Adaptation pédagogique du raisonnement clinique selon Christine Tanner

Le modèle de raisonnement et de jugement clinique de Christine Tanner dispose d'une forte validité, reconnue scientifiquement au terme de plus de 20 années de recherche et presque 200 écrits scientifiques. Aujourd'hui, le modèle de Tanner est l'un des plus utilisés dans les programmes de formation en sciences infirmières. Le modèle distingue le processus de raisonnement clinique infirmier et sa finalité, le jugement clinique infirmier.
Le raisonnement clinique nécessite de nombreux aller-retours entre ces 4 processus

Noticing/Processus : Je remarque/perception initiale	**Interpreting/Processus : J'interprète/jugement clinique/NANDA-I**	**Responding/Processus : Je réponds/ NIC (Nursing Interventions Classification) en fonction du NOC**	**Reflecting/Processus : Je réfléchis/NOC (Nursing Outcomes Classification) et APP**
Je remarque en fonction : - **Du bagage** de connaissances, d'expériences, de perspectives philosophiques, de valeurs, de croyances qui influencent consciemment ou inconsciemment ma capacité à remarquer - **De mes capacités relationnelles avec le bénéficiaire** des soins - **Du contexte du soin** (culture institutionnelle, situation politique)	Définitions « interpréter » : - **Je cherche à expliquer**, à rendre compréhensible ce qui est complexe. - **Traduction** du langage du corps du patient, des symptômes, des mots des patients pour les relier aux problèmes de santé qu'ils présentent. - **Je cherche à répondre** : « Qu'est-ce que ces éléments veulent dire ? »	Je réponds par une intervention à **partir de compétences de raisonnement développées en amont.**	Le bagage infirmier qui a permis de « remarquer » doit une fois de plus être mis en activité pour réfléchir. La réflexion implique un retour sur l'expérience, l'analyse des évènements, et la mise en relation des différentes données du contexte, du bagage de l'IDE, et de sa relation avec la personne.
Je remarque en utilisant : - **Les 4 sens** (ouïe, odorat, toucher, vue)	**3 éléments permettent à l'IDE d'interpréter** : - **Processus analytique** :	**Quelques difficultés avec ce processus :** - Quand débute et quand se termine l'intervention	La réflexion est essentielle pour l'amélioration des connaissances et du jugement clinique dans des

- **Le processus de recueil de données**	allers-retours entre vision macroscopique et vision plus spécifique en utilisant la technique du **recueil de données** = les éléments observés et recueillis dans le processus « remarquer » sont intégrés dans le processus « interpréter ». A partir des **données objectives et subjectives**, l'IDE va émettre des **hypothèses**. - **Processus d'intuition**, se développe au fil du temps grâce aux APP, à l'expérience, à la compréhension des schémas typiques d'une unité de soin - **Pensée narrative**, l'IDE donne de l'espace à l'expression du patient, ainsi l'interprétation du récit de la personne par l'infirmier va permettre de proposer une signification à ce que vit la personne.	soignante ? (Planification ? transmissions ... ?) - Multitude d'activités posées par l'IDE nécessitant en même temps la mise en œuvre des processus « remarquer » et « interpréter » : **Exemple d'action de pose de VVP** nécessite plusieurs autres actions (observation de la qualité du système veineux –« processus remarquer »-et compréhension de la possibilité ou non de perfuser sur la veine observée – « processus interpréter »)	situations complexes
Je remarque à partir de 3 prismes qui sont teintés par le bagage de	**Le raisonnement clinique permet à l'IDE de développer son jugement**	L' intervention soignante doit être réalisée par un IDE qui doit **constamment**	2 formes de réflexion : - **La réflexion dans l'action** =

l'IDE : - **Cognitif** (aller-retour entre plusieurs types de connaissances théoriques - EBN-intégrées et appropriées) - **Expérientiel** (mes expériences pro me permettent de développer des compétences au fur et à mesure des stages, et également à partir de mes expériences personnelles, APP permet de transformer l'expérience en connaissances) - **Relationnel** (se relier à la singularité du bénéficiaire à travers l'expression de ses symptômes que la cognition transformera en signes)	**clinique** puisqu'il est défini comme « l'ensemble des processus cognitifs qui précèdent un jugement clinique »	**s'ajuster** en fonction des paramètres environnementaux.	au cœur de l'intervention : nécessité de « lire » les réactions du patient en fonction de l'intervention infirmière afin d'ajuster ou non ses soins en conséquence, et prendre un « itinéraire bis » si besoin - **La réflexion sur l'action** a lieu après l'intervention = **posture réflexive**

Aucun prisme isolé (cognitif, expérientiel, relationnel) **n'est suffisant pour un jugement pertinent**	**Le jugement clinique permet à l'IDE de poser un diagnostic infirmier, classé dans la NANDA-I** (North American Nursing Diagnosis Association) **Le jugement clinique** : Ses origines théoriques sont multiples et sa définition ne fait pas encore consensus. L'analyse de la littérature scientifique et professionnelle montre des points de vue hétérogènes. Dans le modèle de Tanner, le terme « jugement clinique » est défini comme une compréhension, un constat ou une conclusion relative aux besoins, aux préoccupations ou aux problèmes de santé d'une personne.	Selon l'Université de l'Iowa**, une intervention est : « Tout soin basé sur un jugement clinique et des connaissances que l'infirmière réalise afin d'améliorer les résultats de la personne soignée** ». Chaque intervention reprend des activités (= « Comportements spécifiques adoptés par l'infirmière ou actions réalisées dans le cadre d'une intervention pour aider la personne soignée à atteindre un résultat escompté. ») Il est nécessaire de réaliser une série d'activités afin de mettre en œuvre une intervention	
Je classe mes observations grâce à un outil spécifique des **14 besoins de Virginia Henderson (choisi par IFSI de Bayonne, mais d'autres cadres conceptuels sont possibles).**	NANDA = classification internationale qui permet **d'identifier et de catégoriser les problèmes de santé des patients**. Elle aide les infirmières à établir un diagnostic infirmier précis et pertinent. **Utilisation obligatoire par les ESI du manuel NANDA-I ou similaire**	NIC (Nursing Interventions Classification) est **une classification des interventions infirmières fondées sur la recherche** et normalisées. Elle décrit les actions spécifiques que les infirmières peuvent entreprendre pour résoudre les problèmes de santé identifiés par le diagnostic NANDA et orientées selon les objectifs pour le patient à partir de critères NOC	Ici, L'IDE met également en œuvre les processus remarquer, interpréter, voire répondre
	Définition du diagnostic infirmier : « le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions d'une personne, d'une	**Les interventions NIC standardisées doivent toujours être pensées au regard de la législation française (Code de la**	**NOC** = une classification, fondée sur la recherche (EBP/EBN), des résultats attendus des interventions infirmières. Elle

	famille ou d'une collectivité à un problème de santé présent ou potentiel ou à un processus biologique. Le diagnostic infirmier sert de modèle à l'infirmière lorsqu'elle choisit les interventions qui doivent permettre à une personne d'atteindre ses objectifs de soin » (NANDA, 1995)	**Santé Publique)**	permet d'évaluer l'efficacité des soins en mesurant l'amélioration de l'état de santé du patient suite aux interventions NIC.

Le modèle théorique de Tanner est dynamique, non linéaire, en continuelle évolution, adapté pour les IDE, AS et IPA.