

Faculté de santé publique

Comment améliorer le développement des
compétences en raisonnement clinique des
étudiants Bacheliers Infirmiers
Responsables de Soins Généraux dans
l'élaboration de leur jugement clinique une
fois diplômés ?

Mémoire réalisé par

Natacha DEFIVES

Promotrice

Thérèse Van Durme

Année académique 2024-2025

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Comment améliorer le développement des
compétences en raisonnement clinique
des étudiants Bacheliers Infirmiers
Responsables de Soins Généraux dans
l'élaboration de leur jugement clinique
une fois diplômés ?**

Mémoire réalisé par

Natacha DEFIVES

Promotrice

Thérèse Van Durme

Année académique 2024-2025

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin et qui m'ont soutenue pendant la réalisation de mon mémoire

Tout d'abord, je remercie chaleureusement ma promotrice, Madame Thérèse Van Durme, pour son accompagnement, ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de mon travail. Votre expertise et votre bienveillance ont été essentiels à la réussite de mon travail.

Ensuite, je remercie ma lectrice, Madame Anne-Sophie paquet, qui a montré un profond intérêt pour la problématique.

J'adresse un merci particulièrement reconnaissant aux infirmiers qui ont accepté de participer à mon étude et de partager leurs expériences et leurs réflexions.

Je remercie l'ensemble des enseignants du Master pour leurs apports enrichissants.

Je remercie mes collègues qui m'ont apporté leurs encouragements tout au long de mon parcours d'études et, particulièrement, à Amandine, à Cécile et à Marine, pour leurs conseils précieux et leur réconfort.

Je remercie mes acolytes d'auditoire et de trajet qui m'ont soutenue pendant la formation.

Je remercie tout particulièrement ma maman qui m'a accompagnée tout au long de ma formation et lors de la réalisation de mon mémoire.

Et, enfin, je ne remercierai jamais assez ma famille pour leur patience, leur épaulement dans les bons comme dans les moments difficiles, merci à mon mari et à mes enfants.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, (...)) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Résumé

Introduction

Ce mémoire s'inscrit dans une réflexion sur l'enseignement du raisonnement clinique infirmier, particulièrement dans le contexte des soins à domicile. Face à la complexité croissante des situations cliniques et à l'évolution des pratiques professionnelles, il devient essentiel de former des infirmiers capables de développer un jugement clinique solide et adapté au terrain.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les perceptions de jeunes infirmiers diplômés concernant leur enseignement du raisonnement clinique en cours et en stages afin d'identifier les leviers et les freins à une formation initiale efficace. Il vise également à proposer des pistes d'amélioration des dispositifs pédagogiques, en lien avec les réalités du terrain.

Méthode

Une approche qualitative a été privilégiée, reposant sur des entretiens semi-directifs menés auprès de 13 infirmiers travaillant en soins à domicile. L'analyse thématique des données recueillies a permis de dégager des éléments significatifs sur leur vécu, leurs besoins et leurs attentes en matière d'accompagnement pédagogique.

Résultats

Les résultats mettent en évidence une diversité de pratiques d'encadrement, parfois peu explicites, ainsi qu'un besoin fort de cohérence et de structuration dans l'accompagnement du raisonnement clinique. Les jeunes diplômés expriment le souhait d'un encadrement plus réflexif, soutenant leur autonomie et leur capacité à penser de manière critique.

Conclusion

Pour soutenir le développement des compétences en raisonnement clinique, ce mémoire souligne l'importance d'une posture d'accompagnement collaborative, centrée sur le développement du jugement professionnel et la promotion de l'empowerment. Il amorce des perspectives concrètes pour faire évoluer les pratiques de formation : harmonisation des outils pédagogiques, développement de projets innovants comme un jeu de cartes interprofessionnel, et ouverture à d'autres approches via des échanges interinstitutionnels.

Mots-clés

Raisonnement clinique- Jugement clinique-Méthodes pédagogiques- Empowerment

Lexique des acronymes

AIVQ : Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne

ASBL : Association Sans But Lucratif

BIRSG : Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux

ECTS : European Crédit Transfer System

FWB : Fédération Wallonie-Bruxelles

HAD : Hospitalisation A Domicile

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

IRSG : Infirmier Responsable de Soins Généraux

LAT : Lieu d'Apprentissage et de Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SISD : Services Intégrés des Soins à Domicile

TFE : Travail de Fin d'Etudes

UE : Unité d'Enseignement

Note :

Afin de respecter l'égalité des genres et de favoriser une lecture inclusive, certains noms utilisés dans ce travail ont été choisis à titre épicène. Ils ne préjugent en rien du genre des personnes concernées.

Table des matières

1	Introduction	13
1.1	Pourquoi cette problématique ?	13
1.2	L'importance de cette problématique	13
1.3	La problématique.....	18
2	Cadre théorique	21
2.1.1	Recherche documentaire pour les références en soutien aux concepts théoriques abordés.....	21
2.2	Cadre conceptuel du raisonnement clinique.....	23
2.2.1	Sélection du concept : Pourquoi l'avoir retenu ?	23
2.2.2	Détermination des objectifs de notre analyse : Pourquoi l'avoir analysé ?.....	24
2.2.3	Identification des usages du concept : Pour quelle signification, quel usage ?	24
2.2.3.1	Définition littérale, littéraire et comparative	24
2.2.3.2	Concepts connexes	25
2.2.3.2.1	Jugement clinique.....	25
2.2.3.2.2	Pensée critique.....	26
2.2.3.2.3	Prise de décision clinique	26
2.2.3.3	Usage dans la pratique clinique.....	26
2.2.4	Détermination des attributs définitoires : Pour quelles caractéristiques essentielles ?	27
2.2.5	Identification des modèles : Pour quels types de raisonnement clinique ?	27
2.2.6	Identification des antécédents et des conséquences : Pour quels préalables et quels impacts ?	28
2.2.7	Définition empirique : Pour quelle définition, quel sens « praticable » ?	29
2.2.8	Application pratique : Pour quel déploiement ?	29
2.2.8.1	Dans le cadre de l'enseignement : formation	29
2.2.8.1.1	Méthodes pédagogiques adaptées	29
2.2.8.1.2	Implication d'enseignants qualifiés.....	31
2.2.8.2	Dans le cadre des soins.....	31
2.2.8.2.1	Amélioration de la qualité des soins	31
2.2.8.2.2	Responsabilisation des patients : autonomisation, empowerment, autoresponsabilisation	32
2.3	Contexte	32
2.3.1	Disciplinaire	32
2.3.1.1	Formation	33

2.3.1.2	Infirmier	33
2.3.2	Professionnel	35
2.3.2.1	Jeunes diplômés.....	35
2.3.2.2	Soins à domicile	35
3	Méthodologie	38
3.1	Introduction	38
3.2	Méthode.....	39
3.2.1	La recherche qualitative	39
3.3	Déroulement de la recherche.....	40
3.3.1	Stratégies d'échantillonnage	40
3.3.2	Guide d'entretien.....	41
3.3.3	Collecte des données	42
4	Résultats	43
4.1	Caractéristiques de l'échantillon	43
4.1.1	Résultats de notre recrutement	43
4.1.2	Anonymisation des données partagées.....	46
4.1.3	Opérations d'analyse	46
4.2	Analyse thématique des données.....	46
4.2.1	Sens du raisonnement.....	46
4.2.1.1	Définitions pragmatiques	46
4.2.1.2	Formation initiale	47
4.2.1.2.1	Supports pédagogiques déployés	48
4.2.1.2.2	Eléments manquants.....	51
4.2.2	Organisation du travail quotidien à domicile	53
4.2.2.1	Gestion des soins	53
4.2.2.1.1	Soins directs	53
4.2.2.1.2	Soins indirects	54
4.2.2.2	Contexte de travail	56
4.2.2.2.1	Environnement de travail	57
4.2.2.2.2	Ressources organisationnelles.....	60
4.2.2.2.3	Temps	66
4.2.3	Vécu en situation.....	67
4.2.3.1	Perception initiale.....	67
4.2.3.2	Types de raisonnement clinique	68
4.2.3.3	Prise de décisions et actions	71
4.2.3.4	Prise de recul	72

4.2.4	Impact du raisonnement clinique	74
4.2.4.1	Qualité des soins : efficience.....	74
4.2.4.2	Empowerment	76
4.2.4.2.1	Patient.....	76
4.2.4.2.2	Infirmier	78
4.2.5	Perspectives d'amélioration de l'enseignement du raisonnement clinique infirmier 80	
1.1.1.1	En général.....	80
4.2.5.1	En soins à domicile	81
5	Discussion	83
5.1	Analyse interprétative	84
5.1.1	Sens pragmatique : Représentation dans la pratique quotidienne	84
5.1.2	Formation initiale	84
5.1.2.1	Enseignement Hospitalo-centré.....	84
5.1.2.2	Stages	84
5.1.3	Mobilisation du raisonnement clinique en situation	85
5.1.3.1	Types de raisonnement clinique et modèles	85
5.1.3.2	Facteurs influençant un raisonnement clinique efficace	86
5.1.3.2.1	Communication	86
5.1.3.2.2	Temps	86
5.1.3.2.3	Ressources organisationnelles.....	87
5.1.4	Impacts d'un raisonnement clinique efficace.....	87
5.1.4.1	Qualité des soins.....	87
5.1.4.2	Empowerment du patient	87
5.1.4.3	Empowerment de l'infirmier.....	88
5.2	Mes propres recommandations pour la formation initiale	88
5.2.1	À l'enseignement du raisonnement clinique	88
5.2.1.1	Cours	88
5.2.1.1.1	Stratégies pédagogiques « in situ »	88
5.2.1.1.2	Stratégies pédagogiques « interdisciplinaires » et « intersites » conditionnées et conditionnelles	90
5.2.1.2	Stages	91
5.2.1.2.1	Retours école pendant les stages	91
5.2.1.2.2	Raisonnement clinique écrit versus raisonnement clinique oral	91
5.2.1.2.3	Projet LAT	91
5.2.2	À l'enseignement des soins à domicile	92

