

LA THEORIE DU RAISONNEMENT CLINIQUE

DEFINITIONS

- Le raisonnement clinique est le processus intellectuel sur lequel s'appuient tous les professionnels de santé pour la compréhension des situations des patients et les décisions d'intervention de soins.
- La démarche clinique, c'est l'ensemble des étapes nécessaires au soignant pour déterminer, organiser, réaliser et évaluer les soins qui relèvent de son champ de compétences.

OBJECTIFS DE LA DEMARCHE CLINIQUE

La démarche clinique est un **processus intellectuel**, structuré selon des étapes **logiquement ordonnées**.

Elle est utilisée pour **analyser la situation et planifier des soins personnalisés** visant :

- ➔ **le mieux-être de la personne soignée,**
- ➔ ou chez l'enfant sain : **le développement de ses apprentissages et de son autonomie** (qui évoluent suivant son âge)

La finalité est de répondre aux **besoins** de la personne prise en charge, tout en l'impliquant dans **le projet de soins** (ou son entourage).

C'est une approche qui permet de prendre en compte, pour **un individu et à un moment donné**, tous les éléments indispensables à sa prise en charge. C'est pourquoi il est important de **préciser la date et le moment de la journée** auxquels correspond cette démarche.

La démarche clinique est un outil qui permet au soignant d'avoir une trame logique de pensées. Elle comporte plusieurs étapes :

- **Un recueil des données** concernant la personne
- **Une analyse et une interprétation** des données grâce aux **connaissances** du soignant
- **Des questionnements** soulevés, des **hypothèses** de compréhension de la situation de la personne qui aboutissent si c'est le cas à la formulation de **problèmes**
- L'élaboration **d'un projet de soins** ou de vie : mise en place **d'actions** adaptées et **personnalisées** pour répondre aux **besoins** de la personne soignée
- **Une évaluation** des actions effectuées
- **Des réajustements** des actions pour atteindre les objectifs de soins
- **Le devenir** de l'enfant

La démarche clinique s'appuie sur le raisonnement clinique pour analyser les situations.

La démarche clinique se décompose donc en 2 phases :

1. **Le raisonnement clinique** pour étudier la situation
2. **Le projet de soin (ou de vie) individualisé** pour proposer des actions de soin

1. Le raisonnement clinique

Le raisonnement est une opération logique, différente de l'intuition : celle-ci ne s'appuie pas sur la raison mais sur des sentiments, des ressentis complexes et difficiles à justifier. Le raisonnement clinique fait appel aux capacités intellectuelles et aux connaissances du soignant.

Plus simplement, le raisonnement clinique :

- *C'est analyser les différentes situations de soins grâce :*
 - *A des connaissances théoriques,*
 - *A l'examen clinique du patient, dont fait partie l'observation,*
 - *Et à un recueil de données exhaustif*
- *C'est identifier des problèmes réels et/ou potentiels du patient, afin de mettre en place des actions personnalisées et adaptées à sa situation actuelle*

Il faudra donc au soignant, **faire des liens entre les informations recueillies, l'observation clinique, ses savoirs théoriques et développer sa capacité de raisonnement**. Le plus difficile étant de relier les éléments entre eux.

Le raisonnement clinique est totalement implicite pour les professionnels expérimentés et peut sembler invisible pour les apprenants stagiaires.

Le raisonnement clinique est **une vraie compétence**, qui amène chaque soignant à collaborer avec les autres acteurs de soins dans le cadre d'un **raisonnement clinique partagé**.

a) Le recueil de données

Il s'agit de rechercher des informations essentielles et utiles sur la personne prise en charge, afin de mieux la connaître au niveau **biologique, psychologique, social et culturel**, (avoir une représentation globale de la personne).

Plus les informations recueillies seront ciblées et précises, plus la prise en charge de la personne pourra être **individualisée**.

Cela demande de la méthode, de la rigueur, et une capacité à ordonner et structurer ses notes.

Le recueil de données s'élabore à partir **des besoins** de la personne.

