Autres circonstances, incluant les patients amenés par les pompiers ou le SAMU

Le thesaurus des motifs de recours en structure d'urgences dressé par G. Deabty en 2010 définit le motif de recours comme *la raison, la plainte, ou le symptôme pour lequel le patient demande des soins* (Debaty, 2010, p. 875). L'auteur précise au sujet de ce motif de recours recueilli entre autres par l'IOA *: Bien que la nature et la gravité du motif de recours à une structure d'urgence influencent de nombreux aspects de la prise en charge du patient, il n'existe pas de terminologie*

standardisée pour retranscrire ce qui est exprimé par le patient ou son entourage (Debaty, 2010, p. 876). Cette dernière remarque questionne la retranscription du discours du patient par les IDE. Comment les IDE font-ils pour rester fidèles à celui-ci tout en le rendant « médicalement acceptable » ? Le discours du patient participe au triage du patient au même titre que les données paracliniques ou cliniques.

G. Deabty propose 17 catégories de motifs de recours avec comme plus représentatif, la traumatologie, la gastro-entérologie, la catégorie cardio-vasculaire, l'ORL (Oto-Rhino Laryngologie), la neurologie… et 140 motifs de recours. Les circonstances de survenu de la plainte du patient sont nécessaires pour pouvoir analyser les données. Il existe une vingtaine de circonstances allant des pathologies non traumatiques aux accident de la voie publique en passant par la chute, les accidents de la voie publique etc…

Nous nous sommes servie du thesaurus établis par Debaty afin d'expliquer quels pourraient être les principaux motifs de recours des usagers des urgences mais aussi pour spécifier qu'il existe certes des outils permettant de guider le recueil de données des IDE sans pour autant que ces dernières soient explicitement représentatives du discours du patient.

L'établissement qui nous a ouvert ses portes afin de réaliser notre enquête, se trouve dans la région montpelliéraine. C'est un établissement privé qui accueille en son sein plusieurs services de soins comme un service de chirurgie, de médecine, une maternité et bien sûr un service d'urgences. Ce dernier reçoit 15 000 urgences par an et a fait le choix de disposer d'un box de tri gérer par un IAO. Nous ne détaillerons pas plus les statistiques de leur activité par respect pour l'anonymat de l'établissement hôte, mais nous pouvons affirmer que leur activité est à l'image de la tendance nationale.

III. 2. c. Les professionnels interrogés

Nous connaissons particulièrement le monde des urgences pour y avoir travaillé en qualité d'IDE mais aussi de cadre de santé IDE, pendant une dizaine d'années de jour comme de nuit aussi bien en établissement public qu'en établissement privé. Notre activité d'IDE ne s'est pas arrêtée à l'urgence intra hospitalière mais aussi à l'urgence extra hospitalière. Cette expérience pourrait constituer un biais dans nos recherches dans le sens où nous pourrions ne pas remettre en question des évidences acquises durant toutes ces années. Seulement, même après toutes ces années passées à travailler en qualité d'IDE aux urgences, nous restons toujours aussi surprise

de cette capacité qu'ont les infirmiers à réaliser un diagnostic de situation sans pour autant avoir les connaissances médicales aussi précises et importantes que le corps médic*al.* C'est sur la base de cet étonnement que nous avons axé notre activité de chercheur afin d'accéder aux ressources mobilisées par les IDE lorsqu'ils conduisent un raisonnement clinique. Par ailleurs, notre activité d'enseignant en IFSI nous a amené à travailler en étroite collaboration avec des IDE aux urgences pour l'encadrement des étudiants. Notre nature profonde qui consiste à requestionner les évidences et à expliciter les activités invisibles comme le raisonnement, a motivé nos recherches. Le choix de n'interroger que six infirmiers réalisant le tri d'un seul patient nous a permis de nous concentrer uniquement sur les processus cognitifs de ces professionnels.

Dans le but de pouvoir comparer les ressources mobilisées par les infirmiers, nous avons opté pour n'interroger que des infirmiers ayant été formés par le même référentiel : celui de 2009. En effet, le référentiel de 2009 introduit l'approche par compétences au titre III de l'arrêté du 31 Juillet 2009. La compétence n°1 devient alors un élément d'évaluation et ainsi un critère d'exigence pour l'acquisition du diplôme d'IDE. *Le référentiel de formation infirmier de 2009 s'inscrit en rupture complète avec le programme de 1992 et les programmes antérieurs, non seulement sur le fond, mais également sur la forme. Un changement de paradigme. L'étudiant mobilise des savoirs utiles aux activités du référentiel d'activités et des ressources diverses pour construire les compétences de base d'une infirmière* (Kozlowski, 2012)

Figure n°3 : Dispositif de formation du programme des études en soins infirmier de 1992 versus le référentiel de formation de 2009

>> Programme 1992 - référentiel de formation infirmier 2009

Programme 1992	Programme 2009
Logique de contenu	Logique de compétences
Spécialités médicales organisées en modules	Situations des personnes soignées
Soins infirmiers en regard des pathologies	• Approche par processus • Analyse des pratiques et pratique réflexive • Unités d'intégration permettant de remobiliser des savoirs utiles en situation de soins, de les contextualiser, décontextualiser et recontextualiser
Quasi-totalité de la formation en cours magistraux	Nombre de cours magistraux : 750 heures Nombre de travaux dirigés : 1 050 heures
Nombreux stages courts : quinze stages de quatre semaines et un stage de huit semaines	Moins de stages mais plus longs : un stage de cinq semaines, quatre stages de dix semaines, un stage de quinze semaines en deux périodes
Durée totale des stages, 50 % de la formation soit soixante-huit semaines	Durée totale des stages, 50 % de la formation soit soixante semaines
Modèle transmissif des connaissances	Modèle socio-constructiviste de construction des savoirs par l'étudiant
38 mois de formation	36 mois de formation
Organisation en année	Organisation en six semestres
Neuf semaines de vacances par an	Douze semaines de vacances par an

(Kozlowski, 2012)

Nous avons choisi d'enquêter auprès de six infirmiers travaillant dans un service d'urgences de petite envergure avec pour objectif l'identification des ressources mobilisées et/ou construits (invariants, concepts et théorèmes en actes) par ces professionnels durant l'activité « tri » des patients aux urgences. Parmi ces six infirmiers, nous avons souhaité interroger également des infirmiers qui n'ont pas eu la formation d'IOA. En effet, la formation de cinq jours que suivent les IAO leur permet de développer la compétence « raisonnement clinique », or nous souhaitons aussi connaître le processus de raisonnement conduit par les infirmiers sans formation supplémentaire (notamment celle d'IOA).

Tableau n°3 : Profil des IDE interrogés

	Elise	**Justine**	**Sylvie**	**Romain**	**Amélie**	**Sophie**	**Mélanie**
Année diplôme	Août 2018	2013	2019	2018	Juillet 2016	2014	2016
Années d'expérience IDE	2	7	1	2	4	6	4
Années expérience urgences	2	7	1	1 an 1/2	3	5	2
Années expériences service	2	7	Idem	Idem	Juillet 2017 3	6	2
Formation TRI	Non	Oui	Non	Oui 1 an d'exp	Oui Février 2018	Oui	Non
Fonction	IDE	Référente	IDE nuit	IDE SAMU	IDE	IDE	IDE SAMU
Autre expérience	SSR		Aucune	SC, réa, urgences	Interim	EVC, rempla urg	Bloc, soins intensifs
Formation IDE	Boulogne sur Mer	Mtpellier	Mtpellier	Mtpellier	Millau	Lens	Toulouse

Le recueil de données a été réalisé en deux temps. Le premier temps a concerné l'observation de l'accueil d'un patient aux urgences par six professionnels choisis et ayant donné leur accord pour participer à l'enquête. Ces situations ont été filmées une fois les accords des patients et des professionnels reçus. Dans un second temps, un entretien d'auto-confrontation simple a été réalisé avec chaque professionnel filmé.

Six films d'accueil de patient par six infirmiers différents ainsi que six entretiens d'auto-confrontation ont été réalisés en novembre, décembre 2019 et janvier 2020, soit peu de temps avant le début de la crise sanitaire qui a marqué le printemps de l'année 2020. Les accueils filmés ainsi que les entretiens d'auto-confrontation simples ont fait l'objet d'une retranscription sous forme de verbatim.

Malgré la charge de travail des infirmiers, nous avons réussi à réaliser les entretiens d'auto-confrontation soit immédiatement après l'accueil du patient soit au maximum une semaine après le déroulement des évènements. Ce laps de temps inégal entre le film des différents accueils et la réalisation des entretiens a été dépendant du flux des patients le jour J, mais aussi du planning de travail des IDE interrogés. Ce laps de temps différent pourrait constituer un biais dans nos analyses et nos résultats de recherche dans le sens où les professionnels ont pu oublier ou confondre les raisons de leurs actes entre le moment où ils ont accueilli le patient et le moment où ils ont explicité leurs actes.

L'objectif des entretiens a été de questionner les invariants opératoires mobilisés par les professionnels lorsqu'ils reçoivent les patients et investiguent auprès d'eux sur la raison de leur venue. Les questions utilisées durant l'entretien qui permettaient de repérer les invariants ont été :

- Est-ce que vous menez toujours vos interrogatoires de cette façon ?
- Est-ce que les choses se passent souvent ainsi ?
- S'il y a des différences par rapport à ce que vous faites d'habitude et de quelle nature sont-elles ?
- Le comportement de ce patient est-il habituel ?
- Qu'est-ce qui vous permet de percevoir la gravité de la situation ?
- Dans les situations cliniques, généralement, y-a-t-il des éléments que l'on retrouve chez les patients qui ont ce type de problématique ?
- Habituellement, y-a-t-il des éléments que l'on retrouve dans les réponses que vous donnent les patients ? Y-a-t-il des points communs ?

Les questions qui permettaient d'identifier les indicateurs pris dans la situation afin de réaliser un diagnostic de situation ont été :

Sur le patient :

- Qu'est-ce que vous avez l'intention de faire là ?
- Sur quoi focalisez-vous votre attention ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire chez ce patient que la situation est grave ou pas ?
- Sur quelle(s) observation(s) vous fondez-vous pour savoir que la situation est grave ?
- Sur quelle(s) observation(s) vous fondez-vous pour savoir si ce que vous dit le patient est juste ou pas ?
- A ce moment précis, quels éléments pensez-vous qu'il vous manque pour finaliser votre entretien ?
- Quel type de question posez-vous pour essayer d'évaluer une situation ?

L'infirmier lui-même :

- Quelle est votre préoccupation à ce moment précis ?
- Y a-t-il des moments où vous n'êtes pas tout à fait d'accord avec ce que dit le patient ?

La situation clinique :

- Qu'est-ce que vous avez en tête à ce moment parmi les données que vous relevez ?
- Qu'est-ce que vous avez en tête à ce moment parmi les données que vous avez déjà collectez ?

Après avoir filmé l'accueil des patients par l'IAO, nous avons filmé les transmissions orales réalisées par l'IDE au médecin. Les deux films ont fait l'objet d'un entretien d'auto-confrontation. Nous tenons aussi à préciser que nous avons systématiquement pris soin d'identifier le diagnostic final réalisé par le médecin consigné sur le dossier médical des différents patients. Cette précaution n'a pas été le résultat d'un curiosité « malsaine » mais bien d'explorer la validité des hypothèses diagnostic émises par les infirmiers.

III. 3. Choix des outils d'analyse

Afin d'analyser les verbatims obtenus à partir des entretiens d'auto-confrontation, nous avons choisi d'utiliser un protocole élaboré empiriquement en commun par les doctorants du LIRDEF (Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique Education et Formation) et l'équipe TFP (Travail Formation et Professionnalité) mobilisant l'approche de Vinatier. Celui-ci nous a permis d'identifier peu à peu la description des invariants, puis à chacun d'eux l'argumentation des professionnels, les concepts en actes et théorèmes en actes ainsi que les indicateurs relevés par les professionnels et enfin les pratiques induites.

A la lecture des verbatims, nous avons tenté de repérer dans le discours des professionnels, **la description des invariants** à partir d'une formulation explicite et détaillée de la description de l'invariant supposé dans son contexte. Au départ, ce qui nous a permis d'accéder à ces formulations, ce sont les points communs entre tous les infirmiers. Par exemple, tous les professionnels évaluent la douleur de leur patient dès le début de leur interrogatoire. L'invariant a été formulé à peu près de la même façon : Evaluation de la douleur ressentie initiale.

Ensuite, nous avons tenté de repérer dans le discours des professionnels, **l'argumentation** qui justifie leurs questions et leurs actions. L'argumentation est donnée par l'acteur pour justifier les choix faits dans la situation pour l'action, en termes d'activité, d'activité langagière, de postures, d'attentes, de représentations. Elle peut également se verbaliser sous la forme d'avantages et d'inconvénients. Dans l'exemple de la douleur, les différentes argumentations ont porté sur l'utilisation de certaines échelles connues, sur les indicateurs qu'ils percevaient pour évaluer la douleur, sur la différence d'évaluations suivant l'âge des patients, des pathologies, du sexe ou du contexte socioéconomique de la personne.

Les invariants sont formulés plus ou moins explicitement par l'acteur dans le sens où ils induisent une action, une activité physique et/ou langagière, une pratique, une posture, des attentes, des réflexions, des observations… qu'ils reproduisent souvent, ou toujours pour une classe de situations. Cette invariance pour une classe de situations ne concerne qu'un acteur et non pas obligatoirement une communauté de pratiques. Le repérage des occurrences ou des invariances plus ou moins communes parmi les invariances de plusieurs acteurs, pourrait-être l'objet de la recherche. Ainsi, si certains invariants se révélaient identiques d'un infirmier à un autre, nous pourrions répondre à la question :

Y aurait-il des liens, et lesquels, entre les cas de chaque patient, leur tri et orientations et d'éventuelles classes de situations ? Quels liens peut-ont faire entre les classes de situation et les 146 motifs de recours identifiés par Debaty ?

Ensuite, nous avons tenté de repérer les concepts en actes et les théorèmes en acte. **Les concepts en acte** sont des prédicats ni vrais ni faux. Cependant, l'acteur les considère comme pertinents (ou pas) pour la prise d'informations nécessaires à l'action dans une situation pour la diagnostiquer. C'est à partir de ces concepts qu'il va observer tel ou tel élément dans la situation, chez le patient ou dans la situation pour diagnostiquer celle-ci. Le professionnel a construit ces concepts en acte tout au long de son expérience soit *ex nihilo,* soit à partir de concepts scientifiques qu'il module en fonction de son expérience, de ses valeurs, de ses représentations. Ils sont modifiés par l'acteur tout au long de sa carrière si les retours de la réalité les mettent en défaut. Ils ne sont que rarement verbalisés explicitement par l'acteur en tant que tel, mais plus sous forme de mots ou d'expressions, voire de valeurs qu'il a tendance à ne pas questionner.

Les théorèmes en acte sont des « propositions tenues pour vraies dans l'activité » par l'acteur. Ils sont susceptibles de vérité ou de fausseté, cependant, l'acteur les considère comme pertinents et les manipule quotidiennement dans son activité. Ils sont également modifiés par l'acteur tout au long de sa carrière si les retours de la réalité les mettent en défaut. Ils se présentent la plupart du temps sous une forme d'affirmation peu discutable, d'une logique de raisonnement aboutissant à une conclusion à partir de prise d'information. Par exemple « Si… alors… sinon » ou en utilisant des expressions telles que « il doit », « il faut », « on peut ».

Tous ces éléments nous ont amené à identifier dans le discours des professionnels, **des pratiques induites**, c'est-à-dire des manières d'agir, de faire, de procéder, de s'organiser induites par l'invariant opératoire, c'est-à-dire les concepts en acte et les théorèmes en acte.

Nous nous sommes intéressée à relever **les indicateurs** prélevés par les professionnels dans la situation pour la diagnostiquer. Ils sont sélectionnés par l'acteur et sont liés à un concept en acte et un théorème en acte. C'est souvent un concept proche d'un concept pragmatique, car pour Vinatier, les invariants situationnels sont proches des concepts pragmatiques de Pastré (2011). Ils sont souvent propres à un acteur, car construits par lui. Ils peuvent être différents d'un acteur à l'autre. Ils sont susceptibles d'être modifiés par un acteur tout au long de sa carrière en fonction des retours de la réalité.

L'identification des invariants mobilisés par les IDE nous a permis d'approcher les théorèmes en actes, comment et surtout pourquoi ils étaient mobilisés. Ce qui pouvait nous aider à répondre à la question posée initialement : **quelles ressources les IDE mobilisent-ils afin d'évaluer la criticité des patients accueillis ?**

Par exemple, nous avons constaté que les infirmiers interrogés n'utilisaient pas tous le même *guideline* pour réaliser leur entretien auprès des patients. Une des phrases d'un IDE interrogé a particulièrement attiré notre attention : « Je me dis que si j'ai pensé à une question, c'est qu'à un moment donné j'ai fait un lien quelque part et qu'il faut que je pose cette question ». Cette remarque est révélatrice d'un discours intérieur qui guide l'interrogatoire, et celui-ci se construit au fil de l'eau, il n'est pas figé et/ou formalisé. C'est bien à ce discours intérieur que nous souhaitions accéder dans le but de faire émerger les éléments qui guident l'interrogatoire afin d'établir un diagnostic de situation précis et « médicalement acceptable ».

III. 4. Ajustements

Après avoir réalisé les six premiers entretiens, des distorsions sont apparues surtout dans les différents discours. En effet, à plusieurs reprises, nous avons été confrontée à des différences de propos donnés par le patient au médecin et à l'infirmier. Nous avons constaté que le patient communiquait des informations supplémentaires au médecin lorsque celui-ci l'interrogeait. Ces éléments pouvant-être capitaux dans la recherche d'un diagnostic médical. L'inverse étant cependant possible en se référant aux réponses des infirmiers interrogés à ce sujet. Pour autant, cette distorsion nous a interpellée et il nous a semblé pouvoir l'interroger en croisant les interrogatoires ; médical et paramédical afin d'accéder aux logiques profondes (Morel, Bucheton, Carayon, Faucanié, & Laux, 2015) des différents professionnels au fur et à mesure de leur interrogatoire auprès du patient.

Ainsi, lorsque les mesures sanitaires concernant la propagation de la pandémie se sont assouplies à l'été 2020, nous sommes retournée sur les lieux de l'enquête afin de réaliser deux derniers entretiens. Mais cette fois-ci, nous avons choisi de filmer l'infirmier, et à postériori le médecin qui accueillaient le même patient. Deux entretiens d'auto-confrontation simples ont été réalisés, l'un avec l'infirmier sur son mode opératoire et l'autre avec le médecin après accord des acteurs concernés. Nous avons, par ailleurs, souhaité avoir l'avis du médecin sur le mode opératoire de l'infirmier en lui projetant le film de l'accueil du patient par l'infirmier.

Les objectifs étaient multiples :

- Repérer les moments où l'infirmier posait des questions qui pouvaient faire avancer le diagnostic de situation
- Identifier le sens « médical » de ces questions, s'il y en avait et lorsqu'il y en avait
- Repérer si des questions, lorsqu'il y en avait, faisaient défaut du point de vue du médecin
- Identifier la ou les différences potentielles entre un interrogatoire médical et un interrogatoire paramédical
- Identifier les attentes d'un médecin quand un infirmier lui faisait des transmissions avant d'aller lui-même interroger le patient.

L'analyse des verbatims à travers le prisme de la didactique professionnelle et des actes de langage, nous a amené à relever une constante dans la conduite de l'entretien du soignant avec le patient. En effet, ce que nous avons au départ relevé comme un phénomène d'adaptation, nous a peu à peu entraîné sur la piste de l'ajustement au sens historico-culturel de Vygotski comme le précise Saillot dans son dernier ouvrage : *Les ajustements permettent une régulation de la communication, afin de faciliter les échanges langagiers entre les interlocuteurs, même s'il ne faut pas croire à l'illusion d'une intercompréhension totale. Le concept d'ajustement renvoie à la conception socioconstructiviste de la communication qui reflète la complexité de l'activité cognitive et langagière des sujets* (Saillot, 2020, p.36).

Dans l'espace dialogique ouvert par les IDE, quelle est la part illocutoire des messages adressés au patient ? Autrement dit, de quelle manière les IDE invitent-ils les patients à coopérer aux soins ? Quelle est la part perlocutoire du message des patients envers les IDE ? C'est-à-dire la demande non explicite du patient à travers son comportement, ses gestes ou même son discours. **La part illocutoire du discours de l'IDE au patient participerait à des ajustements dans l'entretien qu'il conduit. La part perlocutoire du patient participerait à l'évaluation clinique de l'IDE. De quelle manière l'IDE traite ces messages et les transforme en indicateurs pour affiner son diagnostic de situation ?**

Compte tenu de ce que nous venons d'exposer, nous avons effectué une double analyse. La première à l'aide des concepts de la didactique professionnelle au cœur de notre thèse et la deuxième à l'aide de la théorie des actes de langage d'Austin reprise par Saillot et Piot, utilisée dans le domaine de la santé. Nous retrouverons un peu plus loin les actes de langages d'Austin après avoir présenté une partie de notre enquête.

IV. Résultats

Les résultats auxquels nous sommes parvenue sont d'une part, caractéristiques de situations de soins et d'interactions entre infirmer et patient. C'est-à-dire que nous avons identifié des invariants situationnels relatifs aux premiers repérages de problématiques de santé des patients, permettant une orientation efficiente à l'intérieur du service des urgences. Nous avons également identifié des invariants du sujet, mêlés à des actes locutoires, illocutoires et perlocutoires. Ces combinaisons montrent des préoccupations de stratégies pour susciter, maintenir le discours authentique des patients, des relations sociales détendues empreintes de dialogue et de respect. D'autres résultats sont assez surprenants et inattendus pour nous, mais également pour les acteurs. Nous présenterons les trois grandes catégories qui sont apparues au travers de nos analyses. Nous les nous avons nommées en fonction de leurs caractéristiques principales. A travers la description des grandes catégories, nous reprendrons des exemples tirés de notre enquête dans le but d'illustrer nos propos. Une précision est apportée ici pour la suite de la lecture. Le mot « tri » défini en amont sera utilisé au même titre que « entretien d'accueil » afin d'éviter les répétitions. De la même manière, le mot diagnostic pourra être utilisé pour « diagnostic de situation ».

L'analyse des entretiens menés avec les différents professionnels nous a permis d'établir une cartographie des invariants situationnels relevés durant le tri, mais aussi en amont et en aval de celui-ci. Cette cartographie permet de visualiser le travail de l'IDE aux urgences et particulièrement des intentions qui orientent le diagnostic de situation qu'ils réalisent.

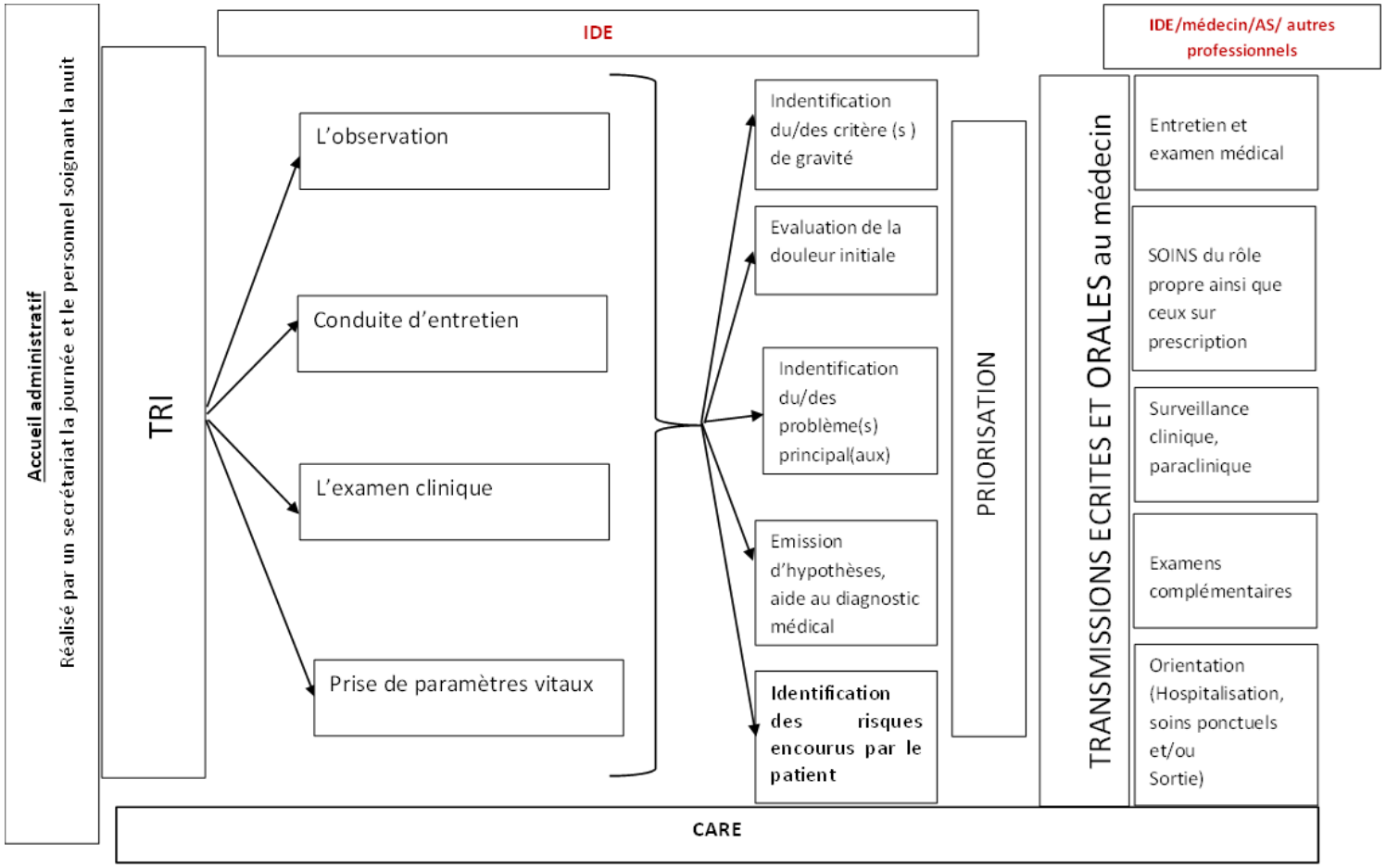
Le tri par l'IAO comprend l'observation, un interrogatoire, un examen clinique et une prise de paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, température, saturation en oxygène, plus ou moins glycémie capillaire). Le recueil de ces données permet à l'IDE d'identifier un ou plusieurs critères de gravité, une évaluation de la douleur initiale, l'identification du ou des problèmes de santé pour lequel le patient vient consulter, l'émission d'hypothèses d'aide au diagnostic médical ainsi que l'identification de risques encourus par le patient et la mise en place de surveillances spécifiques qui permettront à l'IDE de délivrer les soins appropriés avant la consultation médicale. C'est par l'identification de ces derniers éléments que l'IDE priorisera la prise en soins des patients au sein même des urgences avant de proposer l'anamnèse du patient au médecin urgentiste sous forme et de transmissions écrites et orales. La compréhension de la situation médicale du patient par le médecin, accompagnée de la prise en

soins paramédicale par l'IDE et AS (aide-soignant) permettra une prise en charge efficiente du patient aux urgences.