5.2.2.1	Stratégies pédagogiques : cours	92
5.2.2.1.1	Conditionnées : Valorisation	92
5.2.2.1.2	Conditionnelles : Cours à options	92
5.2.2.2	Stages	92
5.2.2.2.1	Suivi de stages à domicile	92
5.2.2.2.2	Ouverture à la seconde ligne : HAD	93
5.3	Réflexivité	93
5.3.1	Méthode qualitative	93
5.3.1.1	Diversité des profils	93
5.3.1.1.1	Forces	93
5.3.1.1.2	Limites.....	93
5.3.1.2	Contexte des entretiens.....	94
5.3.1.2.1	Forces	94
5.3.1.2.2	Limites.....	94
5.3.1.3	Saturation des données	94
5.3.1.3.1	Forces	94
5.3.1.3.2	Limites.....	95
5.3.2	Démarche du mémoire	95
5.3.2.1	Dans son ensemble	95
5.3.2.2	Moi, en tant que chercheuse	95
5.3.2.3	Moi, en tant que mémorante.....	96
6	Conclusion.....	97
7	Bibliographie.....	99
8	Annexes	105
	Guide d'entretien	105
	Arbre thématique	107

1 Introduction

1.1 Pourquoi cette problématique ?

De formation initiale, je suis infirmière graduée diplômée en 2002. Après avoir travaillé durant 10 ans dans le domaine des soins à domicile, dans une équipe structurée de ma région, j'ai décidé de franchir le cap de rentrer dans l'enseignement. L'implantation où j'enseigne est partagée entre les deux formations proposées par la FWB, hospitalière et bachelière. Pour débiter, je me suis vu proposer un contrat « mixte ». À côté de ma fonction d'accompagnatrice des étudiants en stage, je suis chargée de divers cours, dont celui sur le raisonnement clinique infirmier, depuis l'année scolaire 2017-2018 en section hospitalière uniquement. En septembre 2021, et à l'entame du master, j'ai fait le choix de rompre l'un des deux contrats pour n'être plus qu'en section bachelière où ma direction m'a donné l'opportunité de reprendre le cours vacant de raisonnement clinique. Ce dernier se définit comme « un processus de pensée et de prise de décision qui permet au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé »(Nendaz et al., 2005, p. 6). Aux étudiants, je le caractérise comme une trame pour les aider à structurer leur façon de penser afin d'appréhender et comprendre les problèmes de santé prioritaires d'un patient dans le but d'agir avec celui-ci et « à son chevet » pour les résoudre et améliorer sa qualité de vie, dans un processus continu d'évaluation requérant de la réflexivité sur sa pensée et ses interventions de soins.

Dans le cadre de mon mémoire pour l'obtention du master, mon ancrage disciplinaire de base en soins à domicile et mon vécu d'enseignante avec ma double casquette d'approche pédagogique et d'évaluation du raisonnement clinique en cours et en stages ont poussé ma réflexion à me pencher sur les difficultés des jeunes diplômés BIRSG à déployer un raisonnement clinique efficace dans le contexte des soins à domicile, moi-même y ayant été confrontée, étant donné que le raisonnement clinique constitue une compétence que les étudiants peinent à saisir car, en cours, il est abstrait et, en stages, il est rendu implicite par les infirmiers de terrain.

1.2 L'importance de cette problématique

Dans ce deuxième point, afin d'appuyer les difficultés rencontrées par les étudiants, j'ai abordé, dans un premier temps, les statistiques d'échecs en raisonnement clinique dans le cadre de l'évaluation des cours où j'interviens depuis quatre années scolaires ainsi que dans la

compétence du référentiel de stages¹ de l'implantation où j'enseigne pour cette année académique, dans un second temps. Puis, j'ai pointé quelques éléments du contexte socio-politico-économique

Dans le programme de formation de notre Haute-Ecole, le cours de raisonnement clinique est enseigné en bloc 1 dès le premier quadrimestre dans une unité d'enseignement², UE107, où il constitue une activité d'apprentissage parmi deux autres. En huit heures de cours, la matière aborde la notion de modèle conceptuel, qui « propose une façon différente d'aborder les choses, (...), et guide la pratique infirmière dans le champ de la clinique, de la gestion, de la formation, de la recherche et sur le plan sociopolitique. »(Lecocq et al., 2024, p. 10), comme une sorte de guide qui oriente la manière de penser et d'agir, dont celui de Virginia Henderson³, privilégié pédagogiquement par notre institution, celle de démarche en soins infirmiers, définie comme « un processus scientifique interactif et continu permettant à l'infirmier d'évaluer de façon rigoureuse la santé dans toutes ses dimensions, de planifier et d'exécuter les interventions pertinentes et de mesurer les résultats obtenus »(Desjardins-P et al., 2015, p. 51), et de ses différentes étapes, se déclinant de l'évaluation de la situation initiale d'un patient à l'évaluation du plan de soins mis en œuvre avec lui, et celle de raisonnement clinique aboutissant à celle de jugement clinique, postulé par « Phaneuf (2008)(...) une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées ; il est, en somme, la conclusion qu'elle en tire »(Chapados et al., 2014, p. 38), à savoir une opinion professionnelle juste et fondée sur base d'indices en situation de soins. En première session, son évaluation écrite a lieu en janvier sans que les étudiants aient mis un pied en stage, donc sans qu'ils n'aient pu l'appliquer à la situation concrète d'un patient. Au deuxième quadrimestre, le cours est inclus dans une autre unité d'enseignement, l'UE109, pour laquelle l'UE107 est un prérequis, car il fait un zoom, en douze heures planifiées, sur la première étape de la démarche en soins infirmiers, à savoir l'évaluation de la situation d'un patient, se présentant elle-même en sous-étapes en s'achevant par la pose d'un diagnostic infirmier, lequel « résume un jugement clinique tiré de conclusions d'une évaluation infirmière exhaustive, éclairé par une compréhension des concepts fondamentaux de la discipline infirmière » (NANDA International et al., 2024, p. 32), et sa formulation sur base des indices significatifs évocateurs d'un problème de santé que l'infirmier peut être à même de résoudre

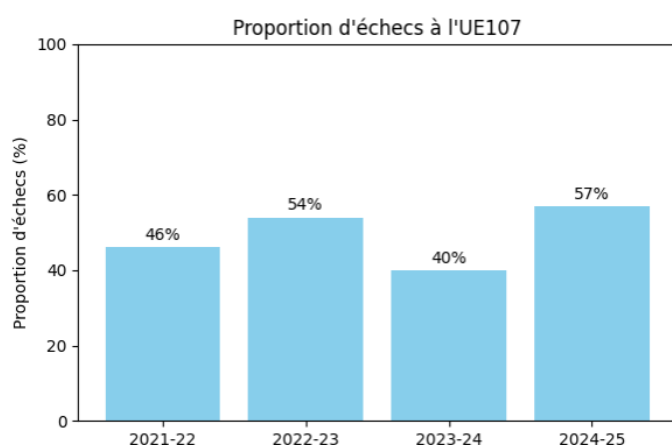
¹ Support d'évaluation en stage des 6 compétences de notre référentiel de formation

² Un programme d'études détaillé comptabilise 60 crédits par bloc d'études. Il est constitué de plusieurs unités d'enseignement, elles-mêmes, comportant plusieurs activités d'apprentissage

³ « (1892-1996) est une infirmière américaine qui a travaillé en pédiatrie, en psychiatrie et dans le domaine de la recherche. Elle a contribué au développement des soins infirmiers et à l'identification de la place de l'infirmier dans le monde de la santé. En 1960, elle écrit une théorie sur les besoins »(Le Neurès, 2008, p. 17)

seul, sans l'intervention d'un autre professionnel de santé ou sans prescription. En première session, l'épreuve écrite le certifiant se déroule en juin une fois que les étudiants ont réalisé deux périodes de deux semaines de stages, en maisons de repos, auprès de patients adultes en situation chronique et stable, par opposition à des situations aiguës rencontrées et gérées en milieu hospitalier.

Ci-dessous, j'ai repris sous-forme de graphiques en bâtonnets la proportion d'échecs dans les deux activités d'apprentissage. Malgré les méthodes pédagogiques déployées sous formes d'exercices, de mises en situation « papier », de jeux de rôles, d'évaluations formatives, de mises en commun et malgré les supports de cours à disposition sur une plateforme électronique tels que, les diaporamas, des lectures, les cas cliniques travaillés en cours ainsi que les corrigés pour certains, le constat est sans appel et reste de 50,50% en première session pour la moyenne combinée des proportions d'échecs pour les cours de raisonnement clinique des UE107 et UE109 sur les quatre années académiques. J'ai choisi arbitrairement la première session après épluchage des tableaux de notes car elle est la plus représentative de la liste des étudiants régulièrement inscrits à l'activité et disponible sur ProEco⁴. Effectivement, en passant en revue le tableau de la seconde session, beaucoup d'étudiants ne repassent pas l'examen du cours pour diverses raisons personnelles et spécifiques telles que, présence administrative pour les boursiers, motif légitime octroyé par la direction, certificat médical, abandon pour baisse de motivation, changement d'orientation ou encore décision de redoublement, etc....



⁴ Plateforme d'encodage de notes en ligne

Figure 1⁵: Évolution du taux d'échecs à l'UE107 sur quatre années académiques (Source : HELHa, 2025)
La moyenne des échecs sur cette période s'élève à 49,25 %, traduisant une tendance globalement élevée et relativement stable du taux d'échecs sur l'ensemble des quatre années.