Le **modèle conceptuel** utilisé le plus souvent dans les soins infirmiers est celui de **Virginia Henderson**.

Toutefois, à La Maisonnée, nous avons fait le choix de différencier plusieurs situations de soins concernant l'enfant :

- **L'enfant sain en établissement d'accueil**
- **Le nouveau-né en maternité**
- **L'enfant malade ou en situation de handicap ou en néonatalogie**

Pour chacune de ces situations, le recueil de données et l'observation de l'enfant suivront une grille différente, élaborée en s'appuyant sur les **14 besoins de V.Henderson** : Voir les 14 besoins

- Chez l'enfant sain, elle sera orientée sur **ses acquisitions et ses besoins** au regard de son stade de développement en prenant en compte son autonomie (7 besoins)
- Chez le nouveau-né, elle s'appuiera sur les 9 **éléments de surveillance** tout en prenant en compte le couple mère/enfant
- Chez l'enfant malade ou porteur de handicap, elle s'appuiera sur 8 **besoins essentiels**
- En néonatalogie, elle s'appuiera **sur 7 besoins** définis

Comment réaliser le recueil de données ?

- Concernant **la présentation de la structure** : (cf. guides),

Il est important de présenter le contexte dans lequel l'enfant est pris en charge : structure d'accueil, service hospitalier, lieu de vie, organisation du travail, équipe etc. car cela pourra avoir un impact sur le projet de soin ou de vie.

Les informations pourront être recueillies dès votre arrivée dans le service auprès du personnel ou de la directrice et/ou en consultant des documents actualisés.

- Concernant **le recueil de données de l'enfant** :

Il peut se faire avant l'arrivée de l'enfant, en consultant les dossiers (d'inscription, médicaux, infirmiers, le carnet de santé), en lisant les dernières transmissions, en questionnant les professionnels de santé (AP, AS, IDE, IPDE, directrice de crèche, SF, Médecin, kiné etc).

Il peut se faire directement auprès de l'enfant en fonction de son âge, ou auprès des parents en ciblant les questions (en établissant au préalable un questionnaire).

L'objectif est d'obtenir des informations sur son **environnement familial, ses antécédents de santé, son stade de développement, ses habitudes de vie pour chacun des besoins répertoriés**.

Cela vous demande des capacités à communiquer, à établir une relation de confiance avec la personne et/ou son entourage (se présenter, expliquer l'objectif du recueil de ces informations).

Le recueil de données doit être enrichi de vos **observations de l'enfant** : ses compétences, son stade de développement, etc

Il doit être **actualisé** c'est-à-dire doit prendre en considération **les informations du jour** : celles transmises par les parents à l'arrivée de l'enfant dans la structure, ou celles transmises à la relève. Cela vous permettra de réajuster vos données et surtout de **prioriser les besoins du jour**.

Le contenu des informations doit être professionnel donc doit utiliser une terminologie et **un vocabulaire médical adapté et maîtrisé**. (Utilisez du vocabulaire que vous maîtrisez et comprenez, vous devez être capable de nous l'expliquer)

Toutes ces informations sont à classer dans les besoins selon la grille appropriée.

Exemple

Vous prenez en charge Mattéo 12 mois qui entre en service de pédiatrie pour une infection urinaire.

Il a une température à 39,5°C, une fréquence cardiaque à 140 battements/min, une fréquence respiratoire à 46 cycles/min, il pèse 12 kg. La marche n'est pas acquise. Il mange 4 repas diversifiés par jour et se réveille la nuit pour boire 1 biberon de 300 ml de lait 2^{ème} âge.