Ces premières analyses nous permettent de présenter le schéma ci-après qui propose une organisation des différents éléments qui composent le tri des patients aux urgences. L'analyse des verbatims nous a permis d'identifier les cinq invariants situationnels présents dans le schéma suivant qui sont : identification du/des critères de gravité, évaluation de la douleur initiale, identification du ou des problèmes principaux, émission d'hypothèses d'aide au diagnostic médical et indentification des risques encourus par le patient. Nous les expliciterons les uns après les autres dans la partie résultats.

Dans la pure tradition de la didactique professionnelle, qui a pour souci d'avoir l'aval des professionnels, nous avons soumis ce schéma pour avoir leur approbation. Cette cartographie, après présentation, a été validée par les professionnels mais aussi par un cadre de santé responsable d'un service d'urgences ainsi qu'un médecin urgentiste responsable de formation IOA.

Figure n°4 : Cartographie des éléments de prise en soins des patients aux urgences reprenant les principaux invariants situationnels



Fort de cette cartographie, nous proposons d'exposer les résultats obtenus sous la forme des 3 grandes catégories reprenant les processus cognitifs des IDE lorsqu'ils effectuent leurs tris. Les prénoms des professionnels interrogés ont été modifiés dans le but de garder l'anonymat de chacun.

IV. 1. 1ère Catégorie : Décryptage du discours du patient en vue d'identifier le motif exact pour lequel le patient vient consulter

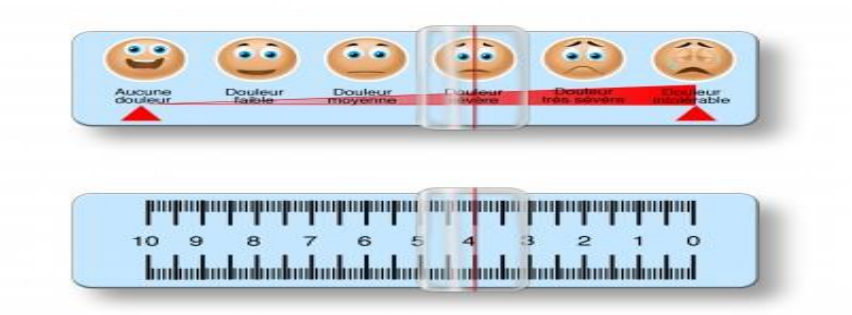
En se référant aux recherches de Piot (2018), le discours de l'infirmier, mais aussi du patient, prend des allures d'interactions langagières et para langagières indispensables à la relation soignant/soigné, mais aussi à l'exercice de la compétence n°1.

IV. 1. a. Evaluation de la douleur initiale

L'évaluation de la douleur par l'IOA est une recommandation de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) et certaines organisations autorise l'IOA à administrer un traitement antalgique allant du paracétamol à la morphine dans le but de proposer une diminution de la douleur dès la phase de tri aux urgences. (*Rey,* 2018)

Durant cette phase, les IDE axent particulièrement leurs questions sur l'évaluation de la douleur physique. Pour se faire, ils utilisent un certain nombre d'outil comme l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) ou l'EN (Evaluation Numérique), qui donnent aux patients la possibilité de coter leur douleur. Même si tous les IDE s'accordent à dire que seule l'évaluation de la douleur réalisée par le patient (autoévaluation) reste l'élément à prendre en compte en priorité, ils affirment être systématiquement à la recherche d'indicateurs congruents avec le discours du patient.

Figure n°5 : Echelle visuelle analogique de la douleur



Parmi ces indicateurs figurent la pâleur, la présence de sueurs, les grimaces, les impotences fonctionnelles[11], les attitudes de replis, les cris ou gémissements des patients, une prostration, une expression crispée du faciès, une hyperventilation, ou encore une agitation. Ces derniers signes sont tirés des verbatims de nos entretiens. Ce que renvoie le patient dans son attitude ou l'expression de son visage demeure une part non négligeable dans l'évaluation de celle-ci. Les IDE sont en recherche de cohérence entre l'évaluation chiffrée de la douleur par les patients et les indicateurs physiques qu'ils relèvent durant l'interrogatoire : « (…) *des fois quand elle me répond, je veux voir sa tête quand elle me répond. Comme quand je pose la question de l'EVA, des fois ils me disent* « *Oh ! Neuf ou dix ». Mais quand je les regarde, ils me disent « Neuf » « Dix ». Je vois qu'il y a quelque chose de pas cohérent entre leur facies et ce qu'ils me répondent. J'ai besoin des fois de voir leur tête en fait* ». Certains IDE vont même jusqu'à reposer la question de l'évaluation de la douleur plusieurs fois durant le tri parce qu'ils ont noté une incohérence entre les propos du patient et les indicateurs de la douleur relevés de peur de « *passer à côté* » de quelque chose : « *On peut passer à côté de quelque chose si le patient ne se plaint pas, si on ne pousse pas assez le questionnement, si on passe à côté d'un signe clinique ou quelque chose qui nous a dit qui pour nous n'est qu'un détail, mais qui au final est une chose importante* ». Romain, l'un des IDE, interviewé dit : « *L'enfant n'aura pas de mécanisme de dissimulation de la douleur, ou de dire oh ben ça va aller, j'ai pas mal ! Un enfant qui a mal, il le dit en général. Un adulte qui a mal, il le dit moins, de manière moins évidente* ». *A contrario*, les personnes âgées n'évoqueraient pas ou peu leur douleur. Une des IDE interrogée précise : *« les personnes âgées généralement qui viennent qui sont très calmes en salle d'attente, et qu'on n'entend pas, […] c'est des patients qui ont tellement mal, qui ne verbalisent pas qu'ils ont mal et qui attendent sagement leur tour ».*

Le choix même de l'outil utilisé pour l'évaluation de la douleur des patients reste un élément clef et nécessite un ajustement de la part de l'IDE. Ainsi, durant l'un des tris filmés, Romain, l'un des IDE devant prendre en soin un enfant de neuf ans dit de son choix d'outil « *Ah ça dépend des enfants après, mais je pense qu'on est à l'aise et une vraie impression de fiabilité, ils n'hésitent pas à partir de treize/douze ans ! Parce que je pense qu'on nous dit treize/quatorze*

[11] Perte partielle ou totale des fonctions d'un membre, d'un segment de membre due à une paralysie, une fracture, un traumatisme (https://www.cnrtl.fr/definition/impotence)

ans même. Mais je pense que des fois plus tôt ça peut fonctionner. Mais ça dépend du type de profil d'enfant ».

Nos hypothèses en termes d'évaluation de la douleur sont les suivantes. Outre l'âge, la pathologie et le langage corporel du patient induiraient alors des ajustements des IDE afin d'évaluer précisément la douleur. En effet, il existe une multitude d'outils d'auto-évaluation (Echelle Visuelle Analogique, Echelle Numérique, Echelle Verbale Simple) ou d'hétéroévaluation (Algoplus®, Doloplus®, Echelle Comportementale de la Douleur chez la Personne Agée®) (SFAP, 2014) dont les représentations sont en annexes 3, 4, 5. Des ajustements seraient ainsi nécessaires de la part des soignants dans le choix de l'outil adapté à l'évaluation de la douleur en fonction de la singularité du patient. Si le soignant note des incohérences entre le discours du patient et les indicateurs de la douleur relevés, il retenterait l'évaluation de celle-ci durant le tri. Ainsi durant l'entretien d'accueil, il réitèrerait son évaluation afin d'obtenir de la part du patient une évaluation plus en congruence entre les indicateurs relevés et les dires du patient. La mesure de la douleur sur les plans quantitatif et qualitatif demande à l'IDE une adaptation de l'outil d'évaluation de celle-ci. (Cf annexe 2 : extrait de l'arrêté du 31 Juillet 2009 détaillant les activités détaillées de l'IDE).

Au-delà du fait qu'il existe un panel d'outils d'évaluation de la douleur à choisir en fonction du patient, nous nous interrogeons sur les représentations acquises par les professionnels à propos de ces indicateurs. Nous en avons identifié certains dans le discours des professionnels interrogés qui sont pour rappel : la pâleur, la présence de sueurs, les grimaces, les impotences fonctionnelles, les attitudes de replis, les cris ou gémissements des patients, une prostration, une expression crispée du faciès, une hyperventilation, ou encore une agitation. Une des IDE dit même que « *ce sont des signes de combat du corps contre un mal être intérieur* ». Ces indicateurs récurrents dans les différents discours semblent faire l'unanimité chez les professionnels. Nous avons retrouvé ces indicateurs dans l'échelle d'hétéroévaluation de la douleur nommée : Doloplus®. Cependant, nous nous questionnons sur leur construction. Davidhizar & Giger dans *A review of the literature on care of clients in pain who are culturally diverse* (2004) proposent d'aborder le phénomène douloureux en fonction de la culture. Nous nous interrogeons alors sur la construction des représentations sociales de l'expression de la douleur par les soignants. La construction des indicateurs de la douleur fait-elle l'objet d'une transmission professionnelle collective ?

IV. 1. b. Evaluation de l'état psychologique

Il existe un autre domaine que celui de la douleur physique que les IDE évaluent parfois même inopinément. En effet, nous avons noté lors de l'entretien croisé réalisé avec le médecin, que l'évaluation de la dimension psychologique lors du tri du patient, pouvait créer ce que nous nommerons un « conflit » entre l'IDE et le médecin dans l'identification du diagnostic de situation de la patiente. Ce « conflit » a attiré notre attention tant il a modifié l'évaluation de la criticité de l'état clinique de la patiente et donc son orientation. En réalisant l'analyse de l'intégralité des entretiens, cette évaluation de l'état psychologique de la part des IDE s'est repérée dans une proportion de trois tris sur sept sans même que le patient n'évoque une quelconque problématique de cet ordre. L'IDE prendrait en compte l'état psychologique de ses patients, même si ceux-ci ne l'évoquent pas de façon significative, jusqu'à contrer le médecin dans les priorités que celui-ci donne au repérage des situations critiques. Nous proposons d'exposer deux exemples pris dans le tri des IDE concernés.

Problème de tension artérielle versus stress

Elise, l'une des IDE interrogée, effectue le tri d'une patiente qui exprime ce pourquoi elle consulte aux urgences en précisant avoir « de la tension régulièrement ». L'IDE n'a ni connaissance du motif d'entrée avant d'interroger la patiente, ni courrier médical, avant même de commencer l'interrogatoire. Elise précise *« Je l'ai senti tendue ! Je l'ai senti énervée un peu, pas très contente. Je crois qu'elle a attendu un petit peu il me semble en salle d'attente. Je ne sais plus à combien de temps je l'ai pris exactement, mais je la sentais tendue »*. Lorsque nous avons questionné cette dernière sur le déroulé de son interrogatoire, nous avons noté dans l'invariant : « Identification du ou des problème(s) principa(aux)l pour le(s)quel(s) le patient consulte », que la prise en compte de l'état de tension interne (et non artérielle), a été une des pistes non négligée dans l'identification de cette problématique alors que la patiente n'a, à aucun moment, précisé cet état. En interrogeant Elise sur le discours interne qu'elle élabore en plein interrogatoire, celle-ci précise : « *prendre plusieurs fois sa tension par jour, soit il y a un symptôme, elle est étourdie ou je ne sais pas, quelque chose qui fait qu'on peut prendre sa tension, elle voit des étoiles, tous les signes d'hypertension. Ou alors, il y a quelque chose derrière qui fait qu'elle est tendue. Elle est stressée pour prendre sa tension plusieurs fois par jour »*, elle précise *« elle vérifie sa tension parce qu'elle a oublié. Soit elle regarde si le Co-Aprovel® il fait effet, mais dans ce cas-là, elle se fait sa propre… parce que la tension, ça joue*

sur plein de choses. Ce n'est pas… Il suffit qu'elle soit un peu stressée comme elle me parle après de son mari, on voit qu'il y a un terrain tendu. Ça peut vite monter la tension. Ou alors je me dis elle veut vérifier ! ».

Nous notons dans le discours interne de l'IDE, les trois orientations diagnostiques qu'elle envisage. Lorsque la patiente évoque des signes neurologiques tels que des troubles de la vision et des maux de tête, Elise fait le parallèle entre l'hypertension artérielle et un problème neurologique : *« Moi tout de suite, quand elle me parle de ses visions floues, de ses migraines, je me dirige, ma piste ça va être forcément du côté neuro. Surtout avec l'hypertension. ».* Cependant, l'IDE garde en tête l'aspect psychologique parce qu'elle se souvient s'être occupée du mari de la patiente une semaine auparavant et note dans le discours de celle-ci des éléments en lien avec l'aspect psychologique : *« Mais en fait, je me dis quand même, […], pour moi elle appuie trop sur son contexte familial, son mari et tout. Et elle ne me parle plus de ce que vraiment il se passe, de ses symptômes et tout ! Donc je me dis que quand même, elle a une grosse angoisse, et en fait tout ça, ça arrive après ».*

Ce qui arrive après, c'est le chiffre tensionnel donné par l'appareil qui prend les mesures pendant que l'interrogatoire se poursuit. En effet, l'appareil affiche 220/112 mm Hg (millimètre de mercure) ce qui indique une tension artérielle élevée, la norme supérieure admise étant 140 mmHg pour le chiffre le plus haut (systolique) et 90 mmHg pour le plus bas (diastolique).

Illustration n°1 : Réaction de l'IDE à l'affichage des chiffres tensionnels



L'IDE fini par orienter le problème pour lequel la patiente se présente vers une problématique cardiaque : *« Plus de la cardio que de la neuro. Mais ça… à priori, elle a quand même un problème de tension. Ce n'est pas trop cardio, enfin si mais, on s'entend, c'est plus de la tension que de la neuro… En fait, je pense à la fin, je me dis que troubles de la vision et peut-être sa*

céphalée, suite à son hypertension. Donc le début du problème, c'est peut-être l'hypertension. Ça a provoqué ça ! Pas l'inverse ».

Nous notons ici la part non négligeable de la prise en compte de l'aspect psychologique de la patiente par l'IDE alors même que la patiente n'évoque aucunement cet aspect tout au long de son discours et ce malgré le motif présenté par la patiente en faveur d'un problème cardiaque au départ puis neurologique ainsi que des chiffres tensionnels significativement élevés.

Ce qui questionne c'est le ressenti de l'IDE dès le départ *« Je l'ai sentie tendue »*. Ironie de l'histoire, l'IDE se souvenait s'être occupée du mari de la patiente une semaine auparavant. A travers le discours de la patiente, l'IDE explique : *« je sens qu'elle a besoin de parler. Elle a besoin qu'on s'occupe d'elle. Mais sinon… Oui, je pense qu'avec son mari, il y a un peu du psychologique là-derrière »*.

La part illocutoire de la patiente, c'est-à-dire l'expression des besoins de manière non explicite est présente et distillée dans les réponses aux questions que pose l'IDE. La patiente dit d'elle-même : *« si tu dois avoir un AVC, il vaut mieux prévenir que guérir. Donc je viens voir si je ne suis pas en train de faire un AVC »*. L'IDE interprète cette phrase par : *« je la trouve anxieuse de me dire ça ! De toute façon, dès le début je l'ai senti qu'elle était tendue. Après elle l'exprime bien ! »*. L'IDE relève l'expression de la patiente *« et patati et patata »*. Elle dit de cette dernière phrase : *« Elle a bien cogité ! »*. L'IDE va même lui poser la question directement au bout de trois minutes d'entretien *« vous vous sentez tendue ? »*, ce à quoi la patiente répond *« C'est le moins qu'on puisse dire ! »*. Ce qui invite probablement la patiente à évoquer le contexte familial. Jusqu'au moment où la patiente dit *« J'ai tout supporté vaillamment », « Là je sens que je suis dépassée »* et de rétorquer lorsque l'IDE lui demande si elle a eu un traumatisme crânien du fait de ses maux de tête, la patiente répond *« Le seul trauma, c'est que mon mari a été hospitalisé »*. La patiente débute sa demande de manière non explicite mais au bout de trois minutes d'interrogatoire sur sept, la patiente saisi le mot « traumatisme » évoqué par Elise afin d'exprimer le vrai traumatisme vécu. Elle finit par dire : *« ça m'était égal de mourir mais que je ne voulais pas avoir un AVC »*. Ce que l'IDE comprit comme *« Elle est traumatisée je pense avec l'AVC… Si elle imagine qu'elle va avoir une hémiplégie, qu'elle pourra plus s'occuper de son mari peut-être »*. La part illocutoire du discours de la patiente est à nouveau présent et l'IDE saisi la charge émotionnelle de celui-ci en s'imprégnant des conséquences du diagnostic imaginé par la patiente. La prise en compte de cette charge émotionnelle sera développée plus

loin dans notre travail car il représente ce que nous nommerons le « Care » en référence aux auteurs que nous citerons plus loin.

Les messages cachés que la patiente infuse dans les réponses qu'elle donne, permet de confirmer la pensée intuitive de l'IDE dès le premier contact juste en observant la patiente et sans avoir aucune information à son sujet.

La force locutoire du discours d'Elise réside dans la minimisation des chiffres tensionnels lorsque celle-ci dit *« Oui, là vous faites un peu de tension »*. L'IDE dit de ses propos *« Non, mais là j'essaie de minimiser pour qu'elle n'en rajoute pas. Pour ne pas l'inquiéter encore plus. Parce que là, je vois qu'elle est au taquet »*.

Nous n'aurons pas plus d'informations sur le devenir de la patiente car celle-ci a quitté le service des urgences avant d'avoir vu le médecin.

Douleur thoracique versus anxiété

Amélie, une autre des IDE interrogée reçoit une patiente qui présente une douleur dans le dos. Le motif de consultation présenté par la patiente est d'origine traumatique mais le discours de celle-ci est assez flou. En effet, le souvenir d'un choc lors d'une séance de tyrolienne la veille n'est pas évident et la douleur semble s'être installée petit à petit jusqu'à, d'une part s'intensifier la nuit et d'autre part se déplacer vers le sternum. L'IDE dans son observation avant l'interrogatoire a précisé *« je vois qu'elle est quand même sur ses deux jambes, qu'elle n'a pas de difficulté respiratoire, elle n'a pas l'air cyanosée, elle a marché normalement, donc moi cliniquement je ne m'inquiète pas ! »*. Pour autant, Amélie précise que *« toute douleur thoracique est un infarctus*[12] *jusqu'à preuve du contraire ! »*. Comme lors de la situation précédente, l'IDE a ouvert le champ des possibles de diagnostics de situation qu'elle se construit au fur et à mesure de l'interrogatoire *« en fait j'ai un entonnoir énorme et j'essaie de poser des questions pour réduire à la chose la plus probable qu'elle ait »*. L'IDE image son processus de résolution de problème par un entonnoir dans lequel, elle intègre toutes les orientations diagnostics possibles au vu des éléments recueillis auprès de la patiente *« J'ai la*

[12] Infarctus du myocarde : obstruction soudaine d'une artère coronaire provoquant la mort du tissu cardiaque due à un manque d'apport sanguin (Ranya N. Sweis, 2020)

pneumopathie, j'ai l'embolie pulmonaire[13]*, j'ai quelque chose de traumatique, j'ai quelque chose de musculaire ».*

L'IDE explique finalement que : *« pour moi, honnêtement ce que j'ai dans ma tête, même si ça ne se fait pas trop… c'est quelqu'un qui a besoin d'être rassurée, qui a besoin d'être écouté, là. C'est pas un problème de douleur, c'est pas un problème traumatique, elle ne semble pas. Je pense que c'est une dame qui est anxieuse. Elle prend des hypnotiques pour dormir, ça révèle un côté anxieux, un côté pas très bien et je pense que cette dame, elle besoin d'être rassurée qu'on l'écoute et qu'on prenne le temps. C'est pour ça que je sais au fond de moi que c'est pas si grave mais je prends le temps en fait ! »*. Elle rajoute *« En fait quand on la voit, alors là, c'est sûr que, bon moi je sais parce que je l'ai vu cette dame, elle fait toute frêle sur son brancard, elle fait tout anxieuse, elle me raconte un truc mais ça n'a pas trop de sens et tout ! Je pourrais me dire, non mais c'est bon enfin, vous n'avez rien madame, rentrez chez vous. Mais je vois bien qu'elle a besoin de dire quelque chose, elle a besoin de parler, elle a besoin d'être rassurée je pense. Elle vient toute seule en plus, elle n'est pas accompagnée, donc… »*. Les indicateurs perçus par l'IDE sont précis : frêle, histoire qui n'a pas trop de sens, vient seule.

Dans le discours de la patiente, il y a peu d'éléments en faveur d'acte de langage. Cependant, l'IDE a noté des éléments qui entrent en cohérence avec la demande moins explicite de la patiente. Ces éléments sont des indicateurs précis. L'élément qui vient alimenter un des diagnostics de situation d'Amélie est le fait que la patiente prenne des hypnotiques pour dormir.

Comme après chaque tri réalisé par les IDE, des transmissions écrites et orales sont effectuées auprès du médecin urgentiste de garde. C'est à cet instant que nous avons pris conscience de ce que nous avons qualifié un conflit entre l'IDE et le médecin.

En effet, lors de la présentation de la patiente au médecin, l'IDE après avoir contextualisé la situation, explique *« Elle avait une douleur dorsale hier et maintenant une douleur rétrosternale*[14] *»*. Le médecin lui rétorque avec un non verbal dont il nous dévoilera être pourtant tout à fait neutre : *« Donc en fait, ce que tu es en train de me dire, c'est qu'elle a une*

[13] Embolie pulmonaire : obstruction d'une artère des poumons (artère pulmonaire) par un agrégat solide apporté par la circulation (un embole), généralement un caillot sanguin (thrombus) ou rarement un autre matériau (Victor F. Tapson, 2021).
[14] Douleur rétrosternale : douleur derrière le sternum.

douleur thoracique ? ». L'IDE reconnait que le médecin pourrait orienter son diagnostic vers des pathologies ayant pour conséquence une douleur thoracique : *« Ben moi je pense que comme il ne l'a pas vu cliniquement, pour l'instant il s'imagine la vraie douleur thoracique »*. L'IDE connaît les risques liés à la présence d'une douleur thoracique et a fait délibérément le choix de ne pas réaliser d'ECG[15] (électrocardiogramme). Elle reconnaît que le médecin pourrait lui en vouloir car elle interprète la question du médecin par : *« j'ai laissé un infarctus en salle de tri et que je lui dis que c'est musculaire »*. Au regard des éléments énoncés par l'IDE lors des transmissions orales, le médecin explique : *« Déjà, on va dire que sur les premières phrases qu'elle a, je pars du principe qu'on va s'orienter vers de la traumatologie, j'ai déjà une petite idée de ce que ça peut être, et puis après on va ratisser un peu large autour pour être sûr de ne pas passer à côté de rien »*. Il compléte sa compréhension de la situation par *« C'est évident que de toute manière, j'ai bien compris qu'elle avait orienté l'interrogatoire et sa vision des choses vers un problème traumatologique et je voudrais recentrer sur un problème uniquement de douleur thoracique »*. On note la part illocutoire du message à orientation didactique du médecin envers l'IDE. Il explique que sa question avait pour but *: « de recentrer l'interrogatoire sur l'élimination des diagnostics urgents, dissection aortique[16], embolie pulmonaire, infarctus du myocarde, de ne pas la laisser s'orienter très vite, trop vite vers un problème douloureux de type traumatologie »* et de rajouter : *« Je recentre juste le sujet ! Même s'il est évident que à la fin, elle aura très certainement raison mais je recentre le sujet »*.

Le médecin conclut son diagnostic par un syndrome de Cyriax[17].

Face à ce « conflit », nous nous sommes alors posé plusieurs questions concernant la différence dans l'évaluation de l'état de santé entre le médecin et l'IDE. La question de la conceptualisation en acte s'est imposée à nous en interrogeant le médecin. En effet, le discours de celui-ci au sujet de son interrogatoire auprès de la patiente, à la différence de celui de l'IDE est systématiquement argumenté par les concepts théoriques qu'il mobilise tout au long de son raisonnement. Même si nous avons en tête les différences entre les deux professions,

[15] ECG : examen indolore qui retranscrit l'activité électrique du cœur sous forme de représentation graphique.
[16] Dissection aortique : affection souvent fatale dans laquelle la couche interne (muqueuse) de la paroi aortique se déchire et se sépare de la couche moyenne de la paroi aortique (Mark A. Farber, 2020)
[17] Syndrome de Cyriax : se caractérise par une douleur due à une luxation chondrocostale d'une des dernières côtes (8e, 9e et 10e) qui emprisonnerait un nerf costal dont la compression lors de certains mouvements ou de certaines postures déclencherait la douleur (Sanou, Belembaogo, Nzenze, & Bongo, 1999)

particulièrement sur la responsabilité professionnelle du médecin et celle de l'IDE, les objectifs de chacun, la formation initiale dans sa densité, mais aussi les particularités des individus, nous constatons une différence dans l'approche de la situation par les deux protagonistes. Nous détaillerons un peu plus loin dans notre travail cette différence car elle a une importance capitale dans la compréhension des ressources mobilisées par l'IDE, lorsque celui-ci conduit un raisonnement clinique.

Cette première partie avait pour but de rechercher les éléments qui permettent à l'IDE de préciser le motif de recours des patients aux urgences. A travers l'évaluation de la douleur dans ces composantes physiques mais aussi psychologiques, l'IDE accède à ce motif au-delà de la plainte exprimée verbalement par les patients. C'est particulièrement dans le choix et l'exploitation des outils à disposition que l'IDE objective la douleur des patients. L'observation semble être l'outil principal dans l'évaluation de la douleur par la recherche de congruence des signes observés avec l'auto-évaluation de la douleur par le patient. L'IDE se concentre sur les différentes dimensions du mal être de leur patient. L'attention qu'accorde l'IDE au discours délivré par le patient, ainsi que la disponibilité de l'IDE dans l'accueil de la part illocutoire du message du patient permettrait l'évaluation de la douleur psychologique. La traduction du motif de recours des patients, en termes médicalement exploitables, serait la deuxième phase intellectuelle dans le travail de tri des infirmiers aux urgences.

IV. 2. 2ème catégorie : Traduction par l'IDE des interactions avec le patient en informations qui deviendront communes à tous les professionnels de santé susceptibles d'interagir avec lui

Ces informations sont consignées dans le dossier informatique du patient consultable à tout moment par les professionnels de santé du service. Cette transformation demande à l'infirmier de mobiliser des connaissances théoriques, mais également des constructions liées à leurs expériences. L'approche de la conceptualisation dans l'action de Vergnaud (1996), nous permet d'éclairer ces constructions en termes de concepts et théorèmes en acte. Les diagnostics de situation par l'intermédiaire des indicateurs relevés par les IDE en sont les déclinaisons.

IV. 2. a. Identification du ou des problèmes de santé principaux

Une des IDE interrogés nous révèle que l'identification du/des problèmes principaux pour le(s)quel(s) le patient consulte est complexe. Elle dit « (…) *avoir tous les problèmes mélangés que le patient présente que ce soit les douleurs qu'il a, les antécédents, essayer de faire les liens*

le plus rapidement possible pour trouver le principal problème ou les principaux problèmes qui amènent le patient aujourd'hui aux urgences ». Il s'agirait de transformer le discours du patient en termes « médicalement exploitables ». Nous proposons d'exemplifier cette action à travers quelques exemples tirés de notre enquête.

Problème traumatique versus problème médical

Mélanie, reçoit un patient qui explique être tombé d'un toit, être passé à travers le plancher il y a une dizaine de jours et avoir toujours mal. Ce patient est adressé aux urgences par son médecin traitant mais l'IDE fait délibérément le choix de ne pas lire le courrier médical avant d'effectuer son tri car précise-t-elle : *« Je préfère interroger le patient avant pour orienter mes questions plus par rapport au patient et pas par rapport à ce que le médecin m'a dit. Parce que je pense que si je lis la lettre du médecin traitant avant, je vais aiguiller le patient sur ce que le médecin traitant a dit et que peut-être que le patient peut m'apporter des choses qu'il n'a pas dit à son médecin traitant ».* Nous notons ici, le choix que fait l'IDE dans sa façon de mener son entretien comme un invariant du sujet pour lequel cette professionnelle a élaboré une stratégie qui l'aide à récolter un maximum d'information. Comme pour les autres IDE, elle réalise un rapide « scann » du patient avant même de l'interroger, à la recherche d'indicateur de la douleur en nous confiant la version de son discours interne : *« il a une main sur son ventre, la première question qui me vient, c'est au niveau cervical, parce que je sais que généralement, les post-chutes c'est au niveau cervical, c'est ce qui est le plus important et le plus traumatique. Et aux premiers abords le patient n'a pas l'air très algique au niveau des cervicales, ni à la mobilisation car il s'est allongé aisément sur le brancard. Donc pour moi au niveau traumatique, il y a dix jours, il n'y a pas de grosses séquelles apparentes ».* Mais là n'est pas notre propos. Le patient précise s'être réceptionné sur les pieds après une chute de trois à quatre mètres. Pour Mélanie, le motif de recours (raison pour laquelle le patient consulte aux urgences) reste obscur et elle n'identifie pas vraiment le ou les problèmes de santé pour lequel le patient vient consulter. En effet, l'espace-temps entre la chute et la consultation lui semble beaucoup trop long. Elle précise : *« c'est énorme qu'il vienne consulter par rapport à son post-chute. Le post-chute serait imminent ou les douleurs post-chute éventuelles viendraient dans les deux trois jours après mais pas dans les dix jours. Dix jours un post-chute, c'est vraiment, c'est un laps de temps, très très long pour venir aux urgences consulter pour ce motif. Et en plus, il te dit je suis retombé sur mes pieds. Donc tu as plusieurs éléments, la chute, il est passé à travers un toit, bon un toit, tu as déjà en tête, la hauteur ».* Elle rajoute *« je me demande pourquoi il*

vient parce qu'il m'explique s'être réceptionné sur les jambes alors qu'il s'est mobilisé correctement sans aucun souci depuis qu'il est rentré. Il s'est assis sans se plaindre de douleur au niveau du dos, sans se plaindre de douleur au niveau des cervicales donc j'essaie de comprendre. Il vient en me parlant de sa chute si je n'ai pas de signe entre guillemets fonctionnels de douleur. J'essaie de comprendre le rapport entre sa chute d'il y a dix jours et son entrée aux urgences seulement aujourd'hui ». L'IDE découvre au fur et à mesure de l'interrogatoire que le patient présente plusieurs douleurs qu'il montre successivement sur son corps. Le patient localise ses douleurs en montrant son épaule droite, puis son flanc droit, les côtes du même côté et enfin son abdomen toujours du côté droit. Mélanie accède aux différentes localisations en nommant celles-ci par les termes « hypochondre droit », « gril costal ». Elle envisage même les lésions organiques que pourraient présenter le patient en regard de ces dernières localisations, ce qui lui permettrait d'orienter le diagnostic de situation en un problème médical plus que traumatique. L'IDE identifie des risques (hémorragique, désaturation) en lien avec la chute antérieure en imaginant des lésions organiques associés aux différentes localisations de la douleur voire une infection dont elle ne connaît pas forcément la cause. Après avoir identifié la localisation de la douleur, l'IDE s'attarde à préciser cette douleur, qui selon les dires du patient, s'intensifie lors de certains changements de position.

Devant l'incertitude d'un diagnostic de situation, l'IDE transmet oralement les informations suivantes au médecin : *« M C âgé de 53 ans qui est adressé par son médecin traitant parce que ce monsieur est plombier ou carreleur. Il a chuté d'un toit il y a dix jours, il s'est réceptionné sur les deux pieds. Ces deux bras ont frotté au niveau des poutres, il a eu mal aux deux bras. Donc il a présenté des brûlures. Par contre, il se présente pour une douleur plus importante à l'épaule droite et une douleur à l'hypochondre droit qui est apparue hier et une douleur à la palpation. Donc le médecin te l'envoie pour une exploration pour savoir pourquoi il a mal et s'il y a quelque chose de perforé ou pas en dessous. Il n'a rien pris pour la douleur et la douleur est plus importante quand il change de position de station debout à assis. Voilà, donc il a continué de travailler parce qu'il est autoentrepreneur, il est à son compte. C'est pour ça qu'il n'a pas arrêté de travailler ».* Les transmissions écrites sont celles-ci *:*

> *« A chuté d'un toit il y a dix jours, réception sur les jambes. Les deux bras ont raflé le toit, douleur à l'épaule droite, au niveau de l'hypochondre droit apparue hier après-*

midi, algique à la mobilisation et à la palpation. Adressé par médecin traitant pour examens complémentaires ».

Nous avons noté une différence entre la plainte du patient et celle formulée par l'IDE. Cette différence s'exprime dans l'utilisation d'un vocabulaire qui n'est pas celui utilisé par le patient. On note ici les différents champs lexicaux avec un dictionnaire virtuel propre dans lequel chacun des interlocuteurs (IDE et patient) se situent. Nous utiliserons ainsi le terme « traduction », afin de représenter l'action de passage d'un dictionnaire virtuel à un autre avec pour objectif primordial, le fait d'accéder à la plainte exprimée. La première traduction concerne l'utilisation d'un vocabulaire médicalement exploitable en nommant les différentes parties du corps douloureuses que le patient montre sur lui. La deuxième concerne l'identification des lésions organiques potentielles susceptibles d'être à l'origine de ces douleurs. En effet, le patient présente son motif de consultation en lien avec la chute (d'origine traumatique) qui s'est déroulée dix jours auparavant. Cependant, l'IDE ne perçoit pas ce lien et propose une vision plutôt médicale de la situation en élaborant des lésions organiques qu'elles soient hémorragiques ou infectieuses. Sur ce point, le médecin a la même vision puisqu'il confie à Mélanie : *« On va faire comme s'il n'était pas tombé de toute façon ! Il est tombé il y a dix jours… Il y a un intervalle libre quand même… ce serait complétement dingue ».*

Les actes de langage sont présents dans ce dernier tri. Le patient ne nomme pas les zones du corps souffrantes mais les montre. Il s'agit d'acte perlocutoire, en ce sens que le patient suggère à l'IDE une idée par le geste. Ce qui oblige l'IDE à nommer précisément celles-ci jusqu'à élaborer des scénarios de souffrances organiques en fonction de la localisation de la douleur. Le patient essaie de focaliser l'attention de l'infirmière sur une zone de son corps afin qu'elle s'occupe exclusivement de la douleur sur cette zone bien précise. L'intention du patient s'apparente à un acte de langage perlocutoire afin de faire faire à l'IDE.

Illustration n°2 : Localisation de la douleur par le patient



Mélanie s'attarde par ailleurs sur la situation sociale du patient en expliquant que celui-ci a continué de travailler malgré la douleur qui lui coupait la respiration. Elle imagine les conséquences d'un arrêt de travail sur : *« que peut-être financièrement ou sa situation familiale l'oblige à travailler et que du coup même s'il ne peut pas travailler, ce monsieur continuera à travailler. Donc c'est déjà commencer le fait qu'il puisse être en arrêt de travail et qu'il doit pour sa santé être en arrêt de travail ».*

Le médecin conclut son diagnostic, après exploitation du scanner par : *« Foyer basale pulmonaire droit avec réaction pleurale secondaire à une hypoventilation*[18] *dû à un traumatisme thoracique il y a dix jours ».* Ce qui nous semble important à noter, c'est l'intuition de l'IDE sur l'infection et la désaturation.

Nous nous proposons de présenter un autre extrait parce qu'il représente un véritable exemple d'exploitation des différents dictionnaire virtuels.

Des mots sur les maux

Sylvie accueil un patient accompagné d'un courrier médical. Elle prend le parti de lire systématiquement le courrier afin de savoir : *« dans quelle salle je vais pouvoir installer les patients. Si on sait qu'on a une douleur thoracique, une dyspnée, donc quelque chose qui peut avoir une notion de caractère urgent, on va les mettre par exemple dans le déchocage ».* Nous constatons une différence de pratique entre les IDE dans l'approche qu'elles ont à lire ou pas le courrier du médecin traitant avant la prise en soins de leur patient. Nous n'avons pas d'explication précise sur le pourquoi. Simplement, nous constatons que Sylvie est la plus novice des IDE dans le service mais aussi dans le métier d'infirmier. Son expérience professionnelle est de seulement un an. Cela pourrait influer sur la lecture de la lettre du médecin traitant dans le but d'avoir un minimum d'information au sujet du patient dont elle va s'occuper. De plus, Sylvie travaille de nuit et cet univers reste peu rassurant, dans le sens où Sylvie est seule avec l'aide-soignant dans le service, le médecin étant de garde 24 heures, il a la possibilité de prendre congés de ses collègues dans une chambre de garde.

[18] Hypoventilation : diminution de la fréquence des cycles respiratoires (1 cycle représente une inspiration et une inspiration). La fréquence habituelle chez un adulte est comprise entre 12 et 20 cycles par minute.

Le patient que l'IDE reçoit arrive en ambulance. Il est adressé par son médecin traitant pour hyperthermie et hyperleucocytose[19] à 19 000/mm3 (la norme étant entre 4 000 et 10 000/mm3). Comme ses collègues, Sylvie fait un relevé de données uniquement en observant le patient sans l'interroger. Elle dit : *« je le trouvais plutôt bien pour quelqu'un qui avait une hyperthermie. Quelque chose qui était depuis quelque temps. Niveau du facies, niveau de l'attitude, il est arrivé sur ces deux jambes, alors que souvent avec les ambulanciers soit ils nous les installent de suite dans des fauteuils. Non lui il marchait très bien, et tout ! Donc il y avait déjà une attitude qui laissait penser que ça allait quand même. Cela ne veut pas dire qu'il n'y avait rien, tout ça mais, ça laissait penser que ce n'était pas un critère de gravité dans l'immédiat »*.

Sylvie va durant toute la durée de l'interrogatoire, mettre des mots sur les maux du patient, autrement dit proposer une traduction de la plainte du patient pour l'ensemble des professionnels de santé. Le patient dit : *« j'avais comme des vibrations dans les jambes, des fourmillements […] Voyez quand on passe par exemple une IRM, on injecte un liquide […] On a l'impression d'avoir des refroidissements. C'étaient des vibrations identiques. Et puis tout s'est passé, mais j'étais un peu fatigué »*. Sylvie traduira la plainte du patient par *« paresthésie[20] à type de fourmillements »*. La plainte de maux de tête par le patient sera traduite par « *céphalées* », ainsi que la plainte des douleurs dans le dos par « *lombalgies* ». Comme avec Mélanie, le patient montre les différents endroits où il a mal. L'IDE traduit ces différents endroits en potentiels foyers infectieux du fait de la fièvre associée, en élaborant des diagnostics différentiels et éventuellement des actes de recherche diagnostic qu'elle pourrait effectuer comme une bandelette urinaire. Sylvie explique, comme Mélanie, avoir plusieurs signes dont elle n'arrive pas à déterminer les liens entre eux : *« Parce que sachant que face à ces symptômes, il en avait de multiples, et j'essayais de trouver un lien entre tout cela et je n'arrivais pas forcément à trouver »*.

Sylvie, comme ses collègues, évalue la douleur grâce à l'EN (évaluation numérique) mais elle est en recherche de congruence entre les signes de la douleur observés et l'auto-évaluation du

[19] Hyperleucocytose : réponse normale de l'organisme pour combattre une infection, ou à certains médicaments tels que les corticoïdes. Cependant, une augmentation du nombre de globules blancs est également provoquée par des cancers de la moelle osseuse (Mary Territo, 2021)
[20] Paresthésie : Trouble de la sensibilité se traduisant par des sensations de fourmillements ou de brûlures (Robert)

patient. Elle dit : *« Etant donné le faciès, il n'avait pas le faciès algique, tout ça, donc oui, ça semblait cohérent ».*

Sylvie écrit la transmission suivante :

> *« Patient de 73 ans adressé par son médecin traitant pour bilan infectieux il y a huit jours, épisode d'hyperthermie qui s'est résolu seul. Paresthésies à type de fourmillements dans les membres inférieurs, des frissons, une hyperthermie, des céphalées, des lombalgies de type courbatures. Atcd : Ulcère duodénal avec transfusion ».*

Par ailleurs, Sylvie prend l'initiative de réaliser plusieurs examens notamment un prélèvement veineux dans lequel elle réalisera des hémocultures[21]. Elle explique son anticipation par : « *en particulier la nuit, on est assez autonome. Il décrivait quand même une hyperthermie qui persistait même si elle était fluctuante et qu'elle disparaissait seule. Il a décrit une hyperthermie et des frissons, hier, la veille et je crois même, la journée, il en avait eu. Donc du coup, j'en ai pris en fait dans le cas où je lui fais une prise de sang tout ça. Et généralement, les médecins en fait ils le demandent. On connaît bien nos médecins, on sait en général, s'ils vont le demander ou pas. Quand on a un doute, on va aller leur demander directement avant de prélever le bilan, tout ça. Là, j'avais fait rapidement pour le bilan parce que en fait, c'était 23h, et que le labo, on a plus de labo à partir de 23h, et le bilan part à Montpellier directement ».* Elle prévoit de réaliser une bandelette urinaire par ailleurs.

Le diagnostic final sera une tuberculose. Le patient n'avait pas transmis à Sylvie ses antécédents de tuberculose. Nous proposons de questionner les raisons de cette omission par le patient par l'analyse de la conduite d'entretien. En effet, ce dernier patient n'a pas été le seul à ne pas mentionner à l'IDE une information capitale dans le diagnostic final.

IV. 2. b. Conduite d'entretien

[21] Hémocultures : ensemencement d'un milieu de culture avec du sang pour y rechercher les micro-organismes de type bactéries. (Robert)

Il existerait une différence de discours livré par le patient entre celui adressé au médecin et celui à l'infirmier. Il nous a été rapporté les précisions suivantes : *« Ça arrive fréquemment, qu'à nous ils nous disent quelque chose et qu'ils ne le disent pas au médecin, et vice et versa ».* Nous avons été témoins à deux reprises de cette différence de propos de la part du patient. Cette différence a été significative dans l'orientation diagnostic médical. Dans le but de comprendre les raisons de cette différence, nous avons tenté d'interroger la conduite d'entretien mené par l'IDE pour obtenir du patient les informations dans le but d'identifier le diagnostic médical final. Afin d'accéder à cette conduite, nous avons tenté de comprendre le processus cognitif des IDE dans la recherche du ou des problèmes de santé mais aussi dans l'identification de signes de gravité. Ainsi nous avons interrogé indépendamment le médecin et l'infirmer sur les concepts théoriques qu'ils mobilisaient lorsqu'ils traduisaient le discours des patients dans le champ lexical de la santé.

L'invariant « Identification de la douleur initiale » est celui sur lequel les sept IDE s'attardent principalement. Nous l'avons constaté lors des derniers récits. La recherche de congruence entre l'autoévaluation de la douleur par le patient et les signes physiques observés par l'infirmier ainsi que l'adaptation de l'outil d'évaluation de la douleur, restent une priorité pour les IDE. Leur recherche leur permet principalement de décrire précisément la douleur de leurs patients en objectivant non seulement les caractéristiques, mais aussi la localisation précise de celle-ci. Par exemple, lorsqu'un patient décrit une douleur au niveau de la poitrine, les IDE en demandant de montrer au patient l'endroit précis de la douleur pouvaient écrire que celle-ci était plutôt rétrosternale [22] ou bien costale[23] ou encore intercostale[24], toutes ces zones se trouvant au niveau de la poitrine. Toujours dans cette phase du tri, l'IDE cherche systématiquement à identifier précisément quel(s) organe(s), os ou articulation(s) dysfonctionnel(s) ou endommagé(s) pourrai(en)t être à l'origine de la douleur. Sur ce point, tous les IDE interrogés évoquent ce souci de précision, car celle-ci reste un élément clef dans la traduction et la transmission des informations qu'ils feront au médecin. Le médecin quant à lui, précise que cette information est capitale dans les données qu'il souhaite avoir. Il dit à propos de la douleur thoracique « *il est évident que l'interrogatoire est important pour savoir si ça irradie au bras,*

[22] Localisée derrière le sternum (Larousse)
[23] Qui appartient aux côtes ou qui est en rapport avec elles (Larousse)
[24] Situé entre les côtes. Dans l'espace intercostal cheminent les artères et les veines intercostales, ainsi que les nerfs intercostaux (Larousse)

aux mâchoires, à la base du cou, si c'est majoré à l'antéflexion[25] *du tronc, au décubitus*[26]*. Donc ces questions de l'interrogatoire sur les caractéristiques de la douleur, quand est-ce qu'elle a commencé, comment elle a commencé, comment elle se projette et comment elle se produit, c'est toujours intéressant* ». Nous avons noté la dissimulation de certaines informations par le patient à l'IDE comme au médecin. Nous avons aussi noté que la vision de la situation par l'IDE pouvait orienter les questions, et donc les réponses du patient, ce qui pourrait-être source de subjectivité et ainsi d'entretien biaisé. Cependant, nous avons noté que les IDE restaient sur leur garde et avaient le souci de précision pour ne pas *« passer à côté »* d'éléments capitaux. Quels sont les moyens que développent les IDE pour accéder à ces informations capitales ?

Recherche d'antécédents

Le sujet des antécédents, nous l'avons évoqué avec Sylvie, peut ne pas être livré en totalité par les patients. Justine, nous explique pourquoi. Lorsque nous l'avons filmée, elle reçoit une jeune fille qui présente une douleur au poignet après une chute. Elle réalise le tri de cette patiente à la recherche d'information pouvant clarifier la situation. Nous l'interrogeons sur son activité en général. Elle nous précise que lors de l'interrogatoire il est primordial qu'elle puisse avoir le visuel sur son patient lorsqu'elle l'interroge afin d'identifier dans un premier temps si le patient comprend ses questions : *« ça m'aide dans sa prise en soin c'est à dire que selon les questions je vais voir si il a compris, pas compris ce que j'attends. J'arrive à le réorienter dans mon questionnaire si je sens qu'il est un peu perdu dans les questions que je pose. Beaucoup de personnes âgées, quand je leur dis vous avez des problèmes de santé, ils vont nous dire « non, non, non, pas du tout, tout va bien ! ». Et quand on leur dit, « vous prenez des médicaments ? », « Ah oui, ah oui oui, je prends des médicaments, je suis diabétique ». Ben voilà, ça c'est un problème de santé mais il l'identifie pas comme ça… ».* Justine n'est pas la seule à nous expliquer cette problématique. Mélanie a eu à faire au même souci lorsqu'elle a posé la même question des soucis de santé à son patient. Celui-ci prenait des médicaments contre l'hypertension mais comme cette dernière était stable, elle a eu la réponse à sa question des antécédents lorsqu'elle lui a demandé s'il prenait des médicaments. Amélie nous avait confié le même problème. Au regard de cette dernière problématique, nous constatons que ce qui est important pour les professionnels dans la recherche d'informations nécessaires au diagnostic

[25] En médecine, inclinaison vers l'avant, ici du tronc (Universalis médical)
[26] Attitude du corps allongé sur un plan horizontal (Larousse)

de situation, ne l'est pas forcément pour le patient. Les IDE dans leur conduite d'entretien connaissant cette problématique, réitéreraient dans leur interrogatoire, la question des antécédents sous forme de questions croisées. C'est en questionnant les maladies puis les traitements, les hospitalisations récentes et enfin les interventions chirurgicales que les infirmiers recueillent les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient avec plus d'exhaustivité.

Recherche des signes de gravité

Il existe un autre moyen par lequel les IDE accéderaient aux éléments de compréhension de la situation du patient. Justine dans la conduite d'entretien auprès de sa patiente venant consulter pour une douleur du poignet après une chute, est à la recherche de signes de gravité dont elle a une connaissance qu'elle décrit comme « expériencielle ». Elle imagine dans un premier temps la cinétique de l'accident qui lui donne des informations sur les lésions traumatiques : *« Quand elle me décrit la situation, j'essaie de … En fait, oui, ça me permet d'analyser sa chute, de me dire bon ben elle me dit comment elle est tombée. Comment ça a irradié. Ou est ce qu'elle a mal exactement ? Quelle mobilisation elle peut faire, elle peut ne pas faire ? Donc j'imagine un peu la cinétique de la chute et de me dire bon ben quel traumatisme elle peut avoir suite à cette chute ? »*. Romain, un autre infirmier nous avait confié : *« je l'imagine presque courir dans le jardin et tomber en fait ! […] Qui court et qui tombe sur le bout de bois[…] je le fais avec quasiment tous les, les patients me racontent ce qu'il leur est arrivé, je les imagine en train de le faire »*. Il s'explique à ce sujet en précisant : *« dans les situations ubuesques, à comprendre comment ils ont pu en arriver là. Parce que c'est à la fois drôle et intéressant parce que je ne sais pas moi, des gens qui avaient essayé de changer une ampoule sur une chaise à roulette, enfin des choses un peu […] ça m'aide à visualiser parfois même la cinétique en voyant le physique des personnes, il m'explique comment ils sont tombés, je les imagine tomber alors je vois ! »*.

Ces dernières explications sont en lien avec ce que nous avons évoqué au sujet de l'image opérative d'Ochanine, c'est-à-dire : *une information immédiatement disponible sur l'objet (information inhérente à l'image) reflétée dans la conscience du sujet et interagissant activement avec l'information-signal, c'est-à-dire avec l'information qui vient au sujet de l'extérieur au cours même de l'action.* La construction de ce que l'IDE a nommé cinétique de l'accident dans sa conscience lui permettrait d'accéder directement aux lésions potentielles

provoquées par la chute. La construction de l'image opérative à laquelle l'IDE tente d'accéder passe aussi par la possibilité de la patiente à effectuer certains gestes que l'IDE mime.

Illustration n°3 : Mime du geste à effectuer par l'IDE à la patiente



Cette demande de mimétisme est un moyen d'identifier les critères de gravité des lésions traumatiques occasionnées par la chute dans le déclenchement de la douleur lors de certains gestes. Justine nous confie : *« si tu ne mimes pas parce que des fois ils n'arrivent pas à identifier exactement la douleur ou c'est, comment ça s'organise, voilà, ils n'arrivent pas ! Donc c'est vrai qu'on a tendance à mimer un peu plus pour les enfants. Mais du coup, je crois que c'est devenu un automatisme chez moi quoi ! ».*

Nous avons interrogé Justine sur sa conduite d'entretien afin d'accéder aux mécanismes intellectuels qu'elle mettait en place. Comme avec les autres IDE, Justine est en recherche de signes pouvant lui indiquer que le patient qu'elle reçoit manifeste un état de choc. Elle précise être à la recherche de : *« Manifestation de la douleur, manifestation de signes cliniques qui peuvent indiquer que le patient est dans un état grave comme un choc […] ça va être pâleur, sueur, si le patient me dit qu'il a fait plusieurs malaises, qu'il se sent mal. Ça aussi sur ce que va nous dire le patient, c'est très important aussi puisque du coup, il va nous orienter lui aussi sur son état clinique ».*

Nous avons questionné l'intégralité des IDE sur cette question des critères de gravité. Nous constatons que l'identification des douleurs thoraciques, des troubles neurologiques ou encore des défaillances respiratoires semble être ce que nous appelons des *macro-concepts médicaux*, pour lesquelles l'intégralité des IDE s'accordent à dire qu'ils doivent les repérer rapidement afin de les traiter dans les plus brefs délais. Ces *macro-concepts médicaux* semblent être des invariants communs pour la majorité des IDE. En questionnant les IDE interrogés, afin de savoir si les concepts théoriques médicaux qu'ils mobilisent modifient la conduite de leur

interrogatoire, nous en avons déduit que celui-ci se construisait au fur et à mesure des réponses qu'ils obtenaient. Leurs propos au sujet de la conduite de leur interrogatoire font état d'ajustements permanents : « *Même si je vais pousser le questionnement, il y aura toujours des petits doutes, ils changent d'opinion, ils changent de version, ils changent de jour de douleur (le jour où la douleur est apparue) (…) » ; « (…) des fois on a des patients qui sont dans un état qui peuvent être beaucoup plus grave que ce monsieur, et qui forcément sont pas bien, ils vont se tromper, vont oublier des choses. Donc du coup, de reformuler, ça permet d'être sûre qu'on n'est pas passé à côté de quelque chose, être plus précis. » ; « Ben j'essaie de… en fait j'ai un entonnoir énorme et j'essaie de poser des questions pour réduire à la chose la plus probable pour ensuite faire les transmissions au mieux.* ». Une des IDE interrogés nous confie : « *Si j'ai pensé à une question, c'est qu'à un moment donné j'ai fait un lien quelque part et qu'il faut que je pose cette question* ». Lorsque nous avons tenté de lui faire verbaliser les liens en question, il nous a été impossible de faire nommer par cette IDE les concepts théoriques mobilisés. Cette impossibilité de faire verbaliser les concepts théoriques mobilisés par les IDE s'est retrouvée auprès de plusieurs IDE à la différence de notre entretien avec le médecin qui lui, nomme systématiquement tous les concepts théoriques médicaux auxquels il fait référence lorsqu'il pose telle ou telle question.

Choix des questions posées au patient en référence à des concepts théoriques

Pour le médecin, l'objectif principal est de faire la différence entre ce qui est une urgence et ce qui n'en est pas une. Le médecin dit de ses collègues infirmiers : *« La difficulté avec un interrogatoire infirmier, c'est que surtout avec les filles qui ont un petit peu d'expérience, c'est qu'elles ont connaissance d'un certain nombre de pathologies, et donc elles vont aller assez vite vers une orientation diagnostic privilégiée »*. Il précise que ses attentes générales vis-à-vis des transmissions orales et écrites des IDE : *« j'attends qu'elles me donnent les éléments nécessaires à orienter correctement les premières investigations et à placer le patient dans une catégorie d'urgence immédiate, différée ou dans de la pathologie courante qui n'est pas de la médecine d'urgence. A partir du moment où elle m'a donné ces éléments, je vais pouvoir la laisser éventuellement faire les premiers examens elle-même, électrocardiogramme, des choses comme ça. Ou alors, s'il y a réellement des processus qui nécessitent mon intervention. Ça va me permettre à moi de savoir dans quels délais, je vais aller voir cette personne et comment je vais l'intégrer dans l'ensemble des gens que j'ai à voir »*. Dans les objectifs principaux du tri développés par les IDE interrogés, on retrouve précisément ces éléments. Cependant, ce qui

nous a particulièrement questionnée, ce sont les propos du médecin au sujet de la situation singulière que nous avons filmée : *« Je vois où elle veut en venir puisque les éléments principaux de son interrogatoire et ce qu'elle m'a rapporté renvoient à ça »*. Ce qui nous a laissé penser que les interrogatoires IDE seraient orientés, qu'ils ne seraient pas totalement neutres dans les questions posées. Nous avons donc tenté de comprendre si effectivement, les questions posées par les IDE se référaient à des concepts théoriques médicaux et dans quelles mesures ces questions pouvaient avoir un lien avec celles du médecin en réalisant un entretien croisé entre l'interrogatoire mené par le médecin et celui mené par l'IDE. Afin de comprendre si les infirmiers étaient dans une coordination agie ou conceptuelle, nous proposons d'exposer ce que nous avons nommé les liens théoriques entre les questions posées et l'identification des signes cliniques venant affirmer ou infirmer une des hypothèses diagnostic, soit de situation pour l'IDE, soit médical pour le médecin.

Le médecin apporte des précisions au sujet de son processus de raisonnement : *« les trames diagnostic et d'élimination des diagnostics différentiels, je les ai inclus dans mon processus de raisonnement depuis très longtemps. Donc quand je vais voir une douleur thoracique, j'ai pas besoin forcément de réfléchir aux questions que je vais poser ni à l'interrogatoire que je vais mener. Je le sais ! »*. Il précise au sujet de la situation pour laquelle nous l'avons filmé et interrogé : *« Je sais que je vais voir une douleur thoracique chez une jeune femme avec aucun facteur de risque avec des fonctions vitales cohérentes et avec une histoire qui de près ou de loin n'est pas inquiétante. Pour le reste, je vais le valider après ! »*. Pour lui : *« le processus de développement du raisonnement médical chez un médecin, c'est une stratification [...] C'est premièrement la mise en place des processus standardisés par l'enseignement. […] Devant telle situation, on va rechercher ça, ça, ça et ça. Les diagnostics différentiels sont ceux, ça, ci et ainsi de suite […] ça se structure à mon avis intellectuellement doucement et on peut absolument pas tout avoir mémorisé. Donc après l'expérience permet de cristalliser les choses et faire que toute la pathologie urgente, puisque c'est mon domaine, donc les douleurs thoraciques, les douleurs abdominales, tout ceci avec les couches et les couches de vernis d'expérience fini par totalement se cristalliser et en plus la découverte au fur et à mesure de l'expérience de diagnostic différentiel et des erreurs diagnostic qu'on peut faire permet de stratifier tout ça.* ». Ce qui n'est pas sans nous faire évoquer les notions de *pattern cognition* ainsi que de raisonnement hypothético-déductive développées page 35 de cette thèse d'après

l'article de Pestiaux, Vanwel, Laurin et Audétat en 2010 ainsi que celle de la compétence intuitive des experts développées page 32 de ce travail.

Le médecin évoque comme les IDE un premier « scann » de la personne : *« Je regarde les gens, je regarde s'ils sont amyotrophiés[27], s'ils sont ictériques[28], je regarde si ils ont des stigmates qui pourrait évoquer de près ou de loin qu'ils sont douloureux. »* Il rajoute : *« Je cherche énormément de choses, mais là aussi on va dire que c'est passé au stade de l'instinct. Je n'ai pas besoin d'ouvrir une application dans ma tête et de cocher des cases. Je regarde les gens ».*

Illustration n°4 : Je regarde le patient



Comme les IDE, le médecin fait préciser les choses dans un souci de compréhension de la situation. Il précise au patient les endroits du corps en explicitant à quoi cela pourrait correspondre s'il note dans le regard de son patient que celui-ci n'a pas saisi la traduction lexicale.

Cependant, la conduite d'entretien apparaît discordante entre le médecin et l'IDE et la différence réside principalement dans la convocation des connaissances qu'il réalise pour poser ses questions. Par exemple, lorsque le médecin demande à la patiente : *« Est-ce que vous êtes plus douloureuse allongée ? »*, il précise avoir posé cette question en référence avec une pathologie cardiaque : *« les douleurs majorées en décubitus c'est très évocateur de*

[27] Amyotrophie : diminution du volume d'un muscle strié par réduction du nombre des fibres contractiles qui le constituent (Larousse).
[28] Ictérique : personne atteinte d'ictère jaunisse (Larousse).

péricardite[29] ». Lorsqu'il pose la question : *« Les jambes ne sont pas enflées par rapport à d'habitude ? »,* ce sera en référence à une insuffisance cardiaque ou veino-lymphatique. Il demande à la patiente si la douleur persiste aujourd'hui en ayant conscience que comme la patiente bouge moins en étant aux urgences, elle a forcément moins mal, ce qui correspondra tout à fait à ce que va préciser la patiente : *« Ben là, j'ai l'impression depuis deux heures que je suis là, j'ai l'impression que ça va mieux »*. Ainsi il intègre le facteur stress dans l'état émotionnel de la patiente en expliquant : *« qu'on a plus mal la nuit que le jour parce qu'on a le temps de s'occuper de sa douleur la nuit. Que le jour, on pense à autre chose. Donc tout ça mis ensemble, fait que c'est probablement la raison pour laquelle elle a moins mal ici. Et puis aussi le fait d'être arrivée aux urgences, que globalement elle se sent… il y a un phénomène de réassurance quand on est pris en charge. Et donc la douleur va devenir, moins… plus facile à vivre. Donc un ressenti moins douloureux »*. Lorsque le médecin pose des questions sur une probable toux, une gêne respiratoire ou un essoufflement, ou une antériorité d'infection ORL (Oto-Rhino-Laryngologique) les dernières semaines, il rapprochera ces questions au diagnostic différentiel de péricardite. Lors de l'examen clinique, le médecin cherchera entre autres, à identifier des lésions cutanées sur les jambes, l'abdomen ou le thorax. Lors de l'auscultation, il nous livre être à l'écoute d'éventuels : *« signes d'insuffisance cardiaque, des signes de pleurésie*[30] *[…] entendre un frottement pleural, on peut entendre une matité sur un épanchement pleural*[31]*, on peut entendre des crépitants*[32] *sur une base, un foyer infectieux pulmonaire certes, on peut entendre un souffle cardiaque projeté à l'arrière »*. Ce que nous constatons au regard de la conduite d'entretien et examen, c'est que non seulement le médecin a réfléchi à son processus de raisonnement mais il a élaboré un certain nombre d'arbres diagnostics et décisionnels qu'il convoque au fur et à mesure de son interrogatoire/examen auprès du patient en vue d'agir en conséquence de la situation diagnostiquée. Il précise au sujet de son activité lorsqu'on l'interroge sur la part intuitive de celle-ci : *« la médecine d'urgence se prête assez peu à ça ! Parce que on a, on est souvent devant des situations où il va falloir faire des thérapeutiques rapides. Et avec une thérapeutique qui est en général très agressive,*

---

[29] Péricardite : inflammation du péricarde et comprend souvent un épanchement liquidien. La péricardite peut être provoquée par de nombreux troubles (p. ex., infection, infarctus du myocarde, traumatisme, tumeur, maladie métabolique) mais est souvent idiopathique.(Brian D. Hoit, 2020)

[30] Pleurésie : La pleurésie virale est une infection virale des plèvres (Richard W. Light, 2021b)

[31] Epanchement pleural : sont des accumulations de liquide dans la cavité pleurale (Richard W. Light, 2021a)

[32] Crépitants : bruits détectables à l'auscultation pulmonaire comparable au froissement d'une mèche de cheveux (Larousse)

invasive, avec un risque de iatrogénie[33] *majeure. Donc il est important de faire les choses le plus étayé possible. Même si l'étayage doit être rapide pour limiter au maximum la iatrogénie ».* Nous avons rapproché son explicitation au sujet du processus cognitif qui lui permet d'élaborer sa prise de décision vers la notion de compétence intuitive des experts de Klein développée page 31 de cette thèse. Pour rappel, ce dernier auteur précise dans son ouvrage *Source of Power*, la compétence intuitive des experts : *illustre ces intuitions de compétence, qui permettent à une solution au problème en cours de venir rapidement à l'esprit parce que des indices familiers ont été reconnus* (Kahneman & Clarinard, 2012, p. 221).

Au sujet des liens questions/théories mobilisés par les IDE, il apparaît que ces derniers réalisent un recueil de données à partir desquelles ces professionnels identifient principalement les risques encourus par le patient. Pour exemple, Mélanie fait référence au risque de traumatisme cervical lorsque le patient lui parle de chute, au risque de détresses respiratoire lorsque le patient présente une désaturation, au risque hémorragique face à une douleur abdominale et une chute de la tension artérielle. Justine cherche un ou plusieurs facteurs de gravité d'un traumatisme en relevant la présence d'un hématome, d'une diminution de la mobilité, d'une déformation et d'une douleur intense. Sophie identifie le risque inflammatoire et/ou infectieux[34] devant une douleur des articulations sans processus traumatique connu. Romain identifie un risque de traumatisme crânien quand son petit patient évoque des vomissements après sa chute. Sylvie émet le diagnostic infirmier de syndrome infectieux face à la présence d'une fièvre et une hyperleucocytose[35]. Elise évoque pour sa part un risque d'atteinte neurologique devant des signes de troubles de la vision, d'hypertension artérielle à 203/93 mmHg conjuguée à des antécédents d'hypercholestérolémie. Les IDE évoquent ces risques au fur et à mesure de leur entretien avec le patient sans pour autant poser des questions spécifiques « à la recherche de » ou « à l'écoute de » comme le médecin peut l'envisager et réaliser son interrogatoire ou

[33] Iatrogénie : Trouble ou maladie consécutive à la prise d'un médicament ou à un traitement médical. (Robert)

[34] Inflammation versus infection : Toute lésion, y compris l'invasion par un micro-organisme, provoque localement une inflammation. L'inflammation, qui est une réaction complexe, est provoquée au cours de nombreuses situations différentes. Les tissus endommagés libèrent des substances qui provoquent une inflammation. (Bush, 2020) Alors qu'une infection est la pénétration et le développement dans un être vivant de micro-organismes qui peuvent provoquer des lésions en se multipliant, et éventuellement en sécrétant des toxines ou en se propageant par voie sanguine (Larousse).

[35] Hyperleucocytose : Augmentation du nombre de globules blancs dans le sang. Normalement le taux varie de 4 000 à 8 000 par mm3 chez l'adulte.(Delgos, 2022)

examen. Les infirmiers de manière générale seraient plus dans une coordination agie que conceptuelle.

Comme nous l'avons précisé plus haut, la différence de densité d'étude entre les deux professionnels, les responsabilités qui leur incombent et leurs objectifs sont autant d'explications que nous ne pouvons écarter dans cette différence d'élaboration de diagnostic de situation. Pour autant, nous nous sommes interrogée sur les capacités à convoquer les connaissances qu'elles soient théoriques ou expérientielles pour poser les questions précises au patient. En se référant à la théorie de Klein et Kahneman, nous aurions voulu interroger la notion d'aisance cognitive afin de comprendre si l'accès à la compétence intuitive est facilité par la confiance en soi des professionnels. Pour rappel, l'aisance cognitive est une perception de l'environnement qui permet à l'individu de se sentir en confiance et sûr de lui. Pour Kahneman, *s'il est impossible d'accorder foi à la confiance subjective, comment évaluer la validité probable d'un jugement intuitif ? Quand les jugements sont-ils le reflet d'une authentique expertise ? Quand trahissent-ils une illusion de validité ? La réponse tient aux deux conditions fondamentales à l'acquisition d'une compétence :*
- un environnement suffisamment régulier pour être prévisible ;
- la possibilité d'apprendre ces régularités grâce à une pratique durable.

Nous avons tenté d'aborder la notion de confiance en soi lors de nos entretiens avec les différents professionnels, et nous partagerons nos remarques et questionnements dans la partie discussion.

Désormais, nous souhaitons interroger la transmission des informations par les IDE au médecin et aux autres professionnels, afin de finaliser l'étude du processus cognitif des IDE dans l'élaboration de leur diagnostic de situation.

IV. 3. 3ème catégorie : Transmission des informations au médecin ainsi qu'aux autres infirmiers

Ces informations sont cruciales dans la prise en soin du patient. En effet, elles déterminent les premiers soins que l'infirmier va prodiguer aux patients. Ces premiers soins qu'ils soient du rôle propre ou sur prescription médicale ont deux objectifs. D'une part, ils vont permettre de soulager la douleur et d'autre part, de débuter les premiers gestes d'investigation dans la recherche du ou des diagnostics médicaux. Par ailleurs, ces informations doivent permettre si nécessaire, l'intervention immédiate du médecin auprès du patient.

Après chaque tri, les IDE transmettent systématiquement au médecin sous la forme écrite ainsi qu'orale, les informations relevées auprès du patient. Dans le jargon médical, les transmissions écrites porte le nom de « macro-cible d'entrée ». Concernant les IDE, dont nous avons étudié l'activité, nous avons assisté à toutes ces transmissions orales, les avons filmées et avons réalisé un entretien d'auto-confrontation simple. Ce temps de transmission dure entre une à deux minutes environ. Ce qui semble significatif, c'est la différence entre les informations orales et celles écrites. Il apparaît que les IDE procèdent à des ajustements oraux à partir des informations écrites. Nous avons tenté d'avoir des explications sur ces derniers ajustements.

IV. 3. a. Transmissions écrites versus transmissions orales

Justine écrit sur le dossier numérique de la patiente :

> *« Trauma du coude à la patinoire se plaint du mouvement du coude ne peut plus plier au maximum le coude a pris arnica en granules homéopathique a mis anti-inflammatoire en gel ».*

Elle transmet ces informations à l'oral : *« Elle est arrivée parce qu'elle a un trauma du coude en fait. Au départ elle me présentait un peu le poignet mais finalement c'est son coude. En fait, elle a chuté à la patinoire, elle a pris de l'arnica en homéopathie, elle a mis du Voltarène® dessus mais elle dit que là ce soir, à la mobilisation. Pas d'autre antalgique par contre ! ».* Nous notons le style télégraphique des transmissions écrites avec un minimum d'informations par rapport aux transmissions orales. Ce style télégraphique se retrouve dans toutes les macrocibles d'entrée.

On retrouve pêlemêle les différentes cibles suivantes :

> *« Douleur spontanée malléole interne gauche depuis hier après-midi. N'a pas pris d'antalgique n'a pas fait d'effort particulier pas d'antécédent sur cette jambe. »*
> *« Chute mécanique de sa hauteur après s'être entravé dans un tuyau d'arrosage. S'est réceptionné sur un bout de bois (15h30). »*

Illustration n°5 : *Transmission IDE Médecin*



En ce qui concerne les transmissions orales de Justine, des informations supplémentaires apparaissent comme le départ de la plainte de la patiente qui était au poignet. Nous notons aussi le nom d'un médicament cité par l'IDE à l'oral alors qu'elle écrira la classe pharmaceutique du médicament à l'écrit. Cette dernière constatation viendrait du fait que les IDE ne retranscrivent en général aucun princeps[36] ou génériques[37] des médicaments mais plutôt la DCI (Dénomination Commune Internationale) afin d'éviter tout risque d'erreur (Orvain & Harmel, 2014, p. 4).

Par ailleurs nous avons noté une information qui n'apparaît ni à l'écrit, ni à l'oral mais qui cependant a été questionné lors de l'interrogatoire. Il s'agit du contexte de la chute. Justine précise que : *« Comme elle ne m'a pas vraiment détaillé exactement comment elle est tombée, dans le sens est-ce qu'elle était en train de patiner vite et que du coup elle a glissé et qu'elle*

[36] Princeps : premier médicament contenant une nouvelle substance pour un problème de santé.
[37] Génériques : celui que d'autres firmes sont autorisées à fabriquer et commercialiser à leur tour, quand la durée de protection de ce médicament se termine.

est tombée [...] Et je pense que du coup dans ma transmission, c'est pour ça que ça n'est pas ressorti au niveau du médecin. ».

Enfin, nous notons des éléments de recherche identique entre le médecin et l'IDE. En effet, dès les transmissions orales de l'IDE au médecin, ce dernier cherche à explorer l'apparition de douleur lors de certaines mobilisations en questionnant l'IDE. Pour ce cas précis, l'IDE avait prévu cette recherche lors de son interrogatoire. Il s'agit de la présence de douleur lors de la pronation[38]/supination[39], mime que l'IDE avait réalisé auprès de la patiente afin de déclencher ou pas une douleur. Nous notons ici la précision de l'interrogatoire de l'IDE qui met en exergue des informations capitales dans la recherche d'éléments venant étayer le diagnostic de situation. Nous avons tenté d'interroger l'IDE sur le lien existant entre elle et le médecin tant nous avons trouvé que cette dernière interaction était fluide entre le médecin et l'IDE. L'IDE nous confiera qu'il existe entre elle et le médecin un vrai lien. Cette IDE parle de trinôme entre l'aide-soignant, elle et le médecin. L'IDE nous confie lorsque nous l'avons interrogée sur l'existence de ce lien entre tous les médecins et les IDE : « *il faut s'apprivoiser mais franchement, non ! Je pense que dans un service d'urgences du moment où il y a cette difficulté du service en lui-même où il faut gérer différentes pathologies, il faut gérer différents caractères, du coup je pense que le lien est important entre tous les membres de l'équipe. Et il y a une proximité avec les médecins qui fait qu'on arrive justement à parler, poser des questions. Et en effet, moi je pense que pour le coup, j'ai beaucoup appris dans ce service parce qu'on avait des médecins qui étaient disponibles à répondre à chacune de nos questions* ». Cette information viendrait renforcer la notion de confiance proposée par Gary Klein au sujet de l'aisance cognitive.

Ce temps de transmission oral semble être un moment de rencontre entre les deux professionnels (IDE et médecin), qui tentent de préciser en commun le caractère critique ou non de la situation. Grâce à l'identification de la criticité du patient, un des IDE nous confie organiser souvent la gestion de la fluidité des urgences : *« il y a des patients compliqués à gérer, qui ont des polypathologies et des fois, il faut un peu les aiguiller ou dire au médecin : tu n'oublies pas, il y a ce patient-là aussi à voir. Parce que c'est vrai que dans la tête du médecin*

[38] Pronation : Mouvement de rotation interne de l'avant-bras, la paume passant du dehors au dedans, opposé à la supination.
[39] Supination : Mouvement de rotation externe de l'avant-bras, amenant la paume de la main de l'arrière vers l'avant (quand le bras est vertical) ou du bas vers le haut (quand le bras est horizontal), par opposition à la pronation.

il ne fera pas partie du patient grave à gérer en priorité donc du coup des fois il faut faire des petits rappels ». C'est aussi un temps où le médecin prescrira à partir des informations données par l'IDE, la réalisation d'examens complémentaires comme un électrocardiogramme ou une bandelette urinaire avant d'aller interroger et examiner le patient. On note ici l'importance de ces transmissions orales puisqu'elles conditionnent l'imminence ou non de l'intervention médicale ou même l'anticipation de certains examens diagnostics.

Nous émettons l'hypothèse que les ajustements qu'opèrent les IDE dans les informations orales et écrites qu'ils transmettent, démontreraient des capacités de synthèse en citant les éléments déterminants pour que le médecin puisse prendre les premières dispositions. Ces capacités de synthèse et le choix dans les informations à transmettre demandent à être explorées plus précisément. Comment les IDE sélectionnent les informations importantes à transmettre oralement ? A partir de quels concepts le font-ils ? La différence de style entre l'écrit et l'oral nous ayant questionné, nous avons tenté d'explorer les raisons de celle-ci en interrogeant les IDE à ce sujet. Il apparaît que le dossier numérique est aussi un document de traçabilité qui permet en cas de retours du patient ou tout simplement de recours, les informations consignées sont médico-légales. De fait les IDE expliquent ne noter que le strict minimum dans un but de minimiser leur temps de retranscription.

Quelques mois après les différents enregistrements, nous avons souhaité rencontrer les IDE du service afin de leur soumettre pour approbation la cartographie des différents éléments de prise en soins des patients aux urgences. Il nous alors été confié que les pratiques avaient changé dans la réalisation des transmissions écrites. Le style télégraphique serait peu à peu abandonné. Les IDE écriraient par ailleurs les différents risques identifiés sous forme de « cibles ».

IV. 3. b. Anticipation des examens à effectuer

Une autre constante apparaît dans ce temps de transmissions orales. Elle réside dans l'identification des examens à effectuer. Nous avons noté que dans l'intégralité des tris filmés, les IDE ont identifié les examens exploratoires à réaliser afin d'anticiper la prise en soin des patients. Nous proposons d'explorer leur anticipation.

Alors que Romain et Justine reçoivent chacun un patient victime d'un traumatisme, tous les deux savent qu'une radio aidera le médecin dans l'élaboration d'un diagnostic final. Mais alors que les patients décrivent chacun une situation évoquant une chute accidentelle, le siège de la lésion traumatique n'est pas aussi évident qu'il n'y parait. Romain tente d'explorer la cinétique de la chute en élaborant un scénario afin d'identifier des lésions annexes. L'analyse de la situation à partir des éléments retraçant la chute amène Romain à imaginer des lésions crâniennes alors que le patient évoque uniquement une douleur à la cheville. Justine réalise un raisonnement identique à celui de Romain en tentant de visualiser la chute de la jeune fille qui vient consulter pour une douleur au niveau du poignet diffusant dans tout l'avant-bras. L'IDE, par le biais de son interrogatoire accède à des antécédents de la jeune fille que le médecin reprendra afin de définir précisément le siège des lésions traumatiques, en l'occurrence ici le coude.

Dans l'analyse de la situation qu'Amélie a intellectuellement réalisée, elle a imaginé devoir entreprendre un ECG (électrocardiogramme) qui permettrait au médecin d'avoir des éléments objectifs concernant l'activité électrique cardiaque de la patiente. Quant à Sylvie qui travaille de nuit, l'organisation du plateau technique à disposition sur l'établissement durant la période vespérale conduit l'IDE à anticiper un certain nombre d'examens exploratoires comme la réalisation d'un prélèvement sanguin. L'analyse de situation qu'elle réalise lui permet d'identifier avec précision les investigations diagnostics à entreprendre. Son anticipation va au-delà de la simple analyse de situation du patient. Soucieuse de minimiser le temps d'attente du patient au sein des urgences, l'IDE anticipe des examens sanguins validés ensuite par le médecin. En effet, son analyse de situation lui a permis d'accéder au problème potentiel d'infection qui justifie la recherche de bactéries dans le sang mis en évidence par la culture de celui-ci grâce des flacons d'hémoculture. Elle nous confie : *« la nuit, on est assez autonome. Il décrivait quand même une hyperthermie qui persistait même si elle était fluctuante et qu'elle disparaissait seule. Il a décrit une hyperthermie et des frissons, hier, la veille et je crois même,*

la journée, il en avait eu. Donc du coup, j'en a pris en fait dans le cas où je lui fais une prise de sang tout ça. Et généralement, les médecins en fait ils le demandent. On connaît bien nos médecins, on sait en général, s'ils vont le demander ou pas. Quand on a un doute, on va aller leur demander directement avant de prélever le bilan, tout ça. Là, j'avais fait rapidement pour le bilan parce que en fait, c'était 23h, et que le labo, on a plus de labo à partir de 23h, et le bilan part à Montpellier directement. Donc c'est pour ça que si j'avais fait en autonomie ». Sylvie précise que les indicateurs du patient qui lui ont permis de réaliser ce bilan par anticipation ont été la fièvre et les frissons. Des facteurs extrinsèques au patient comme la présence du laboratoire d'analyse jusqu'à 23h dans le service a favorisé cette prise de décision. Sylvie explique : *« Le problème c'est qu'après le patient il va attendre plus de deux heures, le temps que le bilan arrive à Montpellier. Ça va durer une heure. Et le temps qu'on ait tous les résultats, ça va durer encore une heure, une heure et demie. C'est pour ça, plus tôt je l'envoie au labo, et il y avait encore un labo, là sur place pour revérifier la numération formule, voire si l'hyperleucocytose avait encore augmenté ou si elle était en train de diminuer ».* Sylvie a ainsi priorisé ses actions afin d'éviter une trop longue attente du patient. En effet, elle explique devoir réaliser une bandelette urinaire à postériori. Cet examen ne lui demande pas une gestion particulière car le matériel d'exploration est à disposition dans le service et lui permet d'avoir des éléments objectifs en temps réel sur l'état de santé de son patient. C'est à partir de la visualisation de la chute ou des signes cliniques évoqués que les professionnels anticipent les examens à réaliser en vue d'éclaircir le diagnostic médical tout en tenant compte de l'organisation du service. La priorité étant de diminuer le temps de présence du patient aux urgences.

La prise en compte de l'attente du patient dans le service participerait au souci de bien-être du patient. Nous souhaitons désormais accéder à l'attention de bienveillance que nous avons repérée chez les IDE.

IV. 3. c. Le CARE comme fil conducteur de la prise en soin des patients aux urgences

Parmi les invariants situationnels recueillis auprès des sept infirmiers, nous avons relevé une constante qui semble « planer » sur la prise en soin des patients accueillis. Aucun élément précis émerge dans le discours des professionnels interrogés mais le souci, l'attention et les précautions prises par les professionnels auprès de leurs patients durant les accueils filmés nous est apparus comme une constante. Nous avons rapproché ces attentions du concept du CARE et nous nous proposons de développer celui-ci dans le paragraphe suivant à travers les sept tris auxquels nous avons assisté.

Le concept du CARE

Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, nous informe sur le concept du CARE en définissant le mot « soins » en français par deux orientations possibles :

- Prendre soin, « *take care* » en anglais
- Apporter des actes de soins CURE

Selon lui : *La distinction entre les actes de soins que l'on pose et le soin qui peut les imprégner réside précisément dans une intention, une intention dirigée vers ce qui est bien, une intention par laquelle on s'interroge sur ce qui pourrait faire plaisir, sur ce qui pourrait contribuer à apporter un peu de bonheur, à permettre d'être heureux ou un peu moins malheureux* (Hesbeen, 2012, p. 6). L'auteur explique que le prendre soin au sens de *« care »* demandent aux soignants *de réfléchir de manière approfondie à ce que je nommerai deux valeurs fondamentales […] le respect et la dignité* (*Ibid.*).

Il précise que *Le respect requiert un travail qui nous met à l'épreuve lors de chaque rencontre et qui consiste à ne pas réduire cet autre à la spontanéité des sentiments que l'on ressent à son contact* (*Ibid.*). Quant à la dignité, l'auteur mentionne Gabriel Marcel. *Prendre en compte la dignité de l'humain c'est lui reconnaître, en toute circonstance, la capacité de prononcer deux « tout petits » mots que sont « ma vie ». Il s'agit ainsi de ne pas négliger, quelle que soit sa dégradation biologique, quelle que soit son altération psychique, que cet humain est en train de vivre « sa vie » et qu'il est atteint en son corps, en son élan de vie, par ce qui lui arrive (Ibid.).* Walter Hesbeen nous explique que le soignant *est toutefois appelé, dans sa pratique quotidienne, lorsqu'il en a le désir, à réfléchir au soin qu'il peut mettre dans ses soins, c'est-*

à-dire à réfléchir au prendre soin de la personne à qui se destinent ses différentes formes de soins (*Ibid.*).

Enfin l'auteur nous apprend que pour combiner du soin aux soins, les professionnels font appel à des compétences de situation qui se fondent sur *l'intelligence du singulier, intelligence qui conduit les professionnels à essayer de détecter, de décoder ce qui est important pour le patient et son entourage en une situation singulière en vue d'en tenir compte dans leur action* (*Ibid.*).

Nous avons noté chez l'intégralité des professionnels interrogés cette intelligence de situation qui leur a permis de décoder ce qui semblait être important pour leurs patients.

Une attention en réponse à une intention

Nous avons constaté que les attentions des IDE portées à leur patient c'est-à-dire l'interrogation que les professionnels se posent sur *ce qui pourrait faire plaisir, sur ce qui pourrait contribuer à apporter un peu de bonheur, à permettre d'être heureux ou un peu moins malheureux* (Hesbeen, 2012, p. 6) réside dans un geste, un mot, une anticipation… Ce qui nous a le plus questionné, c'est que cette attention s'insère dans la situation sans que le moindre indice visible d'une demande quelconque de la part du patient existe dans la scène qui s'est jouée devant nous. Cependant, les soignants ont une intention précise qui explique leur attention. Ce qui suit permettra de dévoiler cette intention commune en regard des diverses attentions. Nous proposons d'exposer les scènes représentatives de ces attentions.

Alors que Mélanie termine son interrogatoire, elle questionne son patient sur la position d'attente dans laquelle il se sentirait le plus confortable. Lorsque celui-ci demande si rester assis au lieu d'être allongé peut accélérer le processus, elle précise que non. Cependant, elle recommande au patient de garder la position d'attente la moins douloureuse possible. Elle précise ainsi avoir pour objectif de permettre au patient d'être le mieux installé possible. Cependant, nous nous sommes questionnée sur cette attitude et avons un peu plus interrogé les autres professionnels lorsque nous avons identifié des attentions similaires.

Une des préoccupations sur lesquelles les IDE donnent des précisions, sans que le patient ne demande d'explication, concerne son temps d'attente avant la visite du médecin : les IDE veulent minimiser le temps que va passer le patient avant la visite du médecin. Sophie avance l'idée que : « *Les patients ont besoin de savoir pourquoi ils attendent et combien de temps ils*

vont attendre et ce qu'on va lui faire. Leur expliquer permet de créer une relation afin qu'ils soient détendus ». Nous en avons déduit un théorème en acte au sens de Vergnaud. Le concept en acte proposé par l'IDE concerne la relation soignant/soigné. L'intention de l'IDE est de créer une relation détendue entre le patient et les soignants, son attention va consister en la précision des raisons de l'attente, voire des examens qui seront réalisés pour éviter la déception du patient. On voit donc une intention générée par des attentions envers des patients.

Lorsqu'Elise prend en soin sa patiente qui consulte aux urgences parce qu'elle craint de faire un AVC (accident vasculaire cérébral), l'IDE précise les données chiffrées de la tension artérielle de cette dernière alors qu'ils sont significativement élevés. Le théorème en acte évoqué est : *« Si on ne leur dit pas, ils le voient et ils se mettent des trucs en tête ».* Elise va même jusqu'à elle-même inspirer un état impavide afin de ne pas véhiculer de stress. Elle explique au sujet de sa patiente *« elle se rassure, mais elle se dit l'infirmière elle n'a pas été inquiète ».* L'attention d'Elise est d'éviter aux patients d'interpréter les données avec comme intention de diminuer l'état de stress jusqu'à inspirer la sérénité. On voit à nouveau une intention générée par une attention.

Romain et Justine réalisent le tri de patients se présentant pour un traumatisme. Chacun des IDE tente de préciser la localisation exacte de la douleur en examinant l'état local de l'articulation et/ou du membre douloureux. Les tris réalisés par Romain et Justine sont les plus courts comparativement aux autres tris. En effet, ils représentent respectivement 5mn 20 et 5mn 40 alors que les autres tris représentent plus de 6mn 30 jusqu'à 10mn pour Amélie. Les recommandations de la SFMU (Société Française de Médecin d'urgence) proposent une moyenne de durée de tri à 5-6 mn (Hugenschmitt et *eal.*, 2020, p. 2). Les deux soignants durant leur tri, accordent de l'importance à la relation soignant soigné qu'ils vont créer avec leur patient. Pour les IDE ce qui semble poser un réel souci, c'est l'impossibilité d'avoir un visuel sur leur patient lorsqu'ils l'interrogent. Romain précise : *« je me mets à leur place et, en tout cas juste dans l'aspect relationnel avec le soignant parce que je ne peux pas avoir leur maladie et leurs problèmes mais heueueueu je trouverais ça bizarre quelqu'un enfin de parler à un dos quoi ! Je comprendrais que la personne elle n'y est pour rien et des fois je leur dis quand vraiment il y a beaucoup d'antécédents à marquer, je leur dis, je suis désolé, mais je suis obligé de vous tourner le dos ».* Justine aura un discours identique lorsqu'on la questionnera sur la disposition de l'ordinateur dans le box de tri. Elle nous livre avoir besoin d'un visuel sur son

patient lorsqu'elle l'interroge afin d'identifier si celui-ci comprend les questions qu'elle pose. Justine précisera s'attarder sur le lien avec le patient qui pour elle facilite la communication et le lien qu'elle entretien avec son patient. Le concept en acte est : *« le lien de communication »*. Le théorème en acte est *: « quand je communique avec eux, le fait de les regarder ça me permet de voir si « est-ce qu'il a compris ma question, pas ma question, est-ce qu'il faut que je la reformule ? Et du coup en tournant le dos c'est plus compliqué. »*. L'attention des soignants est de ne pas tourner le dos au patient et l'intention est de créer une relation suffisante pour une communication optimale. Sylvie a la même préoccupation en s'excusant auprès de son patient lorsqu'elle lui tournera le dos : *« Je préfère principalement voir les patients, voir ce qu'ils me disent »*.

Enfin, Amélie qui a très rapidement identifié des signes d'anxiété chez sa patiente, a des intentions de réassurance. Le théorème en acte proposé est : *« les gens ils vont sur internet. Et ils arrivent ici en disant j'ai un grave truc, je pense que je fais ci ou que je fais ça ! Ils nous donnent même des mots qu'on ne connait même pas »*. Ainsi, l'IDE s'attarde à réassurer ses patients en précisant les chiffres obtenus lors de la mesure des paramètres vitaux en rajoutant la normalité des chiffres obtenus : *« C'est déjà un paramètre qui est très rassurant ! »*. Le terme rassurant est pris ici pour elle. L'attention est de préciser la normalité ou pas des chiffres obtenus lors de la mesure de la pression artérielle, par exemple avec pour intention de réassurer les patients.

Les intentions des IDE se dissimulent derrière une multitude d'attentions que nous ne pouvons pas décliner dans leur intégralité tellement elles sont nombreuses. Nous émettons l'hypothèse que les intentions se rapprochent des concepts en acte évoqués par les IDE que ce soit le lien de communication, la réassurance, la sérénité ou la relation soignant-soigné.

A ce point nous pourrions émettre l'hypothèse suivante, l'attention serait un concept pragmatique, alors que l'intention serait le but du schème d'action par lequel il est mobilisé. Les théorèmes en acte permettraient de mettre en acte attention et intention.

IV. 4. Conclusion des résultats

En conclusion de cette partie résultats, nous reprendrons les différentes hypothèses émises ainsi que les questionnements qui en découlent en réponse à nos questions de recherche.

D'une part la compétence numéro une des IDE qui est *l'évaluation d'une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers* passe entre autres par l'évaluation de la douleur. D'autre part, le résultat de nos recherches montre que l'IDE développe des capacités d'écoute à accueillir la part illocutoire du discours des patients dans l'expression de la plainte exprimée ou pas. Enfin, accéder à la part illocutoire du discours du patient demande de la disponibilité afin d'accéder à la plainte non explicite. C'est ainsi qu'apparaissent les concepts que nous venons d'identifier dans la partie antérieure relation soignant-soigné, la communication ou encore la réassurance. Mais alors, une question subsiste : quels sont les éléments qui participent à la construction et au développement des concepts en soins infirmiers dans les intentions que les soignants ont envers leurs patients ?

D'une part, le résultat de nos recherches montre la nécessité pour les IDE d'avoir des capacités d'observation fines, des capacités d'ajustement de leur discours et de la disponibilité pour repérer des indicateurs afin d'évaluer la douleur. Ces dernières remarques répondent en partie à la question posée initialement : quelles sont les ressources mobilisées par l'IDE en poste lorsqu'ils conduisent un raisonnement clinique ?

D'autre part, des aspects socio-culturels de l'IDE vont contribuer à cette évaluation. Enfin ces mêmes aspects socio-culturels mais chez le patient vont également confirmer ou infirmer le raisonnement suivi par l'IDE. Nous nous interrogeons sur les représentations de la douleur éventuellement construites par la communauté des soignants et ainsi que sur les données recueillies pour en saisir l'expression. Mais alors, comment les représentations de la douleur sont-elles mobilisées par un collectif alors que le concept lui-même dépend de constructions individuelles ?

D'une part l'évaluation de la situation clinique du patient passe aussi par la traduction du discours du patient en terme médicalement exploitable, ce qui demanderait à l'IDE d'accéder aux différents dictionnaires sémantiques de ses interlocuteurs afin de faire préciser et de préciser la plainte du patient. D'autre part le raisonnement hypothético-déductif permet aux IDE d'identifier les risques encourus par le patient après avoir traduit la plainte de celui-ci.

Cependant, le mal-être du patient ne serait pas totalement explicite et la pensée intuitive de l'IDE serait une capacité non négligeable que le soignant devrait développer pour accéder et préciser l'état de santé du patient. Enfin nous avons montré, en mobilisant les recherches de Kahneman, que le développement de la pensée intuitive passe par l'aisance cognitive conditionnée par un environnement suffisamment régulier pour être prévisible et la possibilité d'apprendre de ces régularités grâce à une pratique durable. Comment les soignants développent-ils cette aisance cognitive ? Quelles sont les éléments qui la favorisent ? Mais alors comment convaincre que les instances de la formation initiale que cette pensée intuitive devrait faire partit de la formation initiale ?

Le travail de recherche réalisé permet d'affirmer que les connaissances théoriques que mobilisent les soignants, lorsqu'ils conduisent leur raisonnement clinique ne sont pas toutes identifiées. Comme le décrit Pastré, l'identification des connaissances théoriques par les professionnels est dépendante de la situation dans laquelle ils ont rencontré le savoir. C'est-à-dire que ces savoirs rencontrés lors des différentes situations rendent ces derniers totalement adhérents à la situation. D'autre part Schwartz (Schwartz, 2011) nous montre que pour pouvoir mobiliser un savoir dans d'autres situations dans laquelle il a été appris, il est nécessaire d'opérer une désadhérence pour pouvoir les mobiliser ailleurs. Mais alors comment la formation des IDE pourrait contribuer dans le cadre d'une formation en alternance intégrative (Mathey-Pierre, 1998), à faire désadhérer des savoirs totalement acquis en des savoirs mobilisables ailleurs ?

Notre enquête réalisée sur le terrain nous a permis de répondre en partie à notre questionnement initial. Désormais, nous souhaitons mettre en perspective nos résultats avec l'apprentissage du raisonnement clinique en IFSI.

Chapitre V : Discussions et perceptives

Cette dernière partie est consacrée à la mise en perspective des résultats obtenus pour l'apprentissage du raisonnement clinique en sciences infirmières. Notre recherche ayant en partie un aspect technique, nous allons tenter des pistes d'amélioration de la formation initiale.

V. 1. L'activité raisonnement clinique en service de soins

Tout d'abord, nous souhaitons évoquer ici la visibilité de l'activité raisonnement clinique. Comme souligné par Pedarribes et Lefeuvre, les *écrits professionnels ne mettent pas en évidence le chemin intellectuel usité par l'infirmière dans son raisonnement clinique* (Pedarribes & Lefeuvre, 2014, p. 628). Ils rajoutent : *l'évaluation d'une situation clinique qui fait appel au raisonnement clinique reste donc une compétence abstraite, complexe et peu visible pour un étudiant en soins infirmiers (Ibid.)*. Psuik, analyse des verbatims de soignants interrogés sur leur activité de raisonnement clinique et rejoint Pedarribes : *le terme de « raisonnement clinique » est inconnu sous ce vocable, ces professionnels développent un certain niveau de raisonnement clinique qui n'est pas verbalisé et qui semble se limiter à des aspects médico-techniques* (Psuik, 2019, p. 20). Notre enquête nous a aussi permis d'identifier cette dernière remarque car peu d'IDE ont évoqué réaliser des diagnostics infirmiers durant leur tri. Depuis, le système d'exploitation informatique utilisé dans le service où l'enquête a été réalisée, permet aux IDE de proposer des diagnostics de situation sous forme de risques encourus par le patient et ainsi de donner une certaine visibilité à leur raisonnement clinique. Ce qui permet de justifier les surveillances cliniques et paracliniques nécessaires.

Se pose ainsi la question de la légitimité du raisonnement clinique suivi par les IDE. Psuik fait ce commentaire au sujet du raisonnement clinique des IDE : *La question se pose alors de la légitimité et de la responsabilité pour le professionnel de santé de porter un jugement clinique. Il est évident que l'infirmier par exemple ne peut énoncer un diagnostic médical sans que celui-ci soit validé par le médecin, sous peine d'être accusé d'exercice illégal de la médecine. Cependant, l'expérience et les compétences développées par un professionnel vont lui permettre d'évoquer mentalement l'hypothèse d'un diagnostic médical et d'aller à la recherche d'indices et de signes suffisamment pertinents qu'il communiquera au médecin. L'infirmier peut ainsi s'autoriser à penser et à contribuer à l'élaboration du diagnostic médical par le médecin* (*Ibid.*). La question du raisonnement clinique qui permet d'élaborer une démarche clinique dans le but d'identifier un diagnostic infirmier, fait encore débat ayant tendance à créer

une scission entre le corps paramédical et médical. Cette scission prive les uns d'une activité intellectuelle légitime et les autres d'une aide précieuse pour leur démarche diagnostic. Notre volonté n'est pas d'alimenter un débat qui n'a pas lieu d'exister dans le sens où l'activité diagnostic fait partit du référentiel de compétences des IDE. Celle-ci s'exprime dans une diversité d'activités professionnelles puisqu'elle participe à une prise de décision. Notre volonté ici est de permettre à cette activité décisionnelle d'être explicite et formalisée afin d'être argumentée et débattue si nécessaire. Nous pensons que le raisonnement clinique doit être enseigné dans les IFSI de façon pragmatique, afin d'assoir sa légitimité et de diminuer la tension entre sa visibilité et son invisibilité dans les services de soins, et ainsi, coller au plus près des exigences du terrain. Cette dernière remarque a été précisée en 1994 par Norma Lang du conseil international infirmier (Marchal et *eal.*, 1995, p. 10). Pour ce faire, le raisonnement clinique doit être rendu visible afin d'identifier les étapes, les connaissances théoriques mobilisées et l'aboutissement de la démarche pour une prise de décision argumentée et négociable ; voire remise en question par les autres professionnels si nécessaire. Mais attention, le raisonnement clinique n'est pas et ne peut pas être un processus linéaire. Les soignants, qu'ils soient IDE ou aide-soignant, ont à disposition des outils d'aide au diagnostic que nous proposons de décrire.

V. 1. a. Les prémices de la démarche clinique par le recueil de données

Le recueil de données est la première étape d'un raisonnement, peu importe le métier dans lequel les professionnels exercent. Par exemple, le mécanicien identifie le modèle de la voiture à réparer afin d'ouvrir soit le capot, soit le coffre pour trouver le moteur sur lequel il va travailler. La couturière va prendre les mesures de la personne avant de se lancer dans la coupe d'un vêtement afin d'adapter la taille du tissu en conséquence. L'infirmier recueille les données concernant la personne afin d'identifier dans quel contexte la personne soignée se situe. Il existe une multitude d'outils qui permettent aux soignants de recueillir les données d'une personne. La théorie de soins de Virginia Henderson (VH), célèbre pionnière anglosaxonne reste celle la plus universelle (Bal-Craquin, 2004, p. 3). Ce modèle conceptuel a permis d'élaborer un schéma exploratoire de recueil de données de la personnes soignée autour de ses capacités, dépendances ou indépendances. Loin de nous l'idée de proposer l'intégralité des théories de soins ou des outils permettant aux soignants de réaliser un recueil de données. Ceux-ci ayant pour efficacité de permettre à ceux qui les utilisent, d'avoir en mémoire une méthode permettant d'être le plus exhaustif possible. Cependant, interrogeons-nous sur les différentes méthodes dans leur constitution. Lorsque VH propose un recueil de données selon quatorze besoins, de quels

besoins s'agit-il exactement ? Nous sommes au début du siècle dernier, les besoins exprimés à cette époque ont-ils toujours été fondamentaux et le resteront-ils toujours ? La question de l'intemporalité des besoins fondamentaux de VH reste entière et ne fera pas l'objet d'un débat dans notre travail mais elle nous permet d'alimenter notre thèse grâce aux résultats obtenus sur le terrain. En effet, nous avons identifié d'une part que la disponibilité des soignants à l'écoute des malades était un réel moyen de sonder le mal-être de leur patient car leur(s) souffrance(s) n'étai(en)t pas des plus explicite(s). D'autre part, la prise d'indicateurs de la douleur était empreinte de représentations culturelles.

La disponibilité est cette *capacité à reconnaître l'autre dans son altérité* (Bernard, Cholet, Bigot, & Ancenis, 2013) avec le moins de subjectivité possible. L'écoute d'un sujet dans ses dimensions conscientes *concernent les émotions, les perceptions, l'imagination, les souvenirs, les pensées conscientes. Nous pouvons rattacher à ces processus conscients tout ce qui concerne la souffrance psychique du patient exprimée à travers ses plaintes, ses désirs […] Les processus inconscients concernent les actes manqués, les lapsus, les passages à l'acte…*(*Ibid.*). Cette dernière description n'est qu'un tout petit aperçu de ce que revêt l'action d'écouter ou être disponible à l'autre, mais nous nous questionnons sur la capacité des soignants lorsqu'ils sont à l'écoute des besoins de leur patient. Cette faculté n'étant pas innée, elle s'apprend, s'exerce et se peaufine. Certes l'expérience est, et restera, le seul moyen d'accroître cette capacité d'écoute. Quel est l'enseignement le plus approprié pour développer cette dernière ? Est-ce que s'approprier des outils, des grilles, une trame de questions, dont l'objectivité reste à prouver, tant dans les questions préformées que dans les indicateurs empreints de représentations culturelles, permettraient de recueillir des données exhaustives ? Ou bien, développer sa capacité d'écoute, de disponibilité à travers des moyens de communication permettrait de recueillir des informations avec le moins de subjectivité possible ? Ne serait-ce pas plus intemporel et moins résistant aux différentes représentations sociales ?

Nous allons identifier dans la partie suivante les outils méthodologiques qui étayent le raisonnement clinique à disposition des soignants à l'œuvre aujourd'hui.

V. 1. b. La démarche clinique sous forme de transmissions ciblées

Les transmissions ciblées la plupart du temps s'écrivent sous forme de tableau avec un style télégraphique. Au regard de chaque cible, se précisent la ou les actions réalisées ainsi que le résultat obtenu. *Les transmissions dites « ciblées » ont pour but de focaliser l'écrit, concernant chaque patient, sur une cible, c'est-à-dire sur une information saillante de la dernière relève du poste, puis de développer les informations concernant cette cible selon une structure formelle composée de trois critères : les Données, les Actions réalisées et les Résultats obtenus. La finalité de cette nouvelle prescription était de permettre un meilleur suivi, en temps réel et précis, de l'état du malade en sélectionnant les aspects significatifs de l'évolution du patient* (Boucheix, Coiron, 2017, p. 80). Une cible étant un élément de la santé du patient qui devient prioritaire à traiter. Le sommeil, la mobilisation ou encore l'état cutané peuvent-être une cible. *Selon la prescription, le critère de choix de la cible correspond à la « survenue d'un événement physiologique ou psychologique d'un état ou d'une sensation qui n'étaient pas présents et qui modifient la situation du patient » (Ibid.).*

Les transmissions ciblées ont plusieurs objectifs. Elles permettent d'être précises, synthétiques et d'assurer un suivi des différentes cibles dans le temps. Cependant l'article de Boucheix et Coiron nous informe sur le choix des cibles réalisés par les soignants qui, selon leur étude ergonomique sont, soit basées sur la théorie des besoins de VH comme la respiration, le sommeil ou l'appétit, soit *se rapportent plutôt à une variable d'évolution de l'état du patient* (*Ibid.*) comme la douleur, l'asthénie ou le saignement. Les auteurs précises que les ambigüités repérées dans les cibles choisies par les IDE seraient le reflet de difficultés à identifier réellement une cible. Une dernière remarque concernant les transmissions écrites est relevée par les auteurs et celle-ci nous interpellent pour le moins. En effet, *les transmissions écrites ne contenaient aucune mention explicite des dysfonctionnements à réguler et des échecs de régulation* (*Ibid.*) à la différence des transmissions orales qui elles en font état. Ce qui n'est pas sans nous questionner sur l'intérêt repéré par les professionnels des transmissions ciblées si celles-ci ne font pas mention d'un dysfonctionnement en cours ou en échec de régulation. Car un des objectifs des transmissions ciblées est justement d'assurer un suivi sur l'état de santé des patients qui présentent un dysfonctionnement et particulièrement si celui-ci n'est pas réglé.

Les concepts de macrocible et de cible viennent préciser l'organisation des écrits des infirmiers et des aides-soignants.

Nous rejoignons les auteurs de ce dernier article sur la question d'un modèle de transmission approprié aux infirmiers pour évoquer l'analyse de situation qu'ils réalisent et faire état de la démarche intellectuelle conduite. Les transmissions ciblées répondent à des objectifs de certification dans un but de traçabilité de l'activité soignante. Les logiciels informatiques de soins proposent d'ailleurs des cibles prévalentes sous forme de menu déroulant, afin de faciliter le choix des cibles par les soignants. Si, comme nous l'avons évoqué, dans les résultats de notre enquête, l'IDE traduit le mal être du patient dans sa composante organique et/ou psychologique, quelle est la part laissée à l'IDE dans l'expression de son art infirmier ? Autrement dit, si la confiance en soi participe à l'exactitude du diagnostic de situation des IDE parce qu'il favorise l'aisance cognitive, est-ce qu'un menu déroulant avec des propositions de cibles ne serait pas un frein au raisonnement clinique des IDE ?

V. 1. c. Les diagnostics IDE comme aboutissement du raisonnement clinique et préalable au plan de soin

La NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) définit les diagnostics IDE par : *Un diagnostic infirmier est un jugement clinique sur une réaction humaine aux problèmes de santé/aux processus de vie, ou une vulnérabilité à cette réaction d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Un diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmier(e) a la responsabilité* (Pascal & Valentin, 2022, p. 4). *Les diagnostics infirmiers peuvent-être soit un :*

- *Diagnostic infirmier focalisé sur un problème : un jugement clinique concernant une réaction humaine indésirable à un problème de santé/processus de vie qui est présente chez une personne, un proche aidant, une famille, un groupe ou une collectivité ;*
- *Diagnostic infirmier de type risque : un jugement clinique concernant la prédisposition d'une personne, d'un proche aidant, d'une famille d'un groupe ou d'une collectivité à développer une réaction humaine indésirable à un problème de santé/processus de vie ;*
- *Diagnostic infirmier de promotion de la santé : un jugement clinique concernant la motivation et le désir d'augmenter son bien-être et de réaliser son potentiel de santé ;*
- *Syndrome : un jugement clinique concernant un groupe spécifique de diagnostics infirmiers qui sont très souvent observés ensemble et qui se traitent mieux ensemble par des interventions similaires* (*Ibid.*).

Un diagnostic infirmier s'exprime par son intitulé, sa définition, ses caractéristiques (manifestations qui objectivent le choix du diagnostic) si le diagnostic est réel et non potentiel, ainsi que ses facteurs favorisants ou ses facteurs de risques.

En 1988, la NANDA propose une taxonomie de 110 diagnostics infirmiers. En 2000, cette classification comprend 155 diagnostics pour finir avec une dernière version de 267 diagnostics en 2021.

Le degré d'utilisation des diagnostics infirmiers en service de soin est peu documenté. L'article de Florence Romeder, certes peu récent puisque de 2009, questionne entre autres la pratique des diagnostics infirmiers en service de soin. Il nous révèle à partir d'une enquête de terrain, que les infirmiers ne formalisent pas leur démarche diagnostique à l'écrit malgré la reconnaissance de l'outil comme aide à la résolution de problème. Le manque de temps, la confusion entre diagnostic médical et infirmier ainsi que le manque de mots pour préciser les diagnostics, restent des arguments qui expliquent une utilisation peu représentative des diagnostics infirmiers en service de soin : *il semble que l'appropriation de ce vocabulaire soit propre à l'individu et donc encore peu effective et uniforme dans les établissements de santé. Son utilisation n'étant pas préconisée en tous lieux, elle ne fait pas la cause de régulation. Dans ce cas-là, la démarche mentalement opérée ne fait pas toujours l'objet d'échanges formalisés en équipe et n'impulse pas le mouvement espéré de ce processus d'évaluation et de coopération* (Romeder, 2009, p.113).

Cette enquête date de plus de 10 ans, et le simple fait qu'aucune autre étude de ce type n'ait été réalisée depuis l'universitarisation de la formation de 2009, sensée valoriser entre autres le raisonnement clinique, questionne. L'efficacité des diagnostics infirmiers n'est pas à prouver parce qu'ils font consensus au sein de la communauté internationale. Ce qui questionne c'est la place que les professionnels, ainsi que celle que les structures de soins en France, leurs accordent que ce soit dans l'organisation d'un service de soin ou encore dans l'exploitation de leur efficacité.

Par ailleurs, le chapitre 118 de *Urgences 2013* évoque l'importance des diagnostics infirmiers puisque : *l'essentiel des problèmes de santé pris en charge à l'accueil d'un service d'urgences sont des problèmes traités en collaboration avec les médecins, s'agissant de défaillances physiologiques ou mentales aiguës* (Boursin & C Maillard-Acker, 2013, p. 10).

Notre enquête nous a permis de mettre en évidence le jugement clinique des IDE qui se prononce plutôt sous forme de risque. Ce qui justifie les examens biologiques (bandelette urinaire par exemple) et physiologiques (électrocardiogramme par exemple) ainsi que les surveillances spécifiques (paramètres vitaux) qu'ils envisagent afin de surveiller l'état du patient durant son séjour aux urgences. Ce jugement clinique facilite, par ailleurs, l'orientation diagnostic du médecin.

Enfin nous nous questionnons sur deux autres points. Tout d'abord, nous avons vu que les concepts théoriques médicaux ne sont pas toujours évoqués par les IDE. Pour autant, chacun a une idée précise des orientations diagnostics possibles. La vision méta du processus cognitif étant proportionnelle à l'expérience, comment accompagner sa prise de conscience par les professionnels ? Enfin, nous nous questionnons sur l'accès à l'écrit des IDE, qui nous l'avons constaté, reste peu développé. Est-ce une question d'organisation qui laisse peu de place à la rédaction d'écrits ? Quel impact l'écrit peut avoir sur le raisonnement mais aussi sur la justification des actes ?

Nous nous proposons d'étayer notre questionnement sur le développement des capacités d'écoute et de disponibilité, de traduction du mal être des patients, de promotion de l'aisance cognitive, d'accès à l'écrit et aux concepts théoriques médicaux, par leur apprentissage en IFSI actuellement.

V. 2 Le raisonnement clinique dans l'apprentissage en sciences infirmières

Comme nous l'avons évoqué lors du premier chapitre, la formation des IDE a été modifiée en 2009 avec l'universitarisation de la formation. Depuis, les futurs professionnels construisent leurs compétences suivant un enseignement semestriel. Durant la formation de 3 ans, alternant 2100 heures de stage et le même quota horaire de théorie, les étudiants en soins infirmiers accèdent à des savoirs, savoirs-être et savoirs-faire par l'intermédiaire d'UE (Unité d'Enseignement). Ces UE sont découpées en enseignements dits contributifs aux savoirs infirmiers, UE constitutifs des compétences infirmières, unités d'intégration aux différents savoirs et en UE méthodologiques et de savoirs transversaux (Ministère des solidarités et de la santé, 2022, p. 66).

V. 2. a. Les unités constitutives des compétences infirmières

Les concepts théoriques nécessaires à la compréhension des pathologies sont enseignés grâce aux UE contributives dans lesquelles sont abordées les sciences biologiques et médicales. Un socle de connaissances est ancré par la biologie fondamentale et les cycles de la vie et grandes fonctions en début de première année. Les thérapeutiques et la pharmacologie se découpent en trois unités diffusées graduellement sur les trois années d'enseignement. La pédagogie du projet trouve sa place notamment dans le découpage institutionnel des enseignements par processus qui ont pour objectif de diffuser des savoirs théoriques sur les différentes pathologies. Ainsi, les étudiants infirmiers accèdent à la connaissance des maladies par la compréhension des problèmes traumatiques, dégénératifs, inflammatoires ou infectieux, obstructifs, tumoraux ou encore psychopathologiques suivant des logiques psycho-socio-physiologiques qui les caractérisent. *La pédagogie du projet part du principe suivant, c'est en agissant que l'élève se construit. Elle s'oppose au monde du strict enseignement qui propose des contenus dont l'élève perçoit mal la signification et l'utilité immédiate. Ces contenus à apprendre ne sont plus atomisés, hiérarchisés, mais reliés entre eux par le problème à résoudre* (Bordallo & Ginestet, 2006, p. 7). L'étudiant perçoit les logiques de chaque problématique, les associe à une maladie et en déduit les conséquences sur le corps humains. Ce mode d'enseignement a pour objectif d'une part de rendre l'étudiant acteur de son enseignement, et d'autre part de lui donner de l'autonomie dans la compréhension des pathologies dont il n'aurait pas suivi les enseignements et ainsi, d'associer les mécanismes de réparations à un processus dont il a acquis les logiques

d'action. Ainsi *l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles* (France. Ministère des solidarités et de la santé, 2022, p. 64).

Les UE constitutives des compétences infirmières permettent d'accéder au raisonnement clinique nécessaire à la prise en soins infirmière des patients. L'apprentissage de la compétence n° 1 : « Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers » débute en semestre 1 et 2 lors des UE 3.1 Raisonnement et démarche infirmière. Il continue en semestre 2 et 3 dans les UE 3.2 Projet de soins infirmier. *La contribution infirmière à la prise en charge de la personne soignée se traduit par un projet de soins infirmiers, ceci suppose une identification des problèmes de santé et des ressources de la personne soignée et de ses proches. L'élaboration de ce projet de soins infirmiers implique une collaboration pluridisciplinaire professionnelle. La personne soignée et ses proches seront sollicités pour l'élaboration de ce projet. Ce projet de soins infirmiers individualisé est un processus dynamique qui évolue. Il sera réajusté en fonction de l'état de santé, des besoins et des souhaits de la personne soignée.* (Guerrin, 2012). Le raisonnement clinique infirmier précède et ainsi contribue à l'élaboration du projet de soins. Les étudiants construisent et entraînent leur processus intellectuel de façon à adopter un raisonnement infirmier, qui sera régulièrement sollicité lors des stages, mais aussi lors des Unités d'Intégration où sont étudiées des situations de soins ou des situations cliniques.

Les méthodes pédagogiques qui participent à l'élaboration du raisonnement clinique des étudiants sont basées sur la démarche hypothético-déductive inspirée du falsificationnisme[40] de Karl Popper et adaptée par Thérèse Psuick pour les sciences infirmières. Loïc Martin dans son guide méthodologique sur le raisonnement clinique explicite la notion de raisonnement hypothético-déductif par la notion d'inférence déductive de Houdé : *l'inférence déductive est l'opération cognitive qui réalise l'enchaînement entre les prémisses et la conclusion* (L. Martin, 2019, p. 17). Martin précise qu'une déduction est *une opération qui consiste à admettre une proposition en raison de son lien avec une proposition préalable tenue pour vraie (Ibid.).* Ce qui n'est pas sans nous faire évoquer la notion de Modus Ponens développée page 28 de cette

[40] Falsificationnisme : En philosophie, pensée que l'homme ne peut pas se connaitre.

thèse qui sont pour rappel un *type de raisonnement logique consistant à affirmer une implication (« si A alors B »).*

Même si cette capacité participe au système de déduction naturel de tout être humain, l'apprentissage du raisonnement clinique nécessiterait de rendre explicite le processus intellectuel des professionnels en poste, afin de mettre en lumière les connaissances et expériences mobilisées ainsi que les déductions réalisées. Nous l'avons vu, ce processus mental reste encore aujourd'hui obscur par les étudiants car peu explicité par les professionnels de manière naturelle. De fait les étudiants lorsqu'ils sont en stage ne visualisent pas le travail intellectuel « invisible » que les professionnels exécutent. Il serait important de rendre visible cette démarche. Cependant, en l'état actuel de la situation, déjà tendue dans les structures de soins, il ne faudrait pas que cette visualisation apporte une augmentation de la charge de travail. Nous pensons que la verbalisation de cette démarche invisible pourrait contribuer à un développement des professionnels concernés. Enfin, cette mise en visibilité aurait pour effet de favoriser la transmission aux étudiants autant que rendre légitimes et argumentables, les choix thérapeutiques envisagés par les professionnels.

Les opérations mentales du raisonnement clinique sont pour autant décortiquées en IFSI lors des exercices autour de situations cliniques. Loïc Martin ordonne 6 piliers fondamentaux du raisonnement clinique infirmier qui sont :

- les connaissances théoriques
- les capacités d'observation
- l'examen clinique pour élargir le recueil de données
- l'écoute fondée sur la maîtrise des compétences relationnelles
- le recueil de données
- le tri et la catégorisation des informations.

Nous l'avons vu en introduction de cette partie, l'apprentissage des connaissances théoriques se réalise sous une forme de pédagogie par projet, ce qui permet aux étudiants de conceptualiser la problématique spécifique des pathologies. Nous souhaitons désormais développer les autres piliers en prenant un temps de réflexion sur l'écoute.

V. 2. b. L'écoute et la disponibilité

L'écoute n'est pas qu'un des cinq sens dont le seul capteur est l'appareil auditif. C'est aussi une capacité à reconnaître l'autre dans son altérité. Des fondements théoriques sont nécessaires à la compréhension des filtres que tout être humain met en place inconsciemment dans sa disposition à écouter l'autre. Cependant, l'exercice reste encore le seul moyen pour permettre aux étudiants en soins infirmiers de visualiser ces interfaces qui empêchent d'accéder à la compréhension des besoins de l'autre. Nous souhaitons évoquer ici, le fait que l'écoute est la base des trois autres piliers qui permettent de développer un raisonnement clinique. En effet, comment observer sans être à l'écoute, comment recueillir des données que ce soit par l'examen clinique ou l'interrogatoire sans écouter réellement les patients ?

Des apports en psychologie, sociologie et anthropologie sont amenés en semestre 1 et 2 du programme de formation en soins infirmiers et participent à la compréhension des comportements et interactions humaines que ce soit en société ou lors d'une relation de soins. Les unités d'enseignements 4.2 en lien avec la communication et la conduite d'une relation de soins participent au développement de la compétence n°1 dans le sens où les étudiants développent des capacités de communication, relation, médiation, d'écoute, de conduite d'entretien, de gestion du stress, etc…. Ces unités sont basées sur des modalités pédagogiques actives qui plongent l'étudiant dans *des situations de relation adaptée à des situations spécifiques de crise, détresse, deuil, conflits, violence....* L'analyse qui en découle doit *permettre à l'étudiant d'identifier ses émotions et leur utilisation […] une posture professionnelle juste et acceptable* (France. Ministère des solidarités et de la santé, 2022, p. 116). Le nombre d'heures consacré à ces UE est de 90 heures pour la théorie et 78 heures pour la pratique en exercice. Ce qui représente environ 8% du temps de formation en institut. Lorsqu'il est en stage, l'étudiant utilise les connaissances acquises avec les patients dont il s'occupe afin d'établir une relation de soin adaptée. Nous développons la thèse que la place des soins relationnels dans la formation infirmière nécessiterait d'être renforcée surtout sur la connaissance de soi, ce qui participerait à la construction d'un raisonnement clinique plus précis.

Plusieurs écrits alimentent notre thèse dont l'article de l'IFSI de Pontoise (95) qui propose un développement des compétences infirmières en s'appuyant sur la théorie de soins du *caring* élaborée par J Watson. L'objectif étant de permettre aux étudiants de développer leur empathie

à l'autre. J. Watson soutient que : *prendre soin de soi est un préalable pour prendre soin des autres, et qu'accompagner une personne dans une expérience liée à sa santé fait appel à l'intersubjectivité* (Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011, p. 68). Pour se faire, J. Watson avance l'idée que : *Être humain signifie avoir la capacité de ressentir. Bien trop souvent, des personnes se permettent de penser mais s'interdisent de ressentir des émotions. La seule façon de développer une sensibilité à soi et aux autres est de reconnaitre ses émotions et de s'autoriser à les ressentir qu'elles soient pénibles ou agréables (Watson, 1998, p.31).* La théorie du *caring* de J. Watson nous a invité à parcourir le concept de sollicitude de Paul Ricœur qui le définit par la *spontanéité bienveillante, soucieuse de l'altérité des personnes, intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée bonne* (Ricœur, 1990, 222). La lecture de l'article de Cécile Furstenberg, « La clé des soins relationnels : la sollicitude en chemin au domicile », nous apprend que la *sollicitude invite à la proximité de l'autre souffrant qui peut menacer la tranquillité du Moi et alors aussi susciter l'agressivité lorsque la sensibilité est exacerbée* (Furstenberg, 2011, p. 60). Des clefs en soins relationnels sont donnés aux étudiants par l'intermédiaire des techniques de relation d'aide définit par Carl Rogers comme *un entretien directif, centré sur la personne aidée. C'est une technique appartenant à la psychologie humaniste qui a pour but de valoriser et de respecter la personne humaine* (Roche-Garrigue, 2020, p. 2).

Mais la connaissance de soi reste un élément peu abordé en formation infirmière alors que celle-ci permet de favoriser la disponibilité à l'autre et ainsi, d'accéder plus précisément à sa demande. La connaissance de soi ne permettrait pas seulement à l'étudiant d'accéder à la demande précise de la personne soignée, elle permettrait de développer la confiance en soi et ainsi, l'aisance cognitive.

V. 2. b. L'aisance cognitive

L'aisance cognitive est, rappelons-le une perception de l'environnement qui permet à l'individu de se sentir en confiance et sûr de lui, selon Kahneman. Nous avons développé cette notion dans la partie II. A. 1. d. L'auteur évoque le lien inéluctable entre bonne humeur, créativité, intuition, crédulité et recours croissant au système 1, celui de l'intuition, construit au fur et à mesure de l'expérience avec pour limite, celles que l'on reconnaît et ainsi, nous invite à la prudence. Nous pensons que la connaissance de soi qui favorise la prise de conscience de ses propres limites, permettrait aux étudiants d'être plus efficaces dans leur prise de décisions. Et

l'article d'Elisabeth Donnaint, « Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez des étudiants en soins infirmiers » de 2015 étaye notre thèse. Un deuxième article de Francine Pellaud, « Développer la confiance en soi à travers une transformation des pratiques d'évaluation » de 2019 reprend les principes pédagogiques basés sur les psychologies cognitives pour expliquer l'importance de la confiance en soi dans l'apprentissage.

Pour donner suite à cela, un programme de développement personnel permettant d'accéder à la reconnaissance de ses propres émotions améliorerait le raisonnement des étudiants en soins infirmiers. *Les compétences émotionnelles influencent les émotions en vue de modifier leurs impacts sur les raisonnements et les comportements … ces compétences, essentielles au métier de la santé (15), permettent d'atteindre ce que Goleman appelle « un état de fluidité » quand les habiletés émotionnelles et cognitives se rejoignent, état propice pour l'apprentissage* (Donnaint, Marchand, & Gagnayre, 2015, p. 68). Cet état de fluidité qu'évoque Goleman correspond au concept de *Flow*, développé par Csikszentmihalyi (2004). Kahneman dans son ouvrage sur le système 1, système 2 fait par ailleurs référence au concept de *flow* de Csikszentmihalyi.

Aujourd'hui, les méthodes de développement personnel peuvent être de différents ordres. En psychologie, Rogers, Skinner, Freud, Winnicott et Piaget ont écrit autant d'ouvrages qui permettent de réfléchir et d'œuvrer pour la quête de soi. Nous avons fait référence à Karl Gustave Yung au début de notre thèse. Le célèbre psychanalyste coïncide le développement personnel à un processus d'individuation que nous avons défini en page 57. Ce dernier processus permettrait à chacun de se réaliser soi-même. *Pour cela, il est nécessaire de prendre conscience du contenu de l'inconscient, de se différencier des archétypes de l'inconscient collectif (la persona, l'anima, l'animus, la personnalité mana…) et d'étendre le champ de conscience jusqu'à atteindre ce point d'équilibre qui est le Soi* (Jaotombo, 2009, p. 7). Franck Jaotombo nous apprend dans son article sur « Vers une définition du développement personnel » que des docteurs en psychologie (Fredrickson et Losada) ont démontré les effets de la positivité sur le développement des capacités cognitives. *On retiendra également l'idée que ce processus entraîne une forme d'expansion du champ de conscience qui a tendance à réduire ou à atténuer nettement l'identification à un moi (ego) séparé ou isolé tout en renforçant nettement l'individualité. Il en résulte à la fois une plus grande autonomie et une plus grande*

capacité à inclure l'autre (interpersonnel) et l'environnement. Enfin, ce processus renforce la maturité, dans le sens où l'individu développe une perception beaucoup plus réaliste des choses, de l'autre et de l'environnement (Ibid.).

Après avoir argumenté la nécessité de favoriser le développement personnel des étudiants en soins infirmiers pour accéder pleinement à la disponibilité de la personne soignée, nous souhaitons aborder l'accès à l'écrit des futurs professionnels, autre domaine à développer chez les étudiants en soins infirmiers.

V. 2. c. La traduction du mal être du patient et l'accès à l'écrit

L'ouvrage de Maryvette Balcou-Debussche *Ecriture et formation professionnelle : l'exemple des professions de la santé* édité en 2004, nous informe sur la question des pratiques scripturales et leurs enjeux sociaux et cognitifs dans la formation des professionnels de santé à travers une étude ethnosociologique auprès de 293 élèves et, dans le domaine de la santé.

L'accès à l'écrit dans la profession infirmière

L'auteure nous apprend que *l'entrée en formation professionnelle se traduit par l'arrêt de la construction des savoirs linguistiques au profit des savoirs professionnels […] La prise de note, le vocabulaire, la capacité de synthèse d'un texte, l'orthographe, le style, la syntaxe, tout ce qui, en principe, devrait être de bon niveau, est, selon les formateurs, d'une grande pauvreté* (Balcou-Debussche, 2019, p. 77). Même si cette réflexion date de plus d'une quinzaine d'années, ce constat mériterait d'être éclairé par une étude générale sur le niveau des étudiants par rapport aux exigences de l'enseignement supérieur. Pour autant, l'enquête a surtout mis en évidence la source d'un conflit entre les formateurs et les étudiants dans le rapport qu'ils ont avec l'écriture. Ce conflit réside dans l'importance que souhaitent donner les formateurs à l'écrit, qui n'est ni perçue ni partagée par les étudiants en soins infirmiers. Nous développerons plus loin les raisons pour lesquelles les formateurs insistent pour restaurer l'écriture dans la formation. Le processus de formation s'est modifié depuis, consacrant à l'apprentissage de méthodes de travail, une UE (6.1) de 25 heures en première année. Nous nous sommes tout de même questionnée sur les raisons de la cristallisation de ce conflit et proposons d'en détailler certaines.

Une de nos interrogations concerne les représentations des pratiques scripturales véhiculées par les professionnels en poste aux étudiants en formation. Balcou-Debussche nous apprend que *l'écriture mise en œuvre dans le cadre professionnel apparait comme une écriture nécessaire, et sa qualité n'est pas reconnue […] Les scripteurs pensent ainsi que « les petits mots » suffisent pour l'inscription de ce qu'ils considèrent peut-être aussi comme « des petits actes ». L'écriture professionnelle n'est pas le lieu de l'exercice de style : c'est une transcription économique, qui ne doit pas faire l'objet de plus d'attention que ce qu'elle mérite (Ibid.).* Aujourd'hui, l'évolution de la profession vers des sphères universitaires notamment par la recherche en soins, redonne à l'écriture ses lettres de noblesse même si, sur le terrain, les professionnels vont à l'essentiel et utilisent l'écriture comme support à la traçabilité de leur activité. Nous l'avons constaté lors de notre enquête où les professionnels utilisaient un style télégraphique. Celle-ci étant encore plus simplifiée par l'accès à un menu déroulant qui n'a d'autre fonction que de falsifier la possibilité de choix, somme toute restreinte, à une réflexion décontextualisée. D'un côté, la normalisation est nécessaire et de l'autre la créativité des soignants est contrainte par des choix certes normalisés, mais limités. Les professionnels ne s'octroient pas le droit de chercher d'autres propositions, fruits de leur réflexion, de leur raisonnement.

Les représentations de l'écriture véhiculées par le terrain restent aujourd'hui mitigées entre un intérêt certain et une nécessité légale. Ainsi, les étudiants ayant pour modèle une utilisation de l'écriture nécessaire, il est louable qu'ils ne développent pas plus de disposition à une forme plus élaborée d'écriture. Les raisons du conflit résideraient en partie dans l'incompréhension du travail nécessaire à fournir, de la part des étudiants. A la lecture de l'ouvrage de Maryvette Balcou-Debusse, on comprend que l'écriture est vécue par les étudiants comme une consignation des actes de soins réalisés au sens légal du terme. « Tout ce qui est fait doit-être écrit » reste une des phrases les plus prononcée en IFSI (Balcou-Debussche, 2005, p. 130). Cette dernière maxime est née des différentes jurisprudences qui statuent sur le fait que tout ce qui n'est pas écrit, n'est pas réalisé. Le rapport à l'écriture pour les futurs professionnels en apprentissage est modifié et procure aux scripteurs le sens des responsabilités à travers la traçabilité de leurs actes. Il serait particulièrement intéressant de réinterroger les étudiants infirmiers aujourd'hui dans leur rapport à l'écriture. Balcou-Debussche évoque dans son ouvrage trois types d'écriture disponibles en centre de documentation en IFSI : émotionnelle, militante et protocolaire. L'accès à l'écriture scientifique, permettrait de modifier le rapport à l'écriture qu'entretiennent les étudiants en soins infirmiers par voie d'imitation ou

d'acculturation, Nous émettons l'hypothèse que le rapport à l'écriture chez les étudiants en soins infirmiers reste aujourd'hui encore profondément vécu comme « éco-responsable » (éco comme économique et responsable comme permettant de rendre des comptes). Les étudiants pour évoluer dans leurs pratiques scripturales et accéder à une écriture de leur démarche intellectuelle doivent modifier ce rapport. Les écrits scientifiques professionnels prennent de plus en plus une place importante dans le domaine des soins infirmiers et pas seulement avec comme fondements les sciences humaines et sociales. Les infirmiers de pratiques avancées proposent de véritables recherches spécifiques au métier. La création des PHRIP (Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédical) a ouvert la voie de la recherche auprès des paramédicaux avec pour motivation entre autres, l'amélioration des pratiques. Louisa Stuwe, Malorie Parent, Olivier Louvet dans leur article « Bilan de 5 ans du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) : quels enjeux, quels défis ? » nous livrent l'évolution du nombre de projets financés au titre de PHRIP. Ils sont passés de 14 projets en 2010 à 28 en 2014 (Stuwe, Parent, & Louvet, 2015). Chaque année, environ trente projets sont retenus sur le territoire national et permettent de faire évoluer les pratiques soignantes à travers des études et des écrits scientifiques.

L'écrit comme support de la traduction du mal être du patient

Balcou-Debussche se réfère à Michèle Lacoste pour nous expliquer que *l'écriture a un pouvoir de désignation, force d'évocation des objets en leur absence, pouvoir de nomination et de métaphorisation, capacité à marquer les rapports temporels et à désigner les frontières (dans l'espace), mobilisation du passé et possibilité de profiler le futur, distinction des modalités variables selon les langues et inscription des rapports sociaux* (Balcou-Debussche, 2019, p. 128). L'apprentissage d'un vocabulaire spécifique permet aux futurs professionnels infirmiers de nommer les éléments rapportés par les patients. Une partie des résultats de notre enquête nous a permis d'identifier la nécessité qu'ont les professionnels à traduire les maux des patients dans un lexique médicalement exploitable. Le domaine des sciences médicales est une dimension lexicale à elle seule. La formation en soins infirmiers doit pouvoir accompagner l'acquisition du vocabulaire spécifique afin que les étudiants accèdent et traduisent le discours des patients aux médecins et inversement.

L'auteure en se référant à Péneff, souligne l'importance de l'infirmier dans ce que nous avons nommé la traduction des maux du patient en mots médicalement exploitables. *Être*

professionnel de santé c'est aussi être un professionnel du langage, car la relation de soins est essentiellement construite à travers le discours oral ou écrit (Balcou-Debussche, 2005, p. 172). Mais il ne s'agit pas seulement d'être le dépositaire de dictionnaires élaborés et le traducteur aisé qui s'adapte aux différents champs lexicaux suivant son interlocuteur. Notre enquête a permis de mettre en évidence la nécessité de précision dans la traduction des maux du patients qu'ils soient dits ou non. Cette précision passe aussi bien dans l'identification de la localisation de la douleur que par l'objectivation des signes cliniques que le patient présente et enfin la traduction d'un mal être en sourdine ou non explicite. Balcou-Debussche se réfère à Bourdieu en précisant : *Ecrire et dire, c'est faire l'effort de recherche sur le plan lexical et syntaxique, mais aussi sur le plan pragmatique et sémantique, en sachant prendre en compte les sonnées socioculturelles de l'échange. Cette compétence fondamentale exige bien plus que la seule compétence orthographique, lexicale ou syntaxique. Dans l'exercice professionnel, cette question est importante, notamment où les questions de relation de soin et d'éducation du patient sont reconnues comme des questions centrales. Le professionnel de santé est confronté à des patients différents à qui il ne pourra pas s'adresser en utilisant le même langage. Cette compétence de variation et d'adaptation est différente de la seule idée de traduction ou de transcription* (Balcou-Debussche, 2005, p. 176).

La nécessité d'élaborer le champ lexical des sciences infirmières reste à réaliser aujourd'hui. En effet, la spécificité de la discipline fait qu'elle réside aux confluents de plusieurs sciences qu'elles soient sociales, médicales, pharmaceutiques, psychologiques, etc. Les étudiants doivent pouvoir aborder ces différents champs afin d'élaborer leurs pensées et accéder à sa mise en mots.

Par ailleurs, l'auteure nous rappelle que *l'anthropologie cognitive nous fournit enfin le concept de « raison graphique » : l'écriture participe au développement des structures et des processus cognitifs, à l'accroissement du savoir et à l'accentuation de la dimension hiérarchique du système classificatoire* (Balcou-Debussche, 2019, p. 10). L'écriture participe à l'élaboration du raisonnement professionnel qui deviendra le support aux actes réalisés. Les étudiants confrontés à l'écriture imposée de leur démarche clinique face à une situation de soin ne comprennent pas l'intérêt d'un tel exercice d'autant plus qu'ils ne voient pas leurs futurs collègues rédiger de telle démarche lorsqu'ils sont en stage. L'étudiant perçoit l'écriture comme fastidieuse, contraignante, inutile et pénible (Balcou-Debussche, 2019, p. 104). Pourtant la pensée se

construit dans et à travers le langage (Vygotsky, 1934). Il réside une ambiguïté dans le discours des étudiants qui pour certain *l'extension des compétences de l'infirmière va de pair avec un accroissement des exigences en matière de pratique scripturale* (Balcou-Debussche, 2005, p. 105).

CONCLUSION

Le raisonnement clinique des infirmiers invisible lors de soins effectifs auprès d'un patient, se doit d'être explicite et objectif afin que le projet de soins soit argumenté et négocié que ce soit auprès des équipes pluridisciplinaires mais aussi avec le patient et sa famille. L'apprentissage de la compétence n°1 qui permet de développer les capacités nécessaires au raisonnement clinique, revêt plusieurs axes d'amélioration.

Notre travail de recherche nous a menée sur les traces d'une activité de tri réalisée par des infirmiers dans un service d'urgences. Le tri des patients n'est pas une activité commune à tous les infirmiers. Cependant, il requiert les mêmes caractéristiques que n'importe quel diagnostic de situation réalisé par les infirmiers, à cela près que le tri aux urgences pousse à son paroxysme les capacités nécessaires à la compétence n°1 des IDE. Il est à noter que cette dernière compétence se voit reprise et accentuée en master IPA, intégrant des éléments cliniques, paracliniques et biologiques supplémentaires afin de procurer aux futurs professionnels des éléments d'expertise plus précis pour l'orientation de leurs patients.

Les questions que nous nous sommes posées en début de ce travail ont en partie trouvé réponse. Nous avons démontré que les ressources mobilisées par les professionnels dans l'élaboration de leur raisonnement clinique ne sont pas toutes identifiées. Leur raisonnement est réellement empreint du processus hypothético-déductif sans pour autant être passé dans le domaine de la coordination conceptuelle. Le passage de coordination agie à coordination conceptuelle du raisonnement clinique reste réellement un des points à améliorer pour la transmission de cette compétence aux étudiants. La prise en compte de la part psychologique à travers le discours, verbale ou non, du patient est totalement partie prenante dans la construction du diagnostic de situation élaboré par les infirmiers. Ce qui nous a conduite à proposer de développer le sens de la disponibilité chez les futurs professionnels en formation.

L'un de premiers axe qu'il semble important de développer en formation, est de susciter la motivation à écrire auprès des étudiants en soins infirmiers. Susciter la motivation donnerait de l'intérêt à la tâche de la mise en mots des maux du patient mais aussi, à l'élaboration du processus de pensée des étudiants. Cette motivation ne peut pas naître essentiellement du terrain où les professionnels de santé écrivent uniquement par nécessité ou sont tout simplement verrouillés dans leur créativité par la présence de logiciels informatiques qui proposent des

menus déroulants décontextualisés. Les infirmiers n'écrivent pas leur raisonnement et l'idée même de produire de tels écrits n'est tout simplement pas envisageable, tant l'activité de soins au sein des services est intense. La motivation à écrire doit émaner d'un véritable élan de nécessité de la part des étudiants en leur montrant que l'écriture provoque un raisonnement plus étayé. Nous émettons l'hypothèse que cette nécessité pourrait venir en partie du terrain et en partie de l'IFSI. Sur le terrain, le raisonnement clinique s'il était valorisé par les organisations de service de soins, serait écrit par les infirmiers. De fait, les étudiants pourraient se rendre compte en lisant les écrits des professionnels, des progrès qu'ils leur restent à faire pour rédiger leur propre raisonnement, et déclencher ainsi une dynamique liée à la pratique scripturale. La démarche intellectuelle des professionnels n'étant pas formalisée, la difficulté réside aujourd'hui dans la non-identification par les étudiants de leur marge de progression, car peu d'exemples concrets de raisonnement clinique sont lisibles dans les services de soins.
En IFSI, les pédagogies d'apprentissage du raisonnement clinique usitées aujourd'hui ont évolué. Les différentes méthodologies mises en œuvre donnent aux formateurs expérimentés en pédagogie, des méthodes d'enseignement précises. Il n'en reste pas moins que l'accès à l'écrit reste le problème central des étudiants. Proposer des enseignements d'apprentissage à l'écriture en plus des enseignements déjà mises en œuvre en IFSI pour élaborer une fiche de lecture d'ouvrage dans le cadre de l'UE 6.1, viendrait en soutien aux enseignements sur le raisonnement clinique. Par ailleurs, l'élaboration du champ lexical spécifique aux soins infirmiers reste encore à élaborer. En faisant référence à la théorie des ensembles, il resterait, afin de permettre la communication entre les différents acteurs professionnels de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants…), à construire les intersections entre les différents champs lexicaux. Ces thématiques liées à l'intersection des différents champs lexicaux pourraient faire l'objet d'un travail de recherche.

Le deuxième axe concerne le développement des capacités d'écriture ainsi que le raisonnement des étudiants. Nous avons identifié plus haut, que la formation en soins infirmiers ne permet pas d'accéder au développement des savoirs en matière d'écriture même avec la formation de 2009. Une enquête plus récente sur les capacités des étudiants qui accèdent aux études en soins infirmiers serait intéressante à conduire. En effet, elle permettrait d'identifier la marge de progression à réaliser pour les étudiants en soins infirmiers afin d'accéder aux besoins spécifiques dans l'élaboration d'une pensée visible, évaluable, argumentable, défendable et puisée dans les intersections évoquées ci-dessus. Depuis l'école primaire, les élèves apprennent

à construire un raisonnement mathématique, à avoir une pensée critique. Ils apprennent également les règles d'orthographe et de grammaire liées à l'écriture. Dans la pure tradition de la didactique professionnelle, pourquoi ne pourrait-on pas envisager des enseignements sur la didactique des soins infirmiers afin de construire et rédiger leur raisonnement clinique ? Ces enseignements permettraient d'accompagner les étudiants dans l'élaboration des écrits exigés dans les UE contributives. Une fois l'élaboration du champ lexical propre au domaine des soins infirmiers réalisé, les différentes UE déjà présentes en formation se verraient augmenter leur temps d'enseignement pour diffuser ce nouveau savoir.

Le dernier axe concerne le développement de la confiance en soi. Comme nous l'avons vu plus haut, la confiance en soi est la condition *sine qua none* du développement de l'aisance cognitive qui donnerait aux étudiants accès au raisonnement intuitif. Le développement de la confiance en soi verrait le temps d'enseignement des soins relationnel augmenter. En effet, la profession des infirmiers axe son raisonnement sur le repérage des risques encourus par le patient. Les professionnels en poste sont essentiellement dans une coordination agie plus que conceptuelle (Piaget, 1974). Leur formation leur permet de développer entre autres la machine associative, un des phénomènes psychologiques nécessaire au raisonnement (Kahneman, 2012). Cependant, pour reprendre Kahneman, la correction des prédictions évoquées par le système 1 revient au système 2, à condition que l'individu se sente suffisamment en confiance pour le faire. L'environnement suffisamment stable et la répétition des événements, permet à l'individu d'accéder au système 2 qui va sans cesse corriger les intuitions du système 1, après avoir identifié des indicateurs emmagasinés par l'individu rappelant des situations antérieures. Pour ce faire, les enseignements des UE raisonnement clinique devraient avoir accès à des situations qui permettrait de reprendre les différentes classes de situations (Vergnaud), et ainsi de procurer aux étudiants un éventail de situations représentatives dans lesquelles ils reconnaîtraient des indicateurs précis (Pastré, 2015). Un travail de recherche en soins infirmiers lié à l'identification des classes de situation permettrait de préciser les buts/sous buts, les règles d'action, les invariants opératoire et les inférences de chacune… bref les schèmes d'action. Ceci permettrait aux étudiants de les aider à construire leurs propres invariants opératoires liés à ces classes de situations. Il se trouve que, sans faire référence à la didactique professionnelle, la SFMU propose 140 situations représentatives des motifs de recours aux d'urgences.

La SFMU propose sur son site, des capsules vidéo relatives à des situations qu'elle estime emblématiques et représentatives des services d'urgences ainsi que des ressources de congrès ou colloques thématiques relatifs à des services d'urgence. Les capsules à visées pédagogiques abordent les méthodes à appliquer souvent commentées par des infirmiers ou ex-infirmiers de services d'urgence. Les contenus sont essentiellement méthodologiques ou organisationnels et permettent d'apprendre par exemple comment repérer un AVC à l'accueil en service d'urgence ou de comprendre l'organisation du triage d'un service d'urgence. Ces montages vidéo très bien réalisés, s'appuient sur l'expérience ou les protocoles recommandés. Cependant, il nous semble que les visées de ces ressources pourraient être élargies à des enjeux de formation liées à la recherche, comme le suggère la conclusion de notre travail que nous avons présenté.

Ce que nous préconisons ici prend la forme d'une perspective de recherche technologique.

- Recherche technologique parce que l'objet de recherche scientifique résiderait dans le raisonnement clinique au sens générique du terme et que la visée en toile de fond porterait sur l'amélioration de la formation initiale des infirmiers.

- Recherche technologique parce que l'articulation entre savoirs de la recherche et savoirs professionnels resterait une préoccupation importante pour la formation des infirmiers. En premier, il y a donc un enjeu scientifique : le raisonnement clinique et en second, un enjeu social : la formation des infirmiers.

- Recherche technologique enfin, car pour reprendre une image de l'approche systémique, elle se structurerait sous la forme de boucles itératives liant alternativement recherche et formation ; l'une nourrissant l'autre et inversement. La recherche ayant un enjeu scientifique, permettrait de proposer, dans une visée praxéologique, des modèles, des théories, voire des dispositifs dont la formation se saisirait et qu'elle mettrait en œuvre. Cette dynamique permettrait de disposer de données de situations de formation ou de soins que la recherche pourrait analyser et ainsi progresser en termes d'enjeux scientifiques, dans l'amélioration ou de création de dispositifs.

La perspective de mettre en relation les recherches dans une approche de didactique, et ces situations, nous semblerait être un travail pour la construction d'une didactique professionnelle dans le domaine des soins infirmiers.

Bibliographie

Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers, 82*(3), 4-11.

Augros, S., & Mesnier, T. (2019). Ma santé 2022, un engagement collectif. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

Balcou-Debussche, M. (2005). L'écriture et la socialisation professionnelle des étudiants. L'exemple des infirmiers, sages-femmes et aides-soignants en formation initiale. *Le Sociographe, 18*, 47-58.

Balcou-Debussche, M. (2019). *Écriture et formation professionnelle : L'exemple des professions de la santé*. Villeneuve d'Acq: Presses Universitaires du Septentrion.

Bal-Craquin, M.-T. (2004). Les modèles conceptuels infirmiers : D'où viennent-ils ? Que sont-ils ? À quoi servent-ils ? S'ils servent à penser, ils contribueront à évoluer. (p. 19). Communication présentée au Conférence réalisée pour les Étudiants en Soins Infirmiers de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de BAR-LE-DUC, Bar-Le-Duc.

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

Bernard, M., Cholet, C., Bigot, L., & Ancenis, C. (2013). « L'écoute une disponibilité pour l'autre ».

Bordallo, I., & Ginestet, J.-P. (2006). *Pour une pédagogie du projet*. (S.l.): Hachette Éducation.

Boucheix, Coiron, J. M. (2008). Analyse de l'activité de transmission écrite au cours des relèves de poste à l'hôpital : Évaluation ergonomique de l'usage d'un nouveau format d'écriture. *Activités, 5*(1), 79-102.

Bouet, P. (2018). *Synthèse de l'activité régulière*. Conseil de l'ordre des médecins.

Bourdillon, F., & Petit-Mielet, A. (2013). Les Tribunes de la santé 2013/4 (n° 41). *Cairn.info*. Repéré à https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2013-4.htm

Boursin, P., & C Maillard-Acker. (2013). L'examen clinique infirmier, un outil de l'IOA (Infirmier Organisateur de l'Accueil). https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10206.79687

Brian D. Hoit. (2020). Péricardite—Troubles cardiovasculaires. *Édition professionnelle du Manuel MSD*. Repéré à https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-cardiovasculaires/myocardite-et-p%C3%A9ricardite/p%C3%A9ricardite?query=p%C3%A9ricardite

Casteran-Sacreste, B. (2016). *Profil des infirmiers en formation en 2014* (Rapport No. 0982). DREES. Repéré à https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er982.pdf

Charron, A. (2009). Vinatier, I. et Altet, M. (2008). Analyser et comprendre la pratique enseignante. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes. *Revue des sciences de l'éducation*, *35*(1), 253. https://doi.org/10.7202/029949ar

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: Presses universitaires de France.

Collière, M.-F. (2008). *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: Inter Editions : Masson.

Com-Ruelle, L., Midy, F., & Ulmann, P. (2000). *La profession infirmière en mutation, éléments de réflexion à partir d'exemple européens* (Rapport No. 498). CREDES.

Cyrulnik, B. (2017). Le récit de soi. Repéré à https://www.youtube.com/watch?v=kWK4q8V_-iE

Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience connaissances de base*. Paris: Odile Jacob.

Davidson, M. (2019). Dyslipidémie—Troubles endocriniens et métaboliques. *Édition professionnelle du Manuel MSD*. Repéré à https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-endocriniens-et-m%C3%A9taboliques/dyslipid%C3%A9mies/dyslipid%C3%A9mie

De Revel, T., & Doghmi, K. (2004). Physiologie de l'hémostase. *EMC - Dentisterie*, *1*(1), 71-81. https://doi.org/10.1016/j.emcden.2003.05.001

Debaty, G. (2010). Thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence, 12.

Declety, P. (2002). Le choc hémorragique (p. 13).

Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. (93-345) (1993).

Delgos, L. (2022). Hyperleucocytose. *Encyclopædia Universalis*. Repéré à https://www.universalis.fr/encyclopedie/hyperleucocytose/

Donnaint, É., Marchand, C., & Gagnayre, R. (2015). Formalisation d'une technique pédagogique favorisant le développement de la pratique réflexive et des compétences émotionnelles chez des étudiants en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, *123*(4), 66-76. https://doi.org/10.3917/rsi.123.0066

Duboys Fresney, C., & Perrin, G. (2017a). Chapitre I. Fondement et sens des soins infirmiers (Vol. 7e éd., pp. 31-64). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. Repéré à https://www.cairn.info/le-metier-d-infirmiere-en-france--9782130798439-p-31.htm

Duboys Fresney, C., & Perrin, G. (2017b). *Le métier d'infirmière en France* (7e éd). Paris: Que sais-je ?

Évolution de la population − Bilan démographique 2019 | Insee. (2020). Repéré à https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926

Fabre, M. (2005). Deux sources de l'épistémologie des problèmes : Dewey et Bachelard. *Les Sciences de l'éducation—Pour l'Ère nouvelle*, *38*(3), 53-67. https://doi.org/10.3917/lsdle.383.0053

Favetta, V., & Feuillebois-Martinez, B. (2011). « Prendre soin et formation infirmière ». *Recherche en soins infirmiers*, *107*(4), 60-75. https://doi.org/10.3917/rsi.107.0060

France Ministère des solidarités et de la santé. *Profession infirmier : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession* (2022). Repéré à https://books.google.fr/books?id=Wj5ezgEACAAJ

Furstenberg, C. (2011). La clé des soins relationnels : La sollicitude en chemin au domicile. *Recherche en soins infirmiers*, *107*(4), 76-82. https://doi.org/10.3917/rsi.107.0076

Grand dictionnaire terminologique facteur de comorbidité. (1999). Repéré à https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8384739

Guerrin, B. (2012). Projet de soins. Dans *Les concepts en sciences infirmières* (pp. 317-318). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers. https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0317

Harari, Y. N., & Dauzat, P.-E. (2017). *Homo deus : Une brève histoire de l'avenir*. Paris: Albin Michel.

HAS. (2014). Prise en charge des urgences et des soins non programmés. Certification des établissements de santé. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2874863/fr/portail-has-professionnels?redirect=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2F2017-05%2Fdir19%2Furgences_soins_non_programmes_-_guide_ev_v2014.pdf&jsp=front%2Flogin.jsp

HAS. (2017). Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf

HAS. (2020). AVIS DE LA CNEDiMTS. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-6464_ANACONDA_15_d%C3%A9cembre_2020_(6464)_avis.pdf

Henderson, V. (1994). *La nature des soins infirmiers*. Paris: InterEditions.

Hesbeen, W. (2012). Le soignant, les soins et le soin, 21.

Hugenschmitt, D., Boursin, P., Coen, Y., Stefano, C. D., Degomme, L., Jaouen, Y., … Vareille, C. (2020). Commission Soins et Urgences de la SFMU, 75.

Huguier, M. (2014). *À propos du projet de loi relatif à la santé* (Rapport No. 14- 07).

Huguier, M., & Romestaing, P. (2014). Numerus clausus et démographie médicale en France. Dans *Bulletin de l'académie nationale de médecine* (Vol. 198, pp. 1367-1377).

Jaotombo, F. (2009). Vers une définition du développement personnel. *Humanisme et Entreprise*, *294*(4), 29-44. https://doi.org/10.3917/hume.294.0029

Jovic, L., Naviaux-Bellec, C., & Renaut, M.-J. (2015). *Intégration des infirmiers de pratique avancée dans les équipes de soins*. ARS.

J.-P. Orsini, A. Herbepin , N. Poirot , B. Vivien. (2016). Garrot et compression | Lecteur amélioré Elsevier. https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2016.05.008

Kahneman, D., & Clarinard, R. (2012). *Système 1, système 2 : Les deux vitesses de la pensée*. Paris: Flammarion.

Kozlowski, J. (2012). Universitarisation et qualité des soins, 2.

Lafay-Dufour, F., Prisse, P., & Lamy-Ezrati, I. (2018). Dossier MILDECA « Jeunes, Addictions & Prévention ».

Larousse, É. (n.d.). Définitions : Diagnostic - Dictionnaire de français Larousse. Repéré à https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diagnostic/25154

Larry M. Bush. (2020). Défenses contre l'infection—Infections. *Manuels MSD pour le grand public*. Repéré à https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/infections/biologie-des-maladies-infectieuses/d%C3%A9fenses-contre-l-infection

Le Bouler, S., Jougla, E., Pomarède, R., & Tallec, A. (2015). *Santé en France. Problèmes et politiques*. *Rapport de l'HCSP*. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique.

Léger, L. (2016). *Manuel de psychologie cognitive*. Paris: Dunod.

Lenoir, F. (2021). *Jung : Un voyage vers soi*. Paris: Albin Michel.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail : Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris: Presses universitaires de France.

Les échelles de la douleur -Adulte—Echelles d'hétéro évaluation | SFAP - site internet. (2014). Repéré à https://sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-hetero-evaluation

Lüthi, F. T., Gasser, M., & Gallant, S. (2020). L'art infirmier dans l'annonce d'une mauvaise nouvelle, 4.

Maladies cardiovasculaires-Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires#titreancre2

Man, M. (1980). PSYCHÉ : Définition de PSYCHÉ. Repéré à https://www.cnrtl.fr/definition/psych%C3%A9/1

Mansour, A. (2012). Approches par compétences. *REPERES*, (88), 16.

Marchal, A., Psiuk, T., & Ribaut, M. (1995). *Le diagnostic infirmier : Du raisonnement à la pratique*. Paris: Lamarre.

Mark A. Farber. (2020). Dissection aortique—Troubles cardiaques et vasculaires. *Manuels MSD pour le grand public*. Repéré à https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cardiaques-et-vasculaires/an%C3%A9vrismes-et-dissection-aortique/dissection-aortique

Martin, C. (1995). Réforme des soins infirmiers. *Médecine et hygiène*, (2067).

Martin, L. (2019). *Le raisonnement clinique : Guide méthodologique infirmier*. Issy les Moulineaux, France: Elsevier Masson.

Mary Territo. (n.d.). Présentation des maladies des globules blancs—Troubles du sang. *Manuels MSD pour le grand public*. Repéré à https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-du-sang/maladies-des-globules-blancs/pr%C3%A9sentation-des-maladies-des-globules-blancs

Meirieu, P. (2004). *Apprendre ... Oui, mais comment*. Paris: ESF.

Mikulovic, J., Vanlerberghe, G., & Bui-Xuan, G. (2010). De la pédagogie conative à la pédagogie métaconative. *Spirale. Revue de recherches en éducation*, *45*(1), 137-150. https://doi.org/10.3406/spira.2010.1163

Modus tollens. (2020). *Dictionnaires et Encyclopédies sur « Academic »*. Repéré à https://fr-academic.com/dic.nsf/frwiki/1175311

Morel, F., Bucheton, D., Carayon, B., Faucanié, H., & Laux, S. (2015). Décrire les gestes professionnels pour comprendre des pratiques efficientes. *Le français aujourd'hui*, *188*(1), 65-77. https://doi.org/10.3917/lfa.188.0065

Morenon, O., Anaut, M., & Michallet, B. (2017). Les caractéristiques des tuteurs de résilience des étudiants en soins infirmiers vulnérabilisés. *Recherche en soins infirmiers*, *130*(3), 77-94.

Noël-Hureaux, E. (2012). En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ? Communication présentée au Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles. Repéré à https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00790578

Noveck, I., Mercier, H., Rossi, S., & Van Der Henst, J.-B. (2007). Psychologie cognitive et raisonnement. Dans *Psychologies du raisonnement*. Bruxelles: DeBoeck.

Obésité : Prévention et prise en charge—Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-

sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/obesite-prevention-et-prise-en-charge

Ochanine, D. (2016). Rôle de l'image opérative dans la saisie du contenu informationnel des signaux. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (18-1). https://doi.org/10.4000/pistes.4660

Organisation d'un service d'Urgence. (2016). Repéré à https://atelier-canope-19.canoprof.fr/eleve/IOA_eleve@1/activities/IOA_1.xhtml

Orvain, J., & Harmel, C. (2014). L'interdiction des retranscriptions pharmaceutiques : Adaptation du management aux conventions sociales. *Journal de gestion et d'économie médicales*, (32), 521-536. https://doi.org/10.3917/jgem.147.0521

Pascal, A., & Valentin, L. (2022). *Diagnostics infirmiers, interventions et résultat s : Classifications infirmières et plans de soins*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson.

Pastré, P. (1999). La conceptualisation dans l'action : Bilan et nouvelles perspectives. *Éducation permanente, Arcueil*, (139), 13-35.

Pastré, P. (2011a). *La didactique professionnelle : Approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris: Presses universitaires de France.

Pastré, P. (2011b). Situation d'apprentissage et conceptualisation. *Recherches en éducation*, (12). https://doi.org/10.4000/ree.5085

Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, (154), 145-198. https://doi.org/10.4000/rfp.157

Pedarribes, G., & Lefeuvre, G. (2014). L'analyse des compétences infirmières lors d'une situation d'évaluation clinique et de diagnostic. *Santé Publique*, *26*(5), 627. https://doi.org/10.3917/spub.145.0627

Perrenoud, P. (2008). *Construire des compétences dès l'école* (5e éd). Paris: ESF éd.

Pestiaux, D., & Vanwelde, C. (2010). Raisonnement clinique 5 et décision médicale, *45*, 6.

Phou, T. (2022, 16 novembre). Comment le domaine de la santé s'adapte aux nouveaux usages ? *Le Monde Économique*. Repéré à https://www.monde-economique.ch/domaine-sante-nouveaux-usages/

Piguet, C. (2008). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel*. phdthesis. Université de Nanterre - Paris X. Repéré à https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00331476

Piot, T. (2018). Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, (39), 13-31. https://doi.org/10.4000/dse.2155

Psiuk, T. (2006). Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers, 84*(1), 16-28. https://doi.org/10.3917/rsi.084.0016

Psuik, T. (2019). *L'apprentissage du raisonnement clinique. Concepts fondamentaux, Contexte et processus d'apprentissage—Thérèse Psiuk*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. Repéré à https://www.furet.com/livres/l-apprentissage-du-raisonnement-clinique-therese-psiuk-9782807314856.html

Ranya N. Sweis. (2020). Syndromes coronariens aigus(Crise cardiaque ; infarctus du myocarde ; angor instable)—Troubles cardiaques et vasculaires. *Manuels MSD pour le grand public*. Repéré à https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cardiaques-et-vasculaires/maladie-des-art%C3%A8res-coronaires/syndromes-coronariens-aiguscrise-cardiaque-infarctus-du-myocarde-angor-instable?query=infarctus%20du%20myocarde

Ray, P. (2018). Quelles améliorations apportées pour améliorer la prise en charge de la douleur dans nos structures d'urgence ? (p. 1). Communication présentée au SFMU. https://doi.org/10.3166/afmu-2018-0015

Rey, B. (2017). *La notion de compétence en éducation et formation : Enjeux et problèmes*. Bruxelles: De Boeck. (Google-Books-ID: aZBjDgAAQBAJ).

Richard W. Light. (2021a). Épanchement pleural—Troubles pulmonaires. *Édition professionnelle du Manuel MSD*. Repéré à https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-pulmonaires/troubles-m%C3%A9diastinaux-et-pleuraux/%C3%A9panchement-pleural?query=%C3%A9panchement%20pleural

Richard W. Light. (2021b). Pleurésie virale—Troubles pulmonaires. *Édition professionnelle du Manuel MSD*. Repéré à https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-pulmonaires/troubles-m%C3%A9diastinaux-et-pleuraux/pleur%C3%A9sie-virale

Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit*. Paris: Editions du Seuil. Repéré à http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782021144949

Rivière, J. P. (2013). Enquête sur les 52 000 patients ayant consulté aux urgences le 11 juin 2013. *VIDAL*. Repéré à https://www.vidal.fr/actualites/13953-enquete-sur-les-52-000-patients-ayant-consulte-aux-urgences-le-11-juin-2013.html

Roche-Garrigue, G. (2020). Relation d'aide et intervention infirmière. EMC.

Romeder, F. (2009). Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ?

Saillot, É. (2020). *(S')ajuster au cœur de l'activité d'enseignement-apprentissage : Construire une posture d'ajustement*. Paris: l'Harmattan.

Sanou, S., Belembaogo, E., Nzenze, J. R., & Bongo, M. (1999). Le syndrome de Cyriax.

Savoyant, A. (2010). La professionnalisation des personnels infirmiers (2005). *Travail et Apprentissages, 5*(1), 143-171.

Schwartz, Y. (2011). Pourquoi le concept de corps-soi ? Corps-soi, activité, expérience. *Travail et Apprentissages, 7*(1), 148-177. https://doi.org/10.3917/ta.007.0148

SFMU. (2013). Le triage en structure des urgences Recommandations formalisées d'experts Société Française de Médecine d'Urgence.

Spill, C., & Gatin, A. (2019). Comment favoriser la sécurité psychologique des étudiants en soins infirmiers lors de l'enseignement des gestes et soins d'urgence par simulation ?: *Recherche en soins infirmiers, N° 137*(2), 62-76. https://doi.org/10.3917/rsi.137.0062

Vanlerberghe, G., & Bui-Xuân, G. (2006). Resumen. *Staps, 72*(2), 21-33.

Vinatier, I. (2009). Pour une didactique professionnelle de l'enseignement. Presses universitaires de Rennes. Rennes.

Annexes

Annexe 1 : Extrait de l'arrêté du 31 juillet 2009 relative aux compétences des IDE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

ANNEXE II

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Compétences

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétence 1

Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique ;
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...) ;
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
4. Conduire un entretien de recueil de données ;
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé ;
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives ;
7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires ;
8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée.	Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...) ; Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe ; Les informations utilisées sont mises à jour et fiables ; Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente.
2. Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe.	Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne ; Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles ; Les informations sélectionnées sont priorisées.

BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, Page 266.

Annexe 2 : Extrait de l'arrêté du 31 juillet 2019 relatif au recueil de données

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Activités détaillées (1)

1. Observation et recueil de données cliniques

Observation de l'état de santé d'une personne ou d'un groupe :
- examen clinique de la personne dans le cadre de la surveillance et de la planification des soins ;
- observation de l'apparence générale de la personne (hygiène, contact visuel, expression...) ;
- observation du niveau de conscience ;
- observation de signes pathologiques et de symptômes ;
- lecture de résultats d'examens.

Observation du comportement relationnel et social de la personne :
- observation du comportement sur les plans psychologique et affectif ;
- observation des modes de vie des personnes sur les plans sociologique et culturel ;
- observation de la dynamique d'un groupe ;
- observation des réactions face à un événement de la vie, à la maladie, à l'accident, ou à un problème de santé ;
- observation des interactions sociales ;
- observation des capacités de verbalisation ;
- observation du niveau d'inquiétude ou d'angoisse.

Mesure des paramètres :
- mesure des paramètres vitaux : pression artérielle... ;
- mesure des paramètres corporels : poids, taille, etc. ;
- mesure des paramètres complémentaires : saturation en oxygène...

Mesure du degré d'autonomie ou de la dépendance de la personne ;
- dans les activités de la vie quotidienne ;
- dans les activités plus complexes.

Mesure de la douleur :
- sur les plans quantitatif (échelles de mesure) et qualitatif (nature de la douleur, localisation...) ;
- mesure du retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidienne.

Recueil de données portant sur la connaissance de la personne ou du groupe :
- ressources et besoins de la personne ou du groupe ;
- informations concernant l'environnement, le contexte de vie sociale et familiale de la personne, ses ressources, ses projets ;
- histoire de vie et représentation de la maladie, récit des événements de santé ;
- degré de satisfaction de la personne quant à sa vie sociale, professionnelle, personnelle ;
- projets de la personne ;
- recueil des facteurs de risque dans une situation de soins ;
- recueil de l'expression de la personne pendant la réalisation des soins.

Recueil de données épidémiologiques :
- élaboration et exploitation de recueils de données par questionnaires d'enquête ;
- rassemblement d'informations à partir de bases de données démographiques, épidémiologiques ou de santé ;
- recueil de données statistiques visant des populations ciblées.

2. Soins de confort et de bien-être

Réalisation de soins et d'activités liés à l'hygiène personnelle :
- soins d'hygiène partiels ou complets en fonction du degré d'autonomie de la personne ;
- aide totale ou partielle à l'habillage et au déshabillage.

Réalisation de soins et d'activités liés à l'alimentation :
- surveillance de l'hygiène alimentaire de la personne ;
- aide partielle ou totale au choix des repas et à leur prise ;
- surveillance de l'hydratation et aide à la prise de boisson régulière.

Réalisation des soins et d'activités liés à l'élimination :
- surveillance de l'élimination ;
- aide à l'élimination selon le degré d'autonomie de la personne ;
- contrôle de la propreté du matériel lié à l'élimination.

Réalisation des soins et d'activités liés au repos et au sommeil :
- installation de la personne pour le repos et le sommeil ;
- surveillance du repos ou du sommeil de la personne ;
- réfection d'un lit occupé et hygiène de la chambre ;
- organisation d'un environnement favorable à la tranquillité, au repos et au sommeil.

(1) Les activités décrites sont celles qui sont le plus souvent réalisées ; elles ne sont pas exhaustives ; elles correspondent à l'état de la réflexion au jour de leur production et peuvent se voir modifier selon les modalités ou les lieux d'exercice, des connaissances ou des informations nouvelles, voire des organisations différentes.

BO Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009, Page 260.

Annexe 3 : Echelle DOLOPLUS® (SFAP 2014)

ECHELLE DOLOPLUS

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGEE

NOM : Prénom : DATES

Service :

Observation comportementale

RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
	SCORE				

COPYRIGHT

Annexe 4 : Echelle ALGOPLUS® (SFAP 2014)

Consignes pour la passation de la grille ALGOPLUS

L'échelle ALGOPLUS a été spécifiquement développée pour évaluer et permettre la prise en charge des douleurs aiguës chez un patient âgé pour tous les cas où une auto évaluation fiable n'est pas praticable (troubles de la communication verbale).

L'utilisation d'ALGOPLUS est ainsi particulièrement recommandée pour le dépistage et l'évaluation des :

- pathologies douloureuses aiguës (ex : fractures, zona, post-op, ischémie, lumbago, rétentions urinaires…),
- accès douloureux transitoires (ex : névralgies faciales, poussées douloureuses sur cancer…),
- douleurs provoquées par les soins ou les actes médicaux diagnostiques.

L'échelle comporte cinq items (domaines d'observation). La présence d'un seul comportement dans chacun des items suffit pour coter « oui » l'item considéré. La simple observation d'un comportement doit impliquer sa cotation quelles que soient les interprétations étiologiques éventuelles de sa préexistence.

En pratique, pour remplir la grille, observer dans l'ordre : les expressions du visage, celles du regard, les plaintes émises, les attitudes corporelles et enfin le comportement général.

Chaque item coté « oui » est compté un point et la somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux permet de diagnostiquer la présence d'une douleur avec une sensibilité de 87% et une spécificité de 80% et donc d'instaurer de façon fiable une prise en charge thérapeutique antalgique. Il est ensuite nécessaire de pratiquer régulièrement de nouvelles cotations. La prise en charge est satisfaisante quand le score reste strictement inférieur à deux.

Erreurs fréquemment rencontrées

Difficultés de repérage :

- Agrippement doit être coté « oui » quel que soit le support d'agrippement (patient lui même, soignant ou tout autre support).

Cotation en fonction d'une interprétation étiologique du signe et non pas sur sa simple présence, par exemple :

- l'item « plaintes » coté « non » parce que le cri du patient est attribué à la démence ou parce que le patient crie depuis longtemps.
- l'item « comportements » coté « non » parce que l'agrippement à la barrière de protection est attribué à la peur de tomber.

www.doloplus.com

GRUNENTHAL

ECHELLE ALGOPLUS

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale



TOUT CHANGEMENT DE COMPORTEMENT CHEZ UNE PERSONNE ÂGÉE DOIT FAIRE ÉVOQUER LA DOULEUR

ECHELLE ALGOPLUS

Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur	...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....		...../...../.....	
Heure	.....h		.....h		.....h		.....h		.....h		.....h	
	OUI	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**	**OUI**	**NON**
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.												
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.												
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.												
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.												
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.												
Total OUI	☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5		☐ /5	
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe		☐ Médecin ☐ IDE ☐ AS ☐ Autre Paraphe	

COPYRIGHT

Annexe 5 : Echelle de la douleur ECPA® (SFAP 2014)

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle ECPA

I - OBSERVATION AVANT LES SOINS

1/ EXPRESSION DU VISAGE : REGARD ET MIMIQUE

Visage détendu	0
Visage soucieux	1
Le sujet grimace de temps en temps	2
Regard effrayé et/ou visage crispé	3
Expression complètement figée	4

2/ POSITION SPONTANÉE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique)

Aucune position antalgique	0
Le sujet évite une position	1
Le sujet choisit une position antalgique	2
Le sujet recherche sans succès une position antalgique	3
Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur	4

3/ MOUVEMENTS (OU MOBILITÉ) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit)

Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude*	0
Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements	1
Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude*	2
Immobilité contrairement à son habitude*	3
Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration
N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle

4/ RELATION À AUTRUI

Il s'agit de toute relation, quel qu'en soit le type : regard, geste, expression…

Même type de contact que d'habitude*	0
Contact plus difficile à établir que d'habitude*	1
Évite la relation contrairement à l'habitude*	2
Absence de tout contact contrairement à l'habitude*	3
Indifférence totale contrairement à l'habitude*	4

* se référer au(x) jour(s) précédent(s)

II - OBSERVATION PENDANT LES SOINS

5/ Anticipation ANXIEUSE aux soins

Le sujet ne montre pas d'anxiété	0
Angoisse du regard, impression de peur	1
Sujet agité	2
Sujet agressif	3
Cris, soupirs, gémissements	4

6/ Réactions pendant la MOBILISATION

Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière	0
Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins	1
Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins	2
Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins	3
Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins	4

7/ Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES

Aucune réaction pendant les soins	0
Réaction pendant les soins, sans plus	1
Réaction au TOUCHER des zones douloureuses	2
Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses	3
L'approche des zones est impossible	4

8/ PLAINTES exprimées PENDANT le soin

Le sujet ne se plaint pas	0
Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui	1
Le sujet se plaint dès la présence du soignant	2
Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée	3
Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée	4

PATIENT

NOM :	**Prénom :**	**Sexe :**	**Âge :**	
				SCORE

Date :
Heure :

Service :
Nom du Cotateur :

Annexe 6 : FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

FRENCH triage *motif de recours*	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage							
CARDIO-CIRCULATOIRE							
Arrêt cardiorespiratoire	1						
Hypotension artérielle	2	PAS ≤ 70 mmHg	PAS ≤ 90 mmHg ou PAS ≤ 100 mmHg et FC > 100/min		PAS 90 - 100 mmHg et FC ≤ 100/min		
Membre douloureux/ froid ou pâle/ischémie*	2		durée ≤ 24 h ou cyanose/déficit moteur		durée ≥ 24 h		
Douleur thoracique/ syndrome coronaire aigu (SCA)*	3B	ECG anormal, typique de SCA	ECG anormal, non typique de SCA	ECG normal, comorbidité coronaire (antécédents, facteurs de risque)	ECG normal, mais douleur de type coronaire	ECG normal et douleur atypique	
Malaise	3B				Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie		
Tachycardie/tachyarythmie	3B	FC ≥ 180 /min	FC ≥ 130/min		FC > 110/min	épisode résolutif	
Bradycardie/bradyarythmie	3B	FC ≤ 40/min	FC 40-50/min avec mauvaise tolérance		FC 40-50/min sans mauvaise tolérance		
Dyspnée/insuffisance cardiaque*	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Dysfonction stimulateur/ défibrillateur cardiaque	3B		Choc(s) électrique(s) ressenti(s)		avis référent (MAO, MCO)		
Œdème des membres inférieurs/ insuffisance cardiaque*	3B				FR <30 /min SpO2 >90%	OMI chronique	
Palpitations	4	FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min		malaise ou FC > 110/min		
Hypertension artérielle	4		PAS IOA ≥ 220 mmHg ou ≥ 180 mmHg et SF associés		PAS IOA ≥ 180 mmHg sans SF associés	PAS <180 mmHg	
Membre douloureux/ chaud ou rouge/phlébite*	4				signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie	
INFECTIOLOGIE							
AES et/ou liquide biologique	4		sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures				exposition ≥ 48 h
Fièvre	5		T° ≥ 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion/céphalée/purpura		mauvaise tolérance, hypotension ou shock index ≥1		
Exposition à une maladie contagieuse	5				avec risque vital de contage (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contage (rougeole, varicelle...)

sfmu FRENCH triage *motif de recours*	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL							
Vomissement de sang/ hématémèse	2		hématémèse abondante		vomissement(s) strié(s) de sang		
Maelena/rectorragies	2		rectorragie abondante		selles souillées de sang		
Douleur abdominale	3B		douleur sévère et/ou mauvaise tolérance				douleur régresssive / indolore
Ictère	3B						
Problème technique (stomie, cicatrices post op…)	3B				avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale	4		douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion				
Corps étranger dans œsophage/ estomac/intestins	4		aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés		tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum	4		douleur sévère et/ou rectorragie				
Constipation	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)		douleur abdominale		
Vomissements	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans	douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée	5			enfant ≤ 2 ans	abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale	5				suspiçion abces/fissure		
Hoquet	5				hoquet incessant (≥ 12 h)		
GENITO-URINAIRE							
Douleur de la fosse lombaire/du flanc	3B		douleur intense				douleur régressive/ indolore
Rétention d'urine/anurie	3B		douleur intense/agitation				
Douleur de bourse/ orchite*/torsion testicule*	3B		douleur intense ou suspicion de torsion		avis référent (MAO, MCO)		
Dysfonction de sonde urinaire/ sonde JJ/ stomie	3B		douleur intense, fièvre ou mauvaise tolérance		avis référent (MAO, MCO)		
Hématurie	3B		saignement abondant actif				
Dysurie/brûlure mictionnelle / infection ?	5				fièvre	enfant	
Ecoulement ou lésion cutanéo-muqueuse génitale	5				fièvre		

FRENCH triage	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
GYNECO-OBSTETRIQUE							
Accouchement imminent ou réalisé	1						
Problème de grossesse 1er et 2ème trimestre	3A		métrorragies, douleur				
Problèmes de grossesse 3eme trimestre	3A		métrorragies/douleur/HTA/ perte de liquide amniotique				
Méno-metrorragie	3B		grossesse connue/suspectée ou saignement abondant				
Problème de post partum (allaitement…)	4			allaitement et fièvre			
Anomalie du sein	5				mastite ou abcès		
Anomalie vulvo-vaginale / corps étranger	5						
INTOXICATION							
Intoxication médicamenteuse	3B		mauvaise tolérance/intention suicidaire/toxiques cardiotropes ou lésionnels	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Intoxication non médicamenteuse	3B		mauvaise tolérance/toxiques / lésionnels	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Demande de sevrage / toxicomanie	4		agitation/violence / état de manque	enfant			demande d'ordonnance pour substitution
Comportement ébrieux / ivresse	4	GCS ≤ 8	agitation/violence/GCS 9-13	enfant	demande des forces de l'ordre		
NEUROLOGIE							
Altération de la conscience/coma	2	GCS ≤ 8	GCS 9-13, avis référent (MAO, MCO)				
Déficit moteur, sensitif, sensoriel ou du langage/AVC	2	délai ≤ 4h 30			délai ≥ 12 h ou avis MAO, MCO		
Convulsions	3B		crises multiples ou en cours confusion, déficit ou fièvre		récupération complète post critique		
Confusion/désorientation temporo spatiale	3B		fièvre				
Céphalée	3B		inhabituelle (premier épisode, brutale, intense… ou fièvre)		habituelle/migraine		
Vertiges/trouble de l'équilibre	3B		signes neurologiques associés, céphalée brutale				troubles anciens et stables

FRENCH triage	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
OPHTHALMOLOGIE							
Corps étranger / brûlure oculaire	3B		douleur intense, brûlure chimique		avis référent (MAO, MCO)		
Trouble visuel /œil douloureux / cécité	3B		début brutal		avis référent (MAO, MCO)		
Démangeaison / œil rouge	5						
ORL / STOMATOLOGIE							
Epistaxis	3B		saignement abondant actif		saignement abondant résolutif		saignement peu abondant résolutif
Trouble de l'audition/accouphènes	4		surdité brutale				
Tuméfaction ORL ou cervicale	4				fièvre ou signes locaux importants		
Corps étranger ORL	4		dyspnée inspiratoire				
Pathologie de l'oreille / otite	5						
Douleur de gorge / angine / stomatite	5				mauvaise intolérance ou aphagie		
Obstruction nasale / rhinite / sinusite	5				sinusite fébrile		
Problème de dent ou de gencive	5				signes locaux importants, douleur résistante aux antalgiques		
PEAU							
Ecchymose / hématome spontané(e)	3B						
Abcès ou infection localisée de la peau	4				fièvre ou abcès volumineux		
Erythème étendu et autres éruptions / oèdeme spontané	5		anaphylaxie		fièvre ou mauvaise tolérance	étendu	localisé
Morsure, piqûre, prurit, parasitose	5		morsure de serpent/scorpion ...		fièvre ou signes locaux importants	étendu	localisé
Corps étranger sous la peau	5				corps étrangers multiples, complexes		

sfmu FRENCH triage	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
PEDIATRIE ≤ 2 ans (pathologie spécifique)							
Dyspnée avec sifflement respiratoire	2			sifflement sans dyspnée			
Fièvre ≤ 3 mois	2						
Convulsion hyperthermique	3B		récidive ou durée ≥ 10 min, ou hypotonie	récupération complète			
Diarrhée / vomissements du nourrisson (≤ 24 mois)	3B		perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	≤ 6 mois			
Troubles alimentaires du nourrisson (≤ 6 mois)	4		perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	perte de poids ≤ 10%			
Bradycardie	4		avant 1 an : FC ≤ 80/min après 1 an : FC ≤ 60:min				
Ictère néonatal	4		perte de poids ≤ 10% ou selles décolorées				
Tachycardie	4		avant 1 an : FC ≥ 180/min après 1 an : FC ≥ 160/min				
Hypotension	4		1-10 ans : PAS ≤ 70 mmHg (+ âge en année x 2)				
Pleurs incoercibles	4			pleurs dans le box de l'IOA			
PSYCHIATRIE							
Idée / comportement suicidaire	2						
Troubles du comportement / psychiatrie	3B		agitation, violence, délire, hallucinations	enfant			
Anxiété / dépression / consultation psychiatrique	4		anxiété majeure /attaque de panique	enfant			

FRENCH triage	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
RESPIRATOIRE							
Dyspnée / insuffisance respiratoire	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Asthme ou aggravation BPCO	3B	détresse respiratoire	DEP ≤ 200 ou dyspnée à la parole/tirage/orthopnée			DEP ≥300 l/min et asthme	
Hémoptysie	3B	détresse respiratoire	hémoptysie répétée ou abondante				
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée				
Corps étranger voies aériennes	3B	détresse respiratoire	dyspnée à la parole, tirage, orthopnée	enfant	pas de dyspnée		
Toux / bronchite	5				fièvre, ou signes respiratoires associés		
RHUMATOLOGIE							
Douleur articulaire/arthrose/arthrite	4				fièvre ou signes locaux importants		
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5		déficit sensitif ou moteur associé		fièvre ou paresthésies		
Douleur de membre/sciatique	5				fièvre ou impotence du membre		

FRENCH triage *motif de recours*	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
TRAUMATOLOGIE							
Traumatisme avec amputation	1						
Traumatisme abdomen/thorax/cervical	2	pénétrant	haute vélocité		faible velocité et mauvaise tolérance	faible velocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Agression sexuelle et sévices	2						
Brûlure	3B		brulure étendue ou main/visage	≤ 24 mois et brûlure peu étendue	avis référent (MAO, MCO)		brulure peu étendue…, consultation tardive
Traumatisme de bassin/hanche/fémur/rachis	3B		haute vélocité		faible velocité et mauvaise tolérance	faible velocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme oculaire	3B		haute vélocité		faible velocité et mauvaise tolérance	faible velocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme maxillo-facial/oreille	3B		haute vélocité		faible velocité et mauvaise tolérance	faible velocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Plaie	4		plaie délabrante, saignement actif		plaie(s) large, complexe, main	plaie(s) superficielle(s) hormis main	excoriation(s)
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	4		haute vélocité, grande déformation/ischémie		impotence totale, déformation	impotence modérée ou petite déformation	ni impotence, ni défromation
Electrisation	4		perte de connaissance, brûlure, foudre		haute tension, temps de contact long	courant domestique	
Traumatisme crânien	5	coma (GCS ≤ 8)	GCS 9-13, déficit neurologique		perte de connaissance avant ou après	plaie/hématome	

FRENCH triage	FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours	Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
DIVERS							
Pathologie rare et grave en poussée (ex. drépanocytose…)	2				avis référent (MAO, MCO)		
Hypothermie	2	T° ≤ 32° C	32° C ≤ T° ≤ 35,2° C				
Hyperglycémie	3B		cétose élevée, trouble de conscience		glycémie ≥ 20 mmol/l ou cétose positive	glycémie ≤ 20 mmol/l et cétose négative	
Hypoglycémie	3B	coma (GCS ≤ 8)	mauvaise tolérance/GCS 9 -13				
Anomalie de résultat biologique	3B		symptomatique		avis référent (MAO, MCO)		
AEG / Asthénie	3B				signes objectifs d'altération de l'état général		ni comorbidiés ni signes objectifs
Coup de chaleur / insolation	3B	coma (GCS ≤ 8)	T° ≥ 40° C/GCS 9-13				
Gelure / Lésions liées au froid	3B		signes de nécrose, déficit sensitif ou moteur				
Allergie	4		dyspnée/risque d'obstruction/mauvaise tolérance				
Problème suite de soins (pansements…)	5						
Renouvellement ordonnance	5						
Examen à des fins administratives / certificat / réquisition	5				demande des forces de l'ordre		
Demande d'hébergement pour raison sociale	5						

FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'agravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin <240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC /min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

NORMALITE DES CONSTANTES CHEZ LES ENFANTS EN FONCTION DES AGES

ENFANT / âge	1 à 6 mois	1 à 2 ans	2 à 4 ans	4 à 10 ans	10 à 14 ans
PAS (mmHg)	85 +/- 30	100 +/- 25	100 +/- 20	110 +/- 15	115 +/- 15
PAD (mmHg)	45 +/- 30	65 +/- 25	65 +/- 20	60 +/- 10	60 +/- 10
FC /min	130 +/- 45	110 +/- 40	105 +/- 35	95 +/- 35	85 +/- 30
FR /min	30 +/- 15	25 +/- 10	25 +/- 10	25 +/- 10	20 +/- 5

DEFINITON HYPOTENSION / TACHYCARDIE /POLYPNEE CHEZ L'ENFANT EN FONCTION DE L'AGE

ENFANT / âge	< 1 mois	1 mois	2 ans	10 ans	
PAS (mmHg)	< 50	< 65	< 70	< 80	hypotension
PAD (mmHg)	< 30	< 35	< 40	< 50	
FC /min	> 180	> 160	> 130	> 120	tachycardie
FR /min	> 60	> 40	> 30	> 20	polypnée