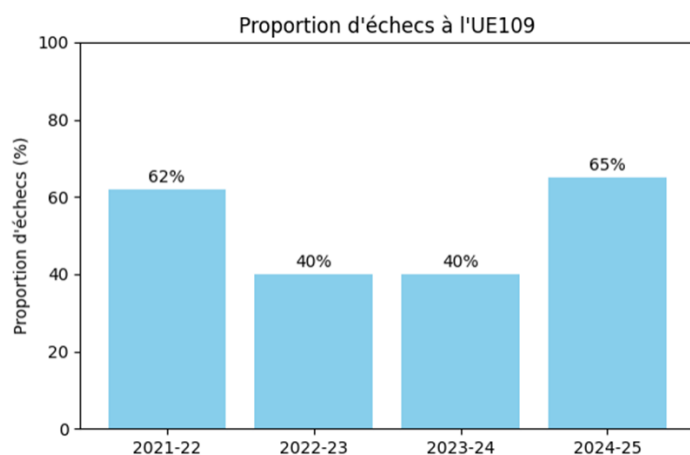


Figure 2⁶: Évolution du taux d'échecs à l'UE109 sur quatre années académiques (Source : HELHa, 2025)
La moyenne des échecs sur cette période s'élève à 51,75 %, mettant en évidence une variabilité importante du taux d'échecs, notamment une forte hausse en 2024-2025 après deux années de relative stabilité.

En parallèle d'une facette de l'aspect autonome du rôle infirmier, notamment à travers l'établissement d'un diagnostic infirmier, l'infirmier collabore avec d'autres professionnels de santé à l'élaboration d'un problème à traiter en collaboration, pour lequel « la prescription du traitement définitif est à la fois le fait du personnel infirmier et des médecins et infirmières praticiennes (IP). », (Carpenito, 2023, p. 8) La maîtrise de cette problématique, abordée dans le cadre du bloc 2, ne fait pas l'objet d'une modalité d'examen écrit mais est évaluée à travers la rédaction des rapports de soins centrés sur les situations aiguës de patients instables dans un contexte hospitalier.

Pour compléter ces constats statistiques, concernant l'évaluation de la compétence du raisonnement clinique en stages, pour l'année académique 2024-2025, en bloc 1, sur deux stages certificatifs de deux semaines, 11 étudiants sur 68 ayant réalisé leurs stages sont en échec pour cette compétence, représentant une proportion d'environ 16%. En bloc 2, sur quatre stages certificatifs, 9 étudiants sur 50, soit 18%, sont actuellement en échec à l'UE Stages. En bloc 3, 2 étudiants sur 43, représentant environ 7%, et, en bloc 4, année diplômante, 4 étudiants sur 38, équivalant à environ 10%, les proportions diminuent mais les étudiants pour lesquels l'UE Stages est en échec le sont pour la compétence du raisonnement clinique insuffisamment maîtrisée. Dans notre établissement scolaire et de manière consensuelle, le raisonnement clinique est une compétence évaluée en stage par l'enseignant référent du lieu où l'étudiant

⁵ Générée avec l'aide de Copilot (2025)

⁶ Générée avec l'aide de Copilot (2025)

effectue son stage non seulement à l'oral sur base de ses supervisions, lorsqu'il travaille avec l'étudiant sur des situations concrètes de patients, et sur base des faits émanant de l'équipe de soins qui encadre l'étudiant, mais également à l'écrit à travers la rédaction d'un rapport de soins sur la situation de soins d'un patient, témoignant d'une démarche en soins auprès de ce dernier et dont le contenu évolue en fonction selon le bloc d'études. Pour comprendre l'enjeu d'un échec dans une compétence, globalement, l'attribution de la note de stage se base sur le calcul pondéré des pourcentages par compétence du référentiel de stage. Mais, dès lors qu'une compétence est en échec, la note à l'UE Stages est discutée entre 40% et 50% par le jury du conseil de stage qui statue sur la note finale attribuée, d'autant que l'étudiant ne peut se rattraper avec une seconde session partant du principe que les stages sont évalués de façon continue sur plusieurs périodes selon le bloc d'études et en sachant que l'UE Stages est un prérequis pour passer dans le bloc d'études suivant. Les modalités d'évaluation de cours et de stage sont connues des étudiants et reprises dans des annexes aux fiches⁷ ECTS, disponibles sur l'Extranet de notre Haute-Ecole, portail électronique accessible à tous, ainsi que par tuile de cours sur la plateforme électronique moyennant inscription de l'étudiant.

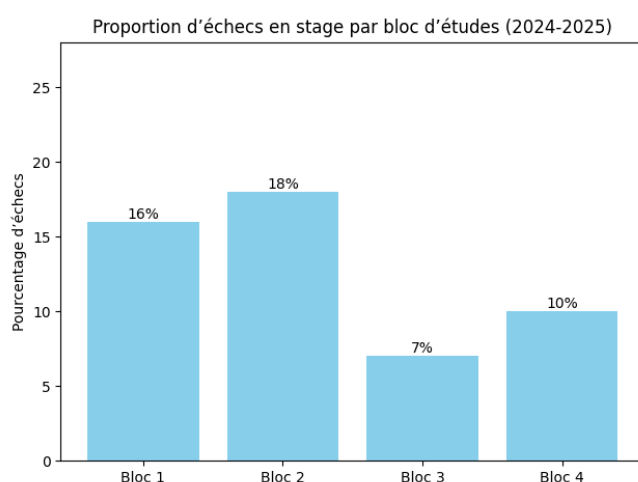


Figure 3⁸: Évolution du taux d'échec en stage en lien avec la maîtrise insuffisante de la compétence du raisonnement clinique selon les blocs d'études du bachelier infirmier responsable de soins généraux pour l'année académique 2024-2025. (Source : HELHa, 2025) Ces données mettent en évidence une variabilité des échecs selon le niveau d'étude.

Hormis ces considérations académiques, la profession peine à susciter un engouement et un engagement pour le cursus infirmier chez les jeunes désireux d'entamer des études supérieures. De plus, les novices fuient le milieu hospitalier et vouent une préférence pour les soins à

⁷ Fiches précisant, par implantation, les responsables et les chargés de cours, leurs contenus, les modalités d'évaluation et les principes de cotation. Des modalités particulières et spécifiques sont précisées dans des annexes et valables par implantation.

⁸ Générée avec l'aide de Copilot (2025)

domicile. Selon Belgique en bonne santé (2022), la plupart des professionnels (...) sont principalement actifs dans un hôpital (61%). Le secteur des maisons de repos et de soins (17%) et celui des soins à domicile (19%) complètent le top 3. La représentation de la profession dans la conscience collective et son vécu par les professionnels sont des défis à prendre en compte pour sa valorisation et son attrait.

De plus, poussées par des enjeux politiques et économiques, les durées de séjour hospitalier tendent à diminuer avec pour conséquences l'accompagnement de patients dans des situations de soins de plus en plus complexes à domicile, allant de pair avec la nécessité de la reconnaissance du jugement clinique infirmier et de son autonomie professionnelle, ainsi que le développement de fonctions guidant le patient mais aussi l'infirmier à domicile dans la transition hôpital-domicile telles que, l'infirmier coordinateur de l'HAD, et d'alternatives d'hébergements extrahospitaliers

Tous ces éléments contextualisant mettent l'accent de former les étudiants BIRSG au raisonnement clinique et à la promotion de la santé pour développer un jugement clinique pertinent en situation et pour agir sur les compétences en matière de santé des personnes soignées dans le contexte des soins à domicile à travers leur autonomisation ou empowerment, pour l'acquisition « Selon l'OMS, (...) d'un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé » (Nutbeam, 1998, p.6, traduction libre, cité dans Lindström & Eriksson, 2012, p. 80)

Dans le cadre théorique, les concepts abordés seront repris de manière plus élaborée et mis en lien avec ma problématique.

1.3 La problématique

Comme précisé précédemment, avant de me réorienter professionnellement, j'ai exercé en tant qu'infirmière en soins à domicile dès ma diplomation. Jeune diplômée et seule face au patient, j'ai été par moments personnellement confrontée à la difficulté de juger avec pertinence de la situation problématique d'un patient. Je me suis souvent remise en question à propos des conséquences de mes actions sur la qualité des soins dans une optique des soins bien faits pour le patient et pour ma satisfaction personnelle. Dans ces moments de solitude, je pouvais compter sur mes connaissances théoriques et expérientielles acquises en formation de base ainsi que sur l'équipe de soins, responsables et collègues, qui me soutenait dans les décisions cliniques et m'encourageait sur mes compétences professionnelles. En outre, l'évolution du patient ainsi que ses réactions et celles de son entourage me confortaient ou non dans mes choix. Mais aussi,

les autres professionnels de santé et la seconde ligne en tant que réseaux de soutien représentaient une aide précieuse pour des problèmes où des actions en collaboration étaient de mise.

C'est face aux difficultés rencontrées par les étudiants BIRSG dans l'acquisition des compétences en raisonnement clinique et en me remémorant mon vécu de jeune professionnelle à domicile pour aborder la situation complexe d'un patient avec l'enjeu de l'autonomisation de ce dernier que s'inscrit ma recherche.

Les objectifs de l'étude vise à identifier les limites pédagogiques actuelles par l'exploration des moyens d'apprentissage du raisonnement clinique afin de proposer des perspectives d'améliorations sur base des dispositifs existants mais insuffisamment exploités ou novateurs, pour ressortir les facteurs clés du développement des compétences en raisonnement clinique chez les étudiants et jeunes diplômés, dans le but de faciliter la transition du raisonnement vers le jugement clinique, notamment, en situations complexes, avec l'impact de la plus-value d'un jugement clinique pertinent sur la qualité des soins et l'empowerment des patients, à travers une approche qualitative menée auprès de jeunes diplômés de trois au plus travaillant dans le secteur du domicile.

Mes questions a priori sont les suivantes :

Comment aider les étudiants et les jeunes diplômés BIRSG de trois ans au plus de première ligne à passer du raisonnement clinique au jugement clinique ?