→ Classer les données dans les besoins correspondants

BESOIN	DONNEES
<i>Respiration/ circulation sanguine/thermorégulation</i>	<i>T°= 39°5C hyperthermie FC= 140 bpm tachycardie FR= 46 cycles/min accélération du rythme respiratoire</i>
<i>alimentation</i>	<i>Pèse 12kg (10kg) 4 repas diversifiés + 1 biberon de 300ml lait 2^{ème} âge la nuit (lait de croissance à voir pour après ses 12 mois)</i>
<i>Mobilisation et douleur</i>	<i>Marche non acquise, normalité, puisqu'il peut marcher jusqu'à 18 mois</i>
<i>sommeil</i>	<i>Se réveille la nuit pour boire son biberon</i>

b) L'analyse et l'interprétation des données

L'analyse de situation permet de réfléchir à la prise en charge de l'enfant, de personnaliser et de donner du sens aux actions que **vous mettrez en place en tant qu'AP** (en effet vous devez vous positionner comme une AP et non comme une élève).

Pour pouvoir analyser, il faut pouvoir comparer les données observées et recueillies avec **les caractéristiques d'un individu sain** (anatomie, physiologie, psychosociologie, pathologie).

Chez **l'enfant en développement**, il faudra prendre en considération son âge car ces caractéristiques évoluent au fur et à mesure que l'enfant grandit. L'environnement familial est aussi à prendre en compte (composition de la famille, culture etc).

Il est donc nécessaire de connaître et de savoir utiliser ses **connaissances théoriques** pour pouvoir comparer, **différencier ce qui est normal de ce qui est pathologique**.

La connaissance des normes est fondamentale pour pouvoir interpréter les données recueillies :

- les paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, température etc)
- les stades du développement psychomoteur
- les mensurations (poids, taille, IMC, etc)
- les stades du développement psychoaffectif
- l'équilibre alimentaire, la diversification, l'apport lacté
- etc

Exemple (suite)

Afin de pouvoir analyser ces données, il faut connaitre :

- *les normes des paramètres vitaux pour un enfant de 1 an ($T^{\circ} = 37 \text{ à } 37^{\circ}2\text{C}$; $FC = 70 \text{ à } 110 \text{ bpm}$; $FR = 20 \text{ à } 30 \text{ cycles}$)*
- *la moyenne de poids d'un enfant de 1 an (environ 10 kg ou $PN \times 3$)*
- *le développement psychomoteur de l'enfant et les compétences attendues d'un enfant de 1 an (l'acquisition de la marche se fait par étapes, entre 10 et 18 mois)*
- *les étapes de la diversification alimentaire, les différents laits pour nourrisson et les quantités à donner (A 12 mois, un enfant ne doit plus manger la nuit (à partir de 4 / 6 mois, l'enfant passe à 4 repas/j)*
- *le sommeil de l'enfant (à 12 mois un enfant fait des nuits complètes de 10h environ)*

Votre analyse de ces données doit faire émerger des questionnements et des hypothèses, qui aboutiront à la formulation de problèmes

c) Problématisation

En comparant les données recueillies avec ses connaissances ou ses expériences, l'AP peut mettre en avant des différences. Celles-ci doivent susciter des **questionnements** qui vont permettre d'aboutir à **des hypothèses de compréhension de la situation** :

- Une hypothèse est une supposition à partir de laquelle on construit un raisonnement
- C'est une explication possible de la situation, de la différence observée avec les normes
- Ce n'est pas un diagnostic médical

Ces hypothèses permettent d'identifier des problèmes réels ou des risques en lien avec des besoins perturbés.

- Un problème réel **se manifeste** par la présence de signes
- Un risque **ne se manifeste pas encore** mais est susceptible de se transformer en problème réel (c'est un problème « potentiel »)

Exemple 1 : Analyser les données, formuler des hypothèses puis faire émerger des problèmes

BESOIN	DONNEES	ANALYSE DES DONNEES
<i>Respiration/ circulation sanguine/thermorégulation</i>	$T^{\circ} = 39,5^{\circ}\text{C}$ $FC = 140 \text{ bpm}$ $FR = 46 \text{ cycles/min}$	<p><i>Hypothèses : résultats faussés ? parce qu'il n'est pas calme pour prendre ses paramètres vitaux</i></p> <p><i>-> Problème HYPERTHERMIE en lien ou se manifestant par $T^{\circ} = 39,5^{\circ}\text{C}$</i></p> <p><i>$FC = 140 \text{ bpm}$</i></p> <p><i>$FR = 46 \text{ cycles/min}$</i></p> <p><i>-> Risque de convulsions en lien avec l'hyperthermie</i></p> <p><i>-> Risque de déshydratation en lien avec l'hyperthermie</i></p>