Comment les savoirs disciplinaires permettent aux étudiants BIRSG d'activer leur jugement clinique dans des situations de soins complexes sur le terrain en mobilisant leurs compétences en raisonnement clinique et en promotion de la santé pour assurer des soins de qualité auprès de la personne soignée ?

Comment aider les étudiants et les jeunes diplômés BIRSG de trois ans au plus de première ligne qui travaillent en soins à domicile dans l'élaboration de leur jugement clinique afin de permettre le développement de l'empowerment chez la personne soignée ?

Comment soutenir et renforcer le raisonnement clinique en contexte des jeunes diplômés de trois ans au plus et exerçant en nombre dans le secteur des soins à domicile ?

Comment améliorer le développement des compétences en raisonnement clinique des étudiants BIRSG et des jeunes diplômés de trois ans au plus de première ligne qui travaillent en soins à domicile dans l'élaboration de leur jugement clinique afin d'assurer des soins de qualité et permettre le développement/la montée/le déploiement de l'empowerment chez la personne soignée ?

Ma réflexion m'amène à la question de recherche suivante : **Comment améliorer le développement des compétences en raisonnement clinique des étudiants BIRSG dans l'élaboration de leur jugement clinique une fois diplômés afin d'assurer des soins de**

qualité et permettre la promotion de l’empowerment chez le patient en abordant la problématique auprès des jeunes diplômés de première ligne qui travaillent à domicile ?

Cette question reprend les principaux concepts à explorer pour cerner la problématique. Pour y répondre, la poursuite du travail développe les éléments constitutifs du cadre problématique par une recherche documentaire étayant les concepts de mon questionnement, à partir de l’exploration de banques de données, de textes légaux, de références personnelles et de collègues ainsi que de supports issus de séminaires et de formations continues, s’en suivent la méthodologie par l’explication du choix de la méthode qualitative m’amenant à la réalisation d’entretiens semi-dirigés auprès d’infirmiers travaillant à domicile depuis trois ans au plus pour l’investigation en profondeur de la question de recherche, ensuite, les résultats présentés à partir de thèmes émergents et aboutissant à une discussion sur les plus pertinents et interpellants, sur les forces et les limites de mon étude, les points perfectibles de son déroulement ainsi que l’établissement de recommandations et, pour ponctuer, son aboutissement par une conclusion.

Dans la suite du travail, je vais me positionner en tant que chercheuse par l’utilisation du pronom « nous » par convention académique pour donner une dimension plus formelle et collective à ma recherche et afin de refléter mon engagement dans cette démarche intellectuelle.

2 Cadre théorique

2.1.1 Recherche documentaire pour les références en soutien aux concepts théoriques abordés

Dans ce point, pour l'examen des concepts, nous avons présenté, dans un premier temps, notre recherche sur PubMed et CINAHL, bases de données scientifiques respectivement dans le domaine biomédical et dans le domaine des soins infirmiers, sur lesquelles nous avons principalement effectué nos recherches, facilitées par un PICO qualitatif pour cibler nos requêtes à partir de descripteurs MeSH⁹.

Pour ce faire, nous avons tenu à rappeler les principaux éléments constitutifs de notre questionnement sous forme abrégée : « Comment améliorer les compétences de transition du raisonnement clinique en jugement clinique des futurs infirmiers dans un contexte de domicile et, par voie de conséquence, agir sur la qualité des soins et la promotion de la santé par l'empowerment des patients ? ».

Pour ajuster la recherche sur les bases de données scientifiques et éviter l'éparpillement, nous avons établi un PICO qualitatif, se centrant sur la population (P), le phénomène d'intérêt (I) et le contexte (Co), afin de pointer les mots-clés et comprendre les expériences des participants :

P : Étudiants en soins infirmiers ou futurs infirmiers inscrits dans des programmes de formation initiale

I : Amélioration des compétences en raisonnement/jugement clinique, incluant l'acquisition de connaissances, le développement de la réflexion critique et la prise de décisions cliniques, et leur impact sur la qualité des soins et sur la promotion de l'empowerment des patients

Co : Milieux éducatifs et cliniques enseignant des compétences en soins primaires/soins à domicile tels que, les écoles d'infirmiers, les stages pratiques en soins primaires/soins à domicile

Nous avons récapitulé dans un tableau les mots-clés déterminés à partir du PICO pour les exprimer en descripteurs MeSH avec HeTOP¹⁰.

⁹ Medical Subject Headings : thésaurus de référence dans le domaine biomédical (*Inserm*, 2023) ¹⁰ Health Terminology/Ontology Portal inclut les principales terminologies et ontologies de santé.

Mots-clés en français	Descripteurs MeSH associés (famille)
Raisonnement clinique/jugement clinique	Reasoning clinical/judgment clinical
Étudiant/élève infirmier	Nursing student
Compétence/aptitude	Skill
Décision	Décision-making
Pensée critique	Critical thinking
Soins de santé primaires/soins primaires	Primary health care/primary care
Soins à domicile/soins infirmier à domicile	Home nursing/home health nursing
Enseignement/éducation	Education/training
Enseignement infirmier	Nursing education
Méthodes d'enseignement	Teaching methods
Qualité des soins	Quality of health care
Empowerment/autonomisation	Empowerment

À partir de l'interface PubMed, nous avons introduit plusieurs équations combinant les descripteurs et les opérateurs booléens AND et/ou OR. Sur CINAHL, nous avons utilisé la même traduction des mots clés en anglais que ceux obtenus avec HeTOP. Par essai-erreur, les différentes opérations ont mené à des résultats pour lesquels l'application du filtre « date » s'est avérée nécessaire-avant 2006, très peu de publications. Ensuite, la sélection des références s'est opérée à partir de la lecture de leur titre. Les plus évocateurs ont fait l'objet du parcours de leur abstract, parfois, du survol de leurs références bibliographiques dont certaines ont renvoyé vers d'autres articles pertinents ou similaires. Un tri s'est fait également selon le lieu de l'étude, le type de source, de recherche mais encore le background des auteurs. De plus, seuls les articles en français, en anglais ou traduits en anglais ont été retenus.

Nous nous sommes basées également sur PMB¹¹, Cairn.info¹², ManagerSante.com¹³, plateforme média interdisciplinaire de référence, Google scholar, moteur de recherche pour l'accès à certaines publications, des textes légaux et réglementaires ainsi que sur d'autres outils de vulgarisation, tels que le dictionnaire ou internet. Des références personnelles et de

¹¹ Catalogue en ligne de la bibliothèque de notre Haute-Ecole, possédant son propre thésaurus

¹² Plateforme numérique de publications en sciences humaines et sociales

¹³ Plateforme média digitale interdisciplinaire de référence publiant des centaines d'articles d'experts interdisciplinaires nationaux et internationaux pour les acteurs de l'écosystème santé

collègues-livres, articles professionnels et scientifiques-de même que certains supports de formations continues ou de groupe de travail en raisonnement clinique sont venus parfaire cette revue de la littérature.

Dans la suite du travail, nous avons analysé et développé les principaux concepts de notre question de recherche par leur mise en lumière et leur mise en lien avec l'objet central de notre étude, le raisonnement clinique.

2.2 Cadre conceptuel du raisonnement clinique

Pour la présentation du concept d'étude principal, nous nous sommes inspirées du processus d'analyse conceptuelle de Walker et Avant (2018)¹⁴ en huit étapes, largement utilisé dans les sciences infirmières et les disciplines connexes.

2.2.1 Sélection du concept : Pourquoi l'avoir retenu ?

Dans ce point, nous avons précisé les intérêts du choix du concept de raisonnement clinique au regard de la discipline infirmière.

Selon Higgs et Jones(2000, cités par Côté & ST-Cyr Tribble, 2012, p. 14), « le raisonnement clinique est un processus complexe qui représente l'essence même de la pratique infirmière », « et des autres professions de santé, comme les médecins » (Daniel et al., 2019; Huesmann et al., 2023; Sudocka et al., 2021, cités par Martin, 2024, p. 2). Cela étant, il « ne possède pas de définition claire et consensuelle puisqu'il est confondu avec d'autres termes » (Côté & ST-Cyr Tribble, 2012, p. 16). Selon Menezes et al (2015, in Connor et al., 2022, p. 3329) , « The terms clinical judgment, clinical reasoning, critical thinking and clinical decision-making are often used interchangeably » Et, même « s'il est considéré comme une priorité d'enseignement pour les formations en santé » (Gonzalez, 2018; Mohammadi-Shahboulaghi et al., 2021, cités par Martin, 2024, p. 2), « il n'en demeure pas moins complexe à enseigner » (Gonzalez, 2018, cité par Martin, 2024, p. 2) « compte tenu des composantes abstraites et peu visible pour un étudiant infirmier. » (Parodis et al., 2021; Pedarribes & Lefeuvre, 2014, cités par Martin, 2024, p. 2).

Nous avons déterminé que le raisonnement clinique est une composante centrale de la discipline et déterminante de la pratique infirmière trop peu explicitée par les infirmiers cliniciens et invisible pour un étudiant voire un jeune diplômé. De plus, il est trop souvent confondu avec d'autres notions voisines. Ces constats ont renforcé notre attention à analyser ce concept.

¹⁴ Pour son adaptation, nous nous sommes basées sur le structure proposée par ChatGPT 4o, à partir de notre texte initial

2.2.2 Détermination des objectifs de notre analyse : Pourquoi l'avoir analysé ?

Par cet examen du concept de raisonnement clinique, nous avons tenu à marquer sa compréhension avec une clarification de ses attributs « mécaniques » pour une meilleure appréhension de son usage dans la pratique clinique, ainsi qu'à le nuancer des notions connexes telles que, le jugement clinique, la pensée critique et la prise de décision clinique, en vue d'une définition pragmatique.

2.2.3 Identification des usages du concept : Pour quelle signification, quel usage ?

Dans cette étape, nous sommes parties de sa définition dans le dictionnaire et l'avons recherchée dans la littérature. Nous sommes également allées rechercher sa signification pour les autres disciplines de santé. Enfin, nous l'avons distingué des concepts connexes.

2.2.3.1 Définition littérale, littéraire et comparative

Selon le dictionnaire Le Petit Larousse Illustré 2023 (2022, p. 973), le raisonnement est la « faculté, action ou manière de raisonner ; réflexion ». Le verbe « raisonner », toujours selon Le Petit Larousse Illustré (2023, p.973), est le fait de « se servir de sa raison pour connaître, pour juger ; réfléchir », mais encore, de « passer d'un jugement à un autre pour aboutir à une conclusion ». L'adjectif « clinique » renvoie à « qui se fait en examinant le malade » (Larousse, 2022, p. 262). Nous les avons rapportés à la notion de raisonnement clinique et avons pu en traduire qu'il correspond au cheminement intellectuel aboutissant à l'activation d'hypothèses et le passage à d'autres pour conclure à la validation d'un jugement clinique, une opinion professionnelle, émergeant de signaux d'alerte au chevet ou au lit d'un patient, résultant de son observation directe ou de son discours.

Dans la littérature, le raisonnement clinique se définit comme une « activité intellectuelle où l'information collectée est assimilée aux connaissances professionnelles et aux expériences antérieures pour en arriver à la décision la plus efficace. » (Charlin, Bordage, Van der Vleuten, 2003, cités par Martin et al., 2023, p. XIV). Par cette dernière définition, nous avons entendu qu'il permettait en contexte de soins une prise de décision optimale et adaptée à la situation du patient pour éclairer son accompagnement par l'infirmier. « En somme, faire l'analyse du raisonnement clinique de l'infirmière permettra de comprendre ses décisions et ses interventions dans les situations qu'elle rencontre au cours de sa carrière. » (Côté & ST-Cyr Tribble, 2012, p. 14).

« Les comparaisons interdisciplinaires- justifiées par plusieurs historiques établis avec les médecins, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes- permettent (...) de renforcer (...) la

reconnaissance des attributs, des antécédents et des conséquents du concept qui sont présents peu importe la discipline »(Côté & ST-Cyr Tribble, 2012, p. 18), même si le rôle du professionnel de santé auprès du patient influence sa manière de raisonner.

2.2.3.2 Concepts connexes

2.2.3.2.1 Jugement clinique

« Clinical judgment is arrived at through clinical reasoning and is not only based on clinical knowledge, but other factors such as nurses' personal values and familiarity with the patient. » (Tanner, 2006, p. 206, cité par Connor et al., 2022, p. 3331). Cette citation nous a fait comprendre que le jugement clinique résulte d'un raisonnement clinique efficace à partir des connaissances acquises de l'infirmier mais aussi sur d'autres facteurs tels que, ses valeurs et sa proximité relationnelle avec le patient. Par complétion, pour Psiuk (2010, citée par Martin et al., 2023, p. XIV), il est « une conclusion clinique provenant de la collecte des données issues des observations du patient grâce à l'utilisation des opérations mentales hypothético-déductives, dans le respect de l'autonomie professionnelle. » Par cette définition, l'auteure nous a renvoyé à un des mécanismes du raisonnement en situation de soins, l'émission d'hypothèses déduites à partir d'indices, mais aussi, implicitement, par l'approche du volet de l'autonomie professionnelle, à la notion de diagnostic infirmier, lequel est, pour NANDA-I (2024, p.34),

Un jugement clinique concernant une réaction humaine aux problèmes de santé/au processus de vie, ou une prédisposition à cette réaction d'une personne 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 a la responsabilité.

« Un diagnostic [infirmier] résume l'aboutissement d'un savoir disciplinaire infirmier et d'un raisonnement clinique méticuleusement appliqués aux données d'évaluation. »(NANDA International et al., 2024, p. 33). Une autre accointance à ces 2 notions est celle de raisonnement diagnostique, composante du raisonnement clinique, « identified as an essential cognitive competency for safe and effective practice » (Graber et al., 2018; IOM, 2015, in Smith et al., 2022, p. 3870) et « is necessary for clinical problem definition, reducing diagnostic error and determining appropriate management. » (Smith et al., 2022, p. 3870).

Pour conclure cette notion de «thinking like a nurse»(Tanner, 2006, p. 208, in Connor et al., 2022, p. 3329), « nurses' development of clinical judgment is crucial because it guides appropriate nursing diagnoses, clinical decision-making and health outcomes. » (Benner, 1984; Seldi et al., 2015, in Connor et al., 2022, p. 3330).

2.2.3.2.2 Pensée critique

La pensée critique est définie comme un « processus, orientation de la pensée incorporant le domaine de la cognition et le domaine affectif, impliquant des habiletés et des attitudes nécessaires pour le développement du raisonnement clinique. » (Da Silva Bastos Cerillo & De Almeida Lopes Monteiro Da Cruz, 2010, cités par Côté & ST-Cyr Tribble, 2012, p. 16). Nous avons établi le lien avec la notion d'adaptabilité de l'exercice infirmier aux environnements changeants de soins, comme un préambule, pour favoriser le déploiement du raisonnement clinique, et que l'expérience vient asseoir. « Critical thinking is the cognitive process of gathering and reviewing the information available and processing the data using experience, reflection and reasoning to formulate action. » (Papathanasiou et al., 2014, in Connor et al., 2022, p. 3332). Ces propos sont corroborés par Del Bueno (2005, p 281), « [...] Nursing is a practice art that requires the use of knowledge within a specific set of circumstances. Smart nurses are effective nurses when they think critically, not when they can pass multiple-choice tests. ».

2.2.3.2.3 Prise de décision clinique

Nous avons terminé notre revue par une investigation du concept de prise de décision clinique. Non seulement, « Decision-making by nurses is usually a fluent, quick action, guided by pertinent subjective and objective data available and often made under laboured conditions and in uncertain environments. » (Johansen & O'Brien, 2016, in Connor et al., 2022, p. 3332), mais, « Benner (1984) also considers [...] level of education and practice, impact decision-making in nursing practice. » (Connor et al., 2022, p. 3332). À cela, « Benner et al. (2009), believe both analytic and intuitive processes encompass the complexities of decision-making. » (Connor et al., 2022, p. 3332).

Notre compréhension est allée dans le sens que tous ces concepts sont interreliés et se chevauchent. Alors que celui de pensée critique est un nécessaire acquis au raisonnement clinique, ceux de jugement clinique et de prise de décision clinique en sont ses établissements.

2.2.3.3 Usage dans la pratique clinique

Nous avons déduit des lectures que le raisonnement clinique permet l'évaluation de la situation d'un patient à partir de la transformation de données en indices significatifs et des inférences s'opérant et résultant d'une réflexion, pour aboutir à un jugement clinique entraînant une prise de décision dans le but de circonscrire aux problèmes cliniques et d'agir en conséquence pour les résoudre.

2.2.4 Détermination des attributs définitoires : Pour quelles caractéristiques essentielles ?

À partir de la recension d'écrits portant sur les définitions du raisonnement clinique, Côté et Saint-Cyr Tribble (2012, p.16) ont dégagé leurs points communs et identifié ses caractéristiques essentielles : l'utilisation de la cognition et des stratégies cognitives (heuristiques, métacognition, inférences), une démarche systématique, répondant à un schème, d'analyse et d'interprétation des données et la génération d'hypothèses et d'alternatives pour la résolution de problèmes. Nous avons invoqué, par l'essence du concept, que le raisonnement clinique infirmier est un processus mental, prenant des formes stratégiques variées et personnelles à celui qui les emploie, dans le but d'analyser et d'interpréter les données récoltées jusqu'à la formulation des problèmes, des opinions professionnelles sous forme de diagnostics servant de base au plan de soins pour leur résolution.

2.2.5 Identification des modèles : Pour quels types de raisonnement clinique ?

Dans ce point, nous avons répertorié les mécanismes qui sous-tendent son utilisation en pratique, en d'autres termes la manière dont l'infirmier fait usage du raisonnement au chevet du patient.

Avant de présenter les types de raisonnement clinique, nous avons fait un petit détour par les théories de soins infirmiers¹⁵ guidant le raisonnement clinique, à savoir, dans les grandes lignes, les modèles conceptuels et les théories de niveau intermédiaire. « Un modèle conceptuel est une représentation abstraite et générale de phénomènes, faits ou situations, qui intéressent les membres de la discipline. (...). Chaque modèle conceptuel est un cadre de référence caractéristique pour réfléchir à propos des choses auxquelles s'intéressent les infirmières (...). »(Lecocq et al., 2024, p. 9-10), par rapport aux théories de niveau intermédiaire qui « sont plus concrètes et plus spécifiques (...) elles sont constituées d'un nombre limité de concepts et d'affirmation. »(Fawcett, 2005, citée par Lecocq et al., 2024, p. 10). Pour Garry-Bruneau (2024, p.23), « un modèle conceptuel permet de donner une vision globale des soins infirmiers alors qu'une théorie de niveau intermédiaire est un outil plus opérationnel pour analyser des situations de soins infirmiers. »

¹⁵ « Les théories infirmières structurent la connaissance en sciences infirmières. »(Garry-Bruneau et al., 2024, p. 23). « Pour Donaldson et Crowley (1978), les sciences infirmières “étudient l'intégralité ou la santé des êtres humains en reconnaissant qu'ils sont en interaction continue avec leur environnement” (p.119) »(Pepin et al., 2024, p. 7). « Parse et ses collaboratrices (2000), avance que la science infirmière est une science humaine fondamentale constituée de connaissances propres à ce processus relationnel être humain-univers-santé qui est le centre d'intérêt de la discipline. Les soins infirmiers sont ainsi l'expression d'un art qui s'appuie sur une science de l'être humain unitaire participant, au sein de l'univers qui l'entoure, à la cocréation de la santé. »(Pepin et al., 2024, p. 8)

Dans la littérature, nous avons pointé « deux différents types de processus : l'un "non-analytique" et l'autre "analytique". Ils sont complémentaires et peuvent être utilisés dans la même situation clinique, (...). »(De Alencastro et al., 2017, p. 986). Dans le premier cas, le raisonnement est qualifié de, selon De Alencastro et al. (2017, 986), « intuitif, rapide et automatique. (...) ». Font partie de ce processus les patterns recognition, (...), les cas concrets où le clinicien va se rappeler d'un cas similaire. » Dans le deuxième cas, il est qualifié de, toujours selon De Alencastro et al (2017, p. 986), « hypothético-déductif, qui repose sur génération d'hypothèses. ». Nous avons compris que, d'un côté, le premier est « intuitif » en écho à l'intuition d'un risque imminent avec le danger de conduire à des décisions erronées, de même que « narratif » en renvoyant à un schéma connu de signes et symptômes, et, le deuxième, « hypothético-déductif », se base sur la collecte d'indices et leur interprétation en vue de générer des hypothèses de problèmes pour prendre des décisions plus adaptées.

2.2.6 Identification des antécédents et des conséquences : Pour quels préalables et quels impacts ?

Dans une étude, Côté et Saint-Cyr Tribble (2012, p.18) ont circonscrit ce à quoi correspondaient les antécédents, comme prérequis ou ce qui précède, et les conséquences, comme impacts ou ce qui survient, à un raisonnement clinique efficace, et présents peu importe la discipline. Ses antécédents incluent l'expérience de la personne dans son domaine, ses connaissances, sa mémoire à court et à long terme, la perception de signaux, comme précurseur à la collecte des données ainsi que l'utilisation de l'intuition. Les conséquents sont la prise d'une décision, le passage à l'action (la décision d'intervenir ou non), la formation d'un jugement clinique, la résolution du problème ou non ainsi que, par extension à ses composantes, à « improved quality of care and care outcomes »(Graber et al., 2018; IOM, 2015, in Smith et al., 2022, p. 3870)

Ces éléments préalables ou impactant sont venus conforter l'idée que nous en avons grâce au développement des étapes précédentes de l'analyse du concept. Cela étant, nous avons fait état que cette étude n'a pas approfondi le volet communicationnel, ni contextuel et non plus expérientiel. Or, « (...) pour être performant, en situation clinique, le raisonnement doit être soutenu par diverses compétences, telles que des compétences de communication (Windish et al., 2005), de gestion des situations d'urgence, ou encore par des habiletés techniques. » (Chapados et al., 2014, p. 40).

2.2.7 Définition empirique : Pour quelle définition, quel sens « praticable » ?

Avec cette démarche de clarification du concept, nous en sommes arrivées au choix d'une définition compréhensible, pragmatique et applicable pour le clinicien. Selon Côté et Saint-Cyr Tribble (2012, p.19), dans leur étude,

Le raisonnement clinique en sciences infirmières est l'utilisation de la cognition et de stratégies cognitives pour analyser et interpréter des données de façon systématique, de générer des hypothèses et des alternatives de solutions pour résoudre un problème clinique.

Autrement dit, en le mettant en lien avec les attributs et les concepts connexes incidents, « selon Feyn et Ritter (2000), le raisonnement clinique guide les infirmières à formuler un jugement clinique, les guide dans leur prise de décision, dans leur planification et dans les interventions infirmières orientées vers une bonne qualité de soins. »(Côté & ST-Cyr Tribble, 2012, p. 19)

Pour ponctuer ce point, nous avons retenu aussi que « le raisonnement clinique est une compétence¹⁶ essentielle dans la pratique infirmière car il aide l'infirmier à identifier, à hiérarchiser, à formuler des plans de soins et à interpréter les données » (traduction libre) (Menezes et al., 2015, in Connor et al., 2022, p. 3331).

Nous avons pensé l'étape suivante pour répondre à l'acquisition des compétences en raisonnement clinique à partir des dispositifs pédagogiques à déployer et à son application en situations de soins à travers la qualité des soins et l'empowerment du patient.

2.2.8 Application pratique : Pour quel déploiement ?

2.2.8.1 Dans le cadre de l'enseignement : formation

Dans un contexte d'enseignement, pour la promotion de la pensée critique et le développement des compétences en prise de décisions cliniques, les étudiants doivent être formés au raisonnement clinique grâce à des méthodes pédagogiques adaptées et l'implication d'enseignants qualifiés.

2.2.8.1.1 Méthodes pédagogiques adaptées

L'enseignement du raisonnement clinique se fonde sur l'acquisition de connaissances disciplinaires et d'aptitudes relationnelles en cours et en stage dans la perspective d'une posture soignante professionnalisante.

¹⁶ « Formalisation d'une dynamique complexe d'un ensemble structuré de savoirs (savoirs, savoir-faire, savoir-agir, savoirs sociaux et culturels, savoirs expérientiels) mobilisés de manière finalisée et opératoire dans un contexte particulier. La compétence est la résultante reconnue de l'interaction entre l'individu et l'environnement. »(Ardouin & lacaille, 2005, cités par Martin et al., 2023, p. XV)

- En cours

Outre les cours théoriques permettant aux étudiants l'assimilation nécessaire des fondements de la discipline, l'apprentissage du raisonnement clinique consiste en l'enseignement d'une démarche systématique et systématisée, par étapes interreliées, leur offrant un cadre pour appréhender les situations cliniques. À titre d'exemple, nous avons relevé le modèle de Tanner (2006) qui « (...) propose un modèle de jugement clinique infirmier qui accorde une place centrale au raisonnement clinique de l'infirmière de même qu'à sa réflexion "dans" et "sur" l'action. » (Pepin et al., 2024, p. 101) et « which includes four phases : noticing, interpreting, responding and reflecting. » (Connor et al., 2022, p. 3329). Pour les guider dans cette démarche de soins infirmiers, les étudiants font appel à des théories¹⁷ de soins infirmiers structurant leur manière de penser et d'agir en contextes spécifiques de soins.

Parmi les activités pédagogiques plébiscitées mobilisant les compétences en raisonnement clinique, nous avons remarqué, dans la littérature, que la simulation, à travers, « performing a task helped students in developing their forward reasoning, cue acquisition and interpretation skills but post-experience debriefing helped students to develop their backward reasoning, cue interpretation and hypothesis generation. » (Abdulmohdi & Mcvicar, 2023, p. 822). D'autres stratégies sont préconisées « sans mettre en danger le patient » telles, la réalité virtuelle et les jeux sérieux, « the use of virtual simulation and serious gaming can assist undergraduate nursing students in developing their clinical decision-making skills. (...). Virtual simulation provides a safe learning environment for students to apply their knowledge and practice skills without posing a risk to patients. » (Jans et al., 2023, p. 9).

À côté de ces dispositifs innovateurs et novateurs et sur base de ma pratique personnelle d'enseignante, le raisonnement clinique peut être travaillé au travers d'études de cas « papier », occasions pour les étudiants de mobiliser leurs connaissances et de confronter leurs points de vue avec la mise en commun, de même qu'au travers des jeux de rôle, opportunités de « faire comme si » sans la pression de « jouer » avec la vie d'un patient en tirant la carte de la permission de se tromper.

- En stages

Les stages en milieux cliniques donnent la possibilité aux étudiants de mettre en pratique leurs acquis, supervisés par des maîtres de formation pratique et encadrés par le personnel soignant

¹⁷ Modèles conceptuels et théories de niveaux intermédiaires développés plus haut au point 2.2.5 du travail

de terrain où « un réel projet d'encadrement des étudiants est donc nécessaire et cela passe par l'échange de réflexions, le partage avec eux d'informations, (...). » (Hesbeen, 2020, p. 127).

Nous avons repris d'une étude une perception étudiante relatant, « *“Because students only develop trust as they develop their knowledge, I think, and, therefore, it ends up being a good preamble for when this is necessary in clinical instruction.”* » (Marques et al., 2021, p. 5), que sa capacité à prendre des décisions cliniques tout comme sa confiance en soi sont étroitement liées au niveau de connaissances se construisant à travers l'apprentissage et l'expérience. Nous avons établi le rapport de l'importance d'une immersion clinique le plus tôt possible dans la formation pour expérimenter la pratique et ses attaches à la théorie et augmenter leur sentiment d'efficacité et de confiance en leurs capacités.

2.2.8.1.2 Implication d'enseignants qualifiés

Cependant, « (...) il manque des normes à cet enseignement » (Parodis et al., 2021, cités par Martin, 2024, p. 3) qui relèvent, selon Sudacka et al. (2021, cités par Martin, 2024, p. 3), d'un manque de qualification des enseignants, d'un évitement de changer les pratiques non-conçues personnellement et d'un manque de sensibilisation des formateurs de reconnaître le raisonnement clinique comme une compétence spécifique. Or, la maîtrise des savoirs disciplinaires qui soutiennent et sous-tendent le raisonnement clinique influence le contenu enseigné par les formateurs, ceux-ci « ayant la responsabilité d'exercer une pratique Evidence Based Teaching¹⁸. » (Cannon & Boswell, 2016; Kalb et al., 2015; Koivula et al., 2011; Salminen et al., 2013, cités par Jacqmin, 2023, p. 35). « L'acquisition de compétences fondée sur l'expérience est plus sûre et plus rapide si elle repose sur de bonnes bases pédagogiques. » (Benner, 1995, p. 3)

2.2.8.2 Dans le cadre des soins

2.2.8.2.1 Amélioration de la qualité des soins

Nous avons déjà évoqué, en d'autres termes¹⁹, que sa composante diagnostique « effective has been linked to improved quality of care and care outcomes. » (Graber et al., 2018; IOM, 2015, in Smith et al., 2022, p. 3870) par « getting of the clinical diagnoses and determinig relevant management of the clinical problems. » (Nordick, 2021; Rajkomar & Dhaliwal, 2011, in Smith et al., 2022, p. 3870) pour viser la sécurité des patients.

¹⁸ Consiste en l'utilisation des résultats probants dans la pratique pédagogique

¹⁹ Au point 2.2.3.2.1

2.2.8.2.2 Responsabilisation des patients : autonomisation, empowerment, autoresponsabilisation

« L'autonomisation (*empowerment*²⁰) consiste à donner aux gens le contrôle et la maîtrise de leur vie (...). (...) développer les aptitudes et les habiletés d'adaptation (...). » (Lindström & Eriksson, 2012, p. 79). « Selon la Charte d'Ottawa, l'objectif clé est de mettre en place des processus permettant aux individus et aux communautés d'augmenter le contrôle qu'ils exercent sur leur santé et sur ses déterminants. » (Lindström & Eriksson, 2012, p. 80), nécessitant un engagement du patient qui ne peut être promu « sans transmission de connaissances concernant le diagnostic, sans les détails relatifs au traitement et au pronostic qui est engagé, (...) Pour l'infirmière, l'éducation thérapeutique favorise l'autonomie du patient (...). (Phaneuf, 2013, p. 3), comme levier essentiel vers une meilleure compréhension de sa condition pour pouvoir décider et agir en toute conscience, témoignant de sa participation au processus de soins. Dans cette perspective et pour favoriser l'adoption de comportements salutogènes²¹,

Au niveau de la pratique des soins infirmiers, c'est au quotidien, dans les soins réguliers que doit se vivre ce concept d'autoresponsabilisation. (...) l'acquérir est une question de qualité des soins et de préparation à la vie hors de son intervention de soins. (Phaneuf, 2013, p. 6)

Dans la section suivante, nous avons contextualisé les enjeux disciplinaires et professionnels en mettant en évidence l'application des compétences en raisonnement clinique acquises lors de la formation initiale, dans le cadre spécifique des soins à domicile où les jeunes diplômés sont souvent confrontés à des prises de décisions cliniques en autonomie.

2.3 Contexte

2.3.1 Disciplinaire

Nous avons envisagé ce volet à travers la formation initiale et le statut d'IRSG, tributaires des éléments légaux et des décrets de l'enseignement supérieur qui en découlent.

²⁰ Processus d'acquisition d'une certaine autonomie du client par rapport à ses soins et aux décisions qui le concernent (Phaneuf, 2013, p. 2)

²¹ « La salutogenèse d'Antonovsky a été le premier modèle (et aussi la première théorie) à faire l'exploration systématique de la santé en tant que mouvement allant vers le pôle santé d'un continuum santé-maladie (Antonovsky, 1987 ; Antonovsky, 1979). Ce modèle fut par la suite associé au mouvement de la promotion de la santé (Antonovsky, 1996). » (Lindström & Eriksson, 2012, p. XXIX)

2.3.1.1 Formation

En FWB, dès la rentrée académique 2014-2015, le « Décret Paysage » (2013), appelé « Décret Marcourt », organise l'enseignement supérieur de plein exercice et, avec lui, la formation d'IRSG est passée de 3 à 4 ans. Elle s'articule autour d'un référentiel évoluant au gré des normes européennes en matière de formation et de textes légaux régissant l'exercice de l'art infirmier. Ce référentiel consacre des compétences²² au raisonnement clinique, et à la promotion de la santé dans une perspective d'autonomie professionnelle et de partenariat avec le patient en faveur de la qualité des soins et d'un renforcement de ses connaissances en santé.

Les lignes directrices du contenu de la formation suivent une directive (2005/36/CE), ayant subi deux modifications en 2013 et en 2024, et édictée par la Commission Européenne, « relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles en ce qui concerne les exigences minimales en matière de formation pour les Infirmiers Responsables de Soins Généraux ». Ladite directive donne la capacité au professionnel « de fournir des soins infirmiers individualisés et de responsabiliser les patients, les proches et les autres personnes concernées afin qu'ils se prennent en charge et adoptent un mode de vie sain ». Par ces termes, nous avons pris en considération que le praticien de l'art infirmier a la responsabilité de l'éducation sanitaire du patient et de son entourage ou d'une communauté afin de leur donner le bagage pour prendre des décisions et permettre d'adopter des comportements en faveur d'une meilleure qualité de vie. Conjointement à cette modification, en avril 2024, la Loi Coordinée (2015) a élargi la liste d'actes pouvant être accomplie par un professionnel titulaire du titre d'IRSG afin de lui assimiler davantage de compétences et de reconnaissances en matière (art.46 §1) de jugement clinique, d'activités infirmières, de délégation de celles-ci, d'interdisciplinarité, d'éducation à la santé, de suppléance et d'accompagnement vers une mort paisible.

Ces modifications et cet élargissement d'actes contribuent à faire évoluer la discipline et à renforcer son autonomisation et appuient que le raisonnement clinique infirmier et la promotion de la santé constituent des compétences charnière à la lumière des textes légaux en Europe, en Belgique et en FWB.

2.3.1.2 Infirmier

Pour décrire ses rôles, ses domaines d'activités et ses compétences, nous sommes parties de sa définition. Ensuite, nous avons fait un détour par la loi coordonnée et son profil professionnel

²² « [La compétence est] un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation. »(Tardif, 2006, p. 22, cité par Pepin et al., 2024, p. 175)

et de compétences pour terminer par une vision de son rôle selon la conception des soins infirmiers de Virginia Henderson²³.

L'infirmier est une « personne habilitée à donner des soins sur prescription ou en fonction de son rôle propre. » (Larousse, s. d.). Ses activités de soins émanant de son rôle propre sont liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie qu'il peut être amené à exercer en collaboration avec d'autres professionnels de santé et, pour la mise en œuvre des actions prescrites, il exerce en collaboration avec le médecin. (Le Neurès, 2008, p. 11)

Dans la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé (Belgique, 2015), l'infirmier par son champ d'activités est amené à accomplir des activités autonomes (A) et des prestations techniques qui ne requièrent pas de prescription médicale (B1) et des prestations techniques pour lesquelles elle est nécessaire (B2) ainsi que des actes qui lui sont confiés par un médecin (C). « L'art infirmier se fonde sur un jugement dans les domaines de la promotion de la santé, de l'éducation à la santé, de la prévention de la maladie, des soins urgents, des soins curatifs, des soins chroniques et palliatifs. » (Conseil Fédéral de l'Art Infirmier, 2016, p. 5).

À côté de ces considérations légales, « l'infirmier accompagne les personnes vers l'autonomie fonctionnelle et décisionnelle en renforçant sa posture autour des notions d'autosoins, de transition, d'holisme, d'éducation, de gestion des symptômes. » (Bonnetin et al., 2024, p. 25). Cet extrait vient renforcer « la spécificité du rôle autonome de l'infirmier (...) valorisé par des professionnels qui ont poussé leur raisonnement clinique afin de modéliser les soins autour de théories et de concepts infirmiers. » (Bonnetin et al., 2024, p. 26). Selon Virginia Henderson,

L'infirmier a pour rôle *“d'aider l'individu malade ou en santé au maintien et au recouvrement de la santé par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force et la volonté ou possédait les connaissances voulues.”* (Phaneuf, 1998, citée par Le Neurès, 2008, p. 17).

L'infirmier doit donc développer des compétences techniques et relationnelles englobant un large éventail d'activités tout en partenariat et en collaboration avec le patient et son entourage de même que les autres professionnels de soins dans le respect des dispositions légales et réglementaires ainsi que déontologiques et éthiques.

²³ Théoricienne de référence en France -et en Belgique-et dont le modèle conceptuel sert de base à de nombreux documents de soins accessibles dans les structures de soins. (Le Neurès, 2008, p. 1)

Dans le contexte des soins à domicile, l'infirmier doit faire preuve d'adaptabilité aux environnements changeants et son leadership²⁴ est déterminant pour accompagner les patients à domicile dans une perspective d'empowerment, l'infirmier jouant alors le rôle de référent de la personne soignée pour les soins de longue durée. (Infonursing, 2023, p. 52-53),

2.3.2 Professionnel

2.3.2.1 Jeunes diplômés

Nous avons traité ce point sous l'angle d'approche de la professionnalisation dans l'abord d'une situation clinique en lien avec la prépondérance d'un type de raisonnement clinique. Alors que « les expertes (...) ont appris par l'expérience à laisser leur perception les guider vers l'évidence. »(Benner, 1995, p. 2), « l'infirmière novice scrute les données selon un mode analytique, décortiquant chaque élément de la situation afin d'établir des hypothèses et d'en vérifier la plausibilité. » (Banning, 2008; Boyer, Tardif, & Lefebvre, 2015; Higgs, 2008; Tanner, 2006, cités par Lavoie et al., 2017, p. 2).

Les résultats d'une étude ont prouvé les difficultés des jeunes diplômés à poser leur jugement clinique, croulant sous le flux d'informations avec la difficulté d'en saisir l'essentiel : « (...), new nurse graduates are challenged by the amount of data they face in the clinical setting and have difficulties identifying key information. » (Kennedy et al., 2023, p. 6)

2.3.2.2 Soins à domicile

Pour ce point, nous avons, premièrement, contextualisé les soins à domicile dans le système de soins de santé. Deuxièmement, nous avons présenté les nouvelles modalités de la nomenclature édictées par l'INAMI pour l'infirmier du domicile et, troisièmement, développé les enjeux et les défis face à l'essor de ce secteur.

Les soins à domicile font partie des soins primaires. Ils peuvent s'entendre comme

Une gamme de services qui permettent aux clients souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée.(Conseil canadien de la santé, 2005, p. 17).

²⁴²⁴ « Le processus d'influence vis-à-vis d'un groupe pour atteindre des buts communs. »(Infonursing, 2023, p. 52)

Les soins de santé primaires²⁵, au premier plan du système de soins, sont des soins de santé essentiels garantissant « que les personnes reçoivent des soins complets et de qualité, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien. »(Organisation mondiale de la Santé, 2023)

Pour l'organisation des soins et des aides au domicile, « en Wallonie, la répartition des tâches entre les opérateurs de soins est répartie sur trois lignes²⁶ ». (AVIQ-Agence pour une Vie de Qualité, s. d.). Les soins à domicile font partie de la première ligne de soins.

Après ce voyage express dans le paysage du système de santé belge, nous nous sommes arrêtées sur les nouvelles dispositions en matière de remboursement de soins de santé édictées par l'INAMI en matière de soins de plaies et sur le développement des trajets de Démarrage Diabète dans le cadre des soins à domicile, à côté de celles déjà existantes. En effet, l'INAMI (2008) autorise l'attestation d'une consultation infirmière par un praticien de l'art infirmier à domicile une fois par année civile. Cette prestation permet de déterminer les problèmes de santé et de fixer des objectifs de soins en concertation avec celui-ci et/ou son entourage. Récemment, l'INAMI accorde à l'infirmier de pouvoir attester d'un soin de plaies sous certaines conditions sans la nécessité d'une prescription médicale (2022) ainsi que de planifier et de mettre en œuvre des séances d'éducation thérapeutique (2024) auprès d'un patient diabétique de type 2. Comme déjà initié plus haut dans le travail, ces responsabilités octroyées s'alignent avec la reconnaissance du jugement clinique de l'infirmier et de son autonomie professionnelle dans des situations de soins complexes à l'heure actuelle où nous prônons le retour à domicile le plus rapidement possible en toute sécurité et non plus l'hospitalo-centrisme.

« Les besoins changeants de la population exigent de nouveaux rôles et de nouvelles formes de collaboration pour mieux accompagner les personnes vulnérables. » (Alvarez Irusta, 2025, p. 12).

Dans cette lignée et fort des enjeux économiques et politiques, le secteur des soins à domicile connaît un développement exponentiel ces dernières années et, avec lui, la nécessité d'une réorganisation du réseau de soins en soutien à la première ligne au travers, notamment, de

²⁵ « Les soins primaires, secondaires, tertiaires et quaternaires font référence à la complexité et à la gravité des problèmes de santé qui sont abordés, ainsi qu'à la nature de la relation patient-prestataire. »(Kirenga Bamurange et al., s. d.)

²⁶« La première ligne (la pratique) concerne les contacts entre le patient et le prestataire de soins. (...). Une deuxième ligne (locale) est définie comme le lieu de concertation multidisciplinaire entre les différents acteurs autour du patient. C'est le niveau où se situent les centres de coordination des soins et de services à domicile. Une troisième ligne (zonale) regroupe l'ensemble des acteurs des deux premières lignes sur une zone géographique définie (...). » (AVIQ-Agence pour une Vie de Qualité, s. d.)

dispositifs de télésurveillance, de fonctions comme celles de coordinateur de l'HAD ou de case-manager, ce déploiement de renforts représentant de nouveaux défis à mettre en place et à intégrer au système établi. Une étude portant sur l'utilisation de la simulation informatique pour solutionner l'accompagnement des personnes âgées fragiles a mis en avant que le case-manager rencontrait des difficultés, « (...) making the distinction between formal needs assessment and informal knowledge to understand and interpret demands was one big challenge in effective case management. » (Chiêm et al., 2014, p. 540), pour une gestion de soins efficace.

À présent, après avoir assis le cadre théorique, nous avons précisé la manière dont nous avons envisagé l'investigation sur le terrain pour répondre à notre question de recherche en développant la méthode sélectionnée et les critères d'échantillonnage.

3 Méthodologie

3.1 Introduction

Notre questionnaire a eu comme objet d'étude le raisonnement clinique infirmier et les perspectives d'amélioration de son apprentissage chez les étudiants BIRSG en vue de l'élaboration de leur jugement clinique en tant que diplômés et exerçant dans le secteur des soins à domicile avec son impact sur l'empowerment des patients pour une meilleure qualité de vie. Pour chercher à saisir et à comprendre le phénomène, nous nous sommes appuyées sur la méthode qualitative, laquelle a permis une exploration approfondie par une investigation auprès des jeunes diplômés BIRSG de 3 ans au plus travaillant dans le secteur des soins à domicile afin de faire émerger les failles de son approche pédagogique et d'en proposer des pistes d'amélioration.

Ci-dessous, nous avons repris, en termes d'objectifs, le cheminement de notre réflexion pour contribuer à :

- Aider les étudiants à passer du raisonnement clinique au jugement clinique
 - Aider les jeunes diplômés BIRSG de première ligne à passer du raisonnement clinique au jugement clinique dans des situations imprévues, complexes et chroniques
 - Décrire comment le jugement clinique permet d'assurer des soins de qualité en soins primaires auprès de bénéficiaires vivant des situations complexes ?
 - Décrire comment le jugement clinique permet de réaliser des activités de promotion de la santé en soins primaires (auprès de patients vivant des situations complexes)
 - Décrire comment le jugement clinique permet de contribuer à l'empowerment du patient
 - Identifier les éléments contribuant au développement des compétences en raisonnement clinique des étudiants et des jeunes diplômés BIRSG de trois ans au plus
- ➔ **Identifier les éléments participant au développement des compétences en raisonnement clinique des étudiants BIRSG pour les aider une fois diplômés à élaborer un jugement clinique pertinent et efficace afin d'assurer des soins de qualité en soins à domicile auprès de patients vivant des situations complexes et promouvoir son empowerment.**

Ce processus a abouti à notre question de recherche suivante que nous avons scindée afin d'en augmenter la lisibilité : « **Comment améliorer le développement des compétences en raisonnement clinique des étudiants BIRSG dans l'élaboration de leur jugement clinique une fois diplômés ?** » Nous avons choisi de nous focaliser sur les compétences liées à la

promotion de l'empowerment de la personne soignée car nous avons pu observer que ces compétences sont rarement valorisées dans les parcours pédagogiques et, plus précisément, pour la personne soignée vivant chez elle, dans son milieu de vie, afin de pouvoir tenir compte de son environnement.

L'analyse qualitative permettra ainsi par des entretiens semi-directifs d'explorer en profondeur le vécu des jeunes diplômés ainsi que les défis rencontrés sur la problématique dans leur pratique quotidienne du domicile et d'exposer les mécanismes cognitifs qui sous-tendent le raisonnement clinique en situations pour son appréhension auprès des étudiants BIRSG et en vue d'améliorer la qualité de vie des patients.

3.2 Méthode

Pour expliquer la méthode choisie, nous nous sommes inspirées des notes de cours de Madame Aujoulat (2022) sur « L'introduction aux méthodes qualitatives en santé publique », et de l'ouvrage sur *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Paillé & Mucchielli, 2021).

3.2.1 La recherche qualitative

Selon Green et Thorogood (2004, cités par Aujoulat, 2022), « la recherche qualitative utilise des données issues du langage (écrit ou parlé) plutôt que des données numériques ». Ainsi, elle explore la complexité d'un phénomène étudié par l'analyse des mots, des attitudes, des comportements, des émotions, des ressentis à travers la parole exprimée, les textes écrits, les dessins ou encore l'observation sur le terrain.

Mais encore, « l'analyse qualitative vise en fait à construire des descriptions et des interprétations. Elle est au service de la quête du *sens* des actions et des expériences humaines. » (Paillé & Mucchielli, 2021, p. 102). Elle ne convient donc pas pour dénombrer les comportements mais pour les décrire en profondeur ainsi que leur donner du sens. « Son résultat n'est, dans son essence, ni une proportion ni une quantité, c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet. » (Paillé, 2009b, cité par Paillé & Mucchielli, 2021, p. 11).

Selon Mme Aujoulat (2022), « ce sont des informations riches et nombreuses, dont le sens profond n'est pas donné d'emblée au chercheur et qui doivent donc faire l'objet d'un traitement particulier ». Toujours selon Mme Aujoulat (2022), « ce sont des informations qui révèlent la subjectivité d'une personne-interlocuteur ou répondant-, d'une expérience, d'une histoire, et

dont le traitement et l'analyse révéleront également une part de subjectivité du chercheur ». Cette dernière peut être issue de sa discipline, de son expérience de recherche et pourrait influencer l'orientation de l'entretien. La mise en place de stratégies de validation est nécessaire pour se distancier, se rapprocher du matériau par un processus itératif entre les données collectées et les unités de sens et ainsi dégager l'essentiel du message. « Les résultats d'une telle recherche sont individualisés et contextuels, éventuellement transférables à un échantillon dont les caractéristiques sont semblables. » (Frost, 2014, adapté par Aujoulat, 2022).

Cette méthode a donc été privilégiée pour explorer notre question de recherche et comprendre comment le processus intellectuel de raisonnement clinique s'active chez les jeunes diplômés BIRSG pour améliorer son enseignement par la mise en avant des méthodes pédagogiques plébiscitées et renforcer son impact sur l'empowerment des patients suivis à domicile.

3.3 Déroulement de la recherche

À partir de la problématique, les opérations à mener ont été le design d'inclusion, l'élaboration d'une grille d'entretien, le contact avec les gatekeepers²⁷ et les répondants ou interlocuteurs, les entretiens en face à face, leur retranscription et l'analyse qualitative pour en ressortir les résultats traduisant l'essence du message des répondants. Ces « étapes » ont été complétées par des va-et-vient avec la théorie. « (...), pour ce qui concerne l'enquête qualitative de terrain, la précision de la problématique et la poursuite des lectures chevauchent les séjours sur le terrain, et même, idéalement, (...), la collecte et l'analyse se chevauchent