<i>Alimentation</i>	<i>Pèse 12 kg 4 repas diversifiés 1 biberon de 300ml lait 2^{ème} âge la nuit</i>	<i>Hypothèses : alimentation pas tout à fait adaptée à son âge et poids / normale Quantité d'alimentation dans la journée ?</i> <i>->Risque SURPOIDS ->Risque DE CARIÉS sur les dents de lait</i>
<i>Mobilisation et douleur</i>	<i>Marche non acquise</i>	<i>Pas de retard psychomoteur, pas de problème Y a-t-il douleur dûe à l'infection urinaire</i>
<i>sommeil</i>	<i>Se réveille la nuit pour boire un biberon</i>	<i>Hypothèses : le sommeil est interrompu ->Risque de manque de sommeil</i>

Exemple 2

Vous accueillez en crèche, un enfant âgé de 15 mois qui marche depuis 1 mois.

Hypothèse : son équilibre peut être fragile, il n'est pas très stable sur ses pieds

→ Risque de chute lors de ses déplacements

Alors que pour un enfant de 3 ans, on n'évoquera pas ce risque car il a acquis la marche depuis longtemps.

L'ensemble des besoins de l'enfant doit être analysé. Cependant tous ne seront pas perturbés et ne feront pas apparaître de problèmes réels ou potentiels.

Lors de la présentation du tableau des besoins, ceux-ci doivent être **classés par ordre de priorité à ce jour** (du + perturbé au – perturbé).

Lorsque l'enfant ne présente pas de problème, **on prend en considération les étapes de développement** dans lesquelles il se trouve (ex : acquisition de la propreté, du langage ; période d'opposition...)

En effet, on ne s'attache pas uniquement aux besoins perturbés mais à **la prise en charge globale de tous les besoins de l'enfant**. De chacun des besoins découleront des actions de l'AP.

2. Le projet de vie ou projet de soins

Le projet de soins ou de vie établit la prise en charge concrète de la personne par les professionnels. Il prend en compte les soins à réaliser par l'ensemble de l'équipe (soignante ou éducative).

Dans le cadre de cette formation, nous nous attacherons et développerons particulièrement tous les soins que peut **réaliser l'AP seule** et ceux qu'elle peut **réaliser en collaboration** avec les autres professionnels de santé et les parents.

Suivant le lieu d'accueil de l'enfant, on parlera de **projet de soins** (en milieu hospitalier, dans les structures sanitaires) ou de **projet de vie** (en structure d'accueil collectif).

Il consiste à mettre en place des actes de soins ; à les évaluer et à les réajuster au besoin.

a) Mise en place d'actions de soins

Après l'analyse des données et l'identification des problèmes réels ou potentiels **du moment**, il s'agit de réfléchir au rôle de l'AP et aux actions à mettre en place pour prendre en charge l'enfant dans sa globalité.

La recherche de **l'autonomie et le respect du rythme** des acquisitions de l'enfant doit être pris en compte dans les actions à mettre en œuvre. L'accompagnement et l'implication des parents dans les soins est aussi à privilégier lorsque cela est possible.

Le rôle de l'AP comprend :

- **Les soins courants** dans chacun des besoins (actes de la vie quotidienne) et les soins aigus en collaboration avec l'IPDE.
- **Des actions de prévention** lorsque des **risques ont été analysés**
- Des actions prenant en compte les **problèmes réels** du moment

Les actions doivent être personnalisées à l'enfant présenté, dans la mesure du possible.

Certaines actions peuvent aussi être mises en place auprès des parents notamment dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité ou lors de conseils de prévention (éducation à la santé).

Les **actions collaboratrices** (avec les autres professionnels de l'équipe : IDE, Kiné, Psychomotricien etc) doivent apparaître clairement.

Les transmissions au reste de l'équipe sont également à prendre en compte dans le rôle de l'AP.

Les actions doivent être formulées précisément et concrètes. Elles doivent s'inscrire dans le **projet du service** et respecter les **protocoles** en cours dans la structure (*exple : change debout ou change couché*).

Les actions doivent être réalisables avec les moyens mis à disposition sur le lieu d'accueil de l'enfant (jeux, activités dirigées ou libres, extérieur, chaises hautes ou transat etc).

L'AP est responsable des actions qu'elle réalise, ainsi que de leurs résultats et réajustements.

Toutes les actions proposées rentrent dans le champ de compétences de l'AP.

Dans le tableau des besoins, vous devez formuler vos actions avec « je ».

Exemple (suite) Proposer des actions de l'AP, tenant compte des problèmes et des actes de la vie quotidienne

BESOIN	DONNEES	ANALYSE DES DONNEES	ACTIONS MOBILISEES
--------	---------	---------------------	--------------------

Respiration/ circulation sanguine/th ermorégulati on	$T^{\circ} = 39,5^{\circ}\text{C}$ $FC = 140 \text{ bpm}$ $FR = 46$ cycles/min	<p>T°, FC et FR de Mattéo > la normale</p> <p><u>Hypothèses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -résultats faussés car il pleure ou est agité à son entrée dans le service ? (On sait que la surveillance des paramètres vitaux doit se faire chez un enfant au calme depuis 15 min). -il a de la fièvre (on sait que la fièvre entraîne une accélération de la FC et de la FR) <p>-> Problème d'hyperthermie (se manifestant par une température à $39,5^{\circ}\text{C}$, une tachycardie et une polypnée, en lien avec l'infection urinaire)</p> <p>-> Risque de convulsion en lien avec l'hyperthermie chez un nourrisson</p> <p>-> Risque de déshydratation en lien avec l'hyperthermie</p>	<p>-je collabore avec IPDE pour l'administration d'un antipyrétique</p> <p>-je le découvre (il reste en body et couche)</p> <p>-je lui donne à boire</p> <p>-je reprends ses constantes T° FC FR</p> <p>-je transmets les résultats</p> <p>-je surveille son comportement et son état de conscience avec hyperthermie</p>
Alimentation	Pèse 12 kg 4 repas diversifiés 1 biberon de 300ml lait 2 ^{ème} âge la nuit	<p>pas tout à fait adaptée à son âge et Poids > normale</p> <p><u>Hypothèses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - PN : 4kg ? - Il boit un biberon la nuit car il a faim et ne mange pas assez dans la journée - Il réclame un biberon par habitude <p>->Risque de surpoids</p> <p>->Risque de caries sur les dents de lait</p>	<p>-je surveille ses 4 repas/jour</p> <p>-je surveille la quantité mangée</p> <p>-je m'assure qu'il ait une quantité de laitage dans sa journée et d'eau</p> <p>-j'écoute les parents sur la raison du biberon la nuit et je donne des conseils pour arrêter de donner ce biberon</p> <p>-je parle des risques de caries et surpoids, et je conseille la prévention bucco-dentaire</p>
Mobilisation et douleur	Marche non acquise	<p>Pas de retard psychomoteur</p> <p>->Pas de problème ou risque</p>	<p>-je surveille s'il a mal, attitudes montrant une douleur, ses pleurs ?</p> <p>-Je redis aux parents que chaque enfant doit être respecté dans son rythme psychomoteur</p>
sommeil	Se réveille la nuit pour boire un biberon	<p><u>Hypothèses :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -le sommeil est interrompu 	<p>-Je l'installe pour dormir avec doudou, sucette et turbulette</p>

		->Risque de manque de sommeil	<i>- Je le rassure s'il se réveille la nuit et je ne propose pas de biberon J'échange avec les parents</i>
--	--	---	--

b) Evaluation des actions

L'évaluation des actions correspond aux résultats obtenus suite à leur réalisation : il s'agit de comparer les résultats obtenus avec les résultats attendus.

Certaines actions pourront être évaluées rapidement, d'autres dans un délai plus ou moins long. Elles ne sont pas nécessairement évaluées par la personne qui les réalise. Cependant la recherche du résultat est la continuité logique de la mise en place des actions et de la prise en charge de l'enfant.

BESOIN	DONNEES	ANALYSE DES DONNEES	ACTIONS MOBILISEES	EVALUATION	REAJUSTEMENTS
Respiration/ circulation sanguine/thermorégulation			<ul style="list-style-type: none"> -je collabore avec l'IPDE pour l'administration d'un médicament antipyrrétique -je propose à boire en petites quantités -je le découvre, le laisse en couche -Je surveille sa T°, FC et FR selon la prescription -je surveille l'apparition de signes d'hyperthermie et je transmets à l'IPDE -je surveille le comportement de M. et son état de conscience en cas d'hyperthermie 	<p>Doliprane sirop donné par l'IPDE à 10h A bu 150 ml d'eau en 3 fois T° reprise à 11h : 37,5°C T° bien supportée à 10h</p>	<p>-Le Doliprane a été efficace puisque la T° s'est normalisée donc pas de réajustement -Il a bien bu donc pas de risque de déshydratation</p>
Alimentation			<ul style="list-style-type: none"> -je lui propose à manger 4 x/j selon ses habitudes -je m'assure qu'il mange suffisamment aux 4 repas -je m'assure qu'il ait sa quantité de laitage dans la journée -je ne lui propose pas de biberon la nuit -je donne des conseils aux parents sur les besoins alimentaires de M. et le risque de caries et de surpoids 	<p>N'a pas mangé toute sa ration à 12h N'a pas voulu ses petits-suisses Parents non vus ce matin</p>	<p>Lui proposer ses petits-suisses pour le goûter ou proposer un biberon Je transmets pour que les parents soient vus le soir à leur arrivée</p>
Mobilisation et douleur			- je respecte le développement de M. à son rythme et l'installe dans une position qu'il a déjà acquise		
sommeil			<ul style="list-style-type: none"> -j'installe M. pour dormir la nuit et pour ses siestes -s'il se réveille la nuit, je le rassure et ne lui propose pas de biberon 	<p>A fait une sieste de 11h à 12h Il a dormi 2h de 14h30 à 16h30</p>	<p>Il a mieux dormi cette nuit et n'a pas réclamé</p>

c) Réajustements

L'écart mesuré entre les résultats obtenus et les résultats attendus doit être interprété, c'est-à-dire qu'il convient d'apprécier l'efficacité des actions réalisées au regard des objectifs qui ont été réfléchis en amont.

- Si les résultats obtenus sont à la hauteur des résultats attendus, c'est que les actions réalisées ont été adaptées
- S'il y a une différence, c'est que les actions n'étaient pas adaptées ou alors insuffisantes, ou alors que l'enfant se dégrade

Pour atteindre ces objectifs, ces actions devront être réajustées.

Ces réajustements participent à la démarche clinique et à l'optimisation de la prise en charge.

Exemple (suite) *Dans le tableau ci-dessus, proposer des réajustements tenant compte des évaluations des actions effectuées*

d) le devenir de l'enfant

Cela concerne l'enfant dans la structure ou dans son entourage familial.
(Ce n'est pas l'estimation anticipée de ses prochaines acquisitions).

- à court terme : ce qui est prévu dans le reste de la journée (activités, soins ...)
- à moyen terme : ce qui est prévu dans les semaines à venir (sorties, ...)
- à long terme : ce qui est prévu dans les mois à venir (changement de section, consultations, vaccins, pronostic de la maladie à long terme...)

C'est une sorte de conclusion à la démarche clinique

Exemple (suite)

- *court terme : Mathéo va avoir une perfusion d'ATB ; Surveillance des paramètres vitaux ; sieste cet AM ; attente des parents*
- *moyen terme : sortie d'ici quelques jours avec des conseils de diététiques*
- *long terme : a priori pas de conséquences sur l'appareil urinaire. Sauf si récidive. Pas de consultation prévue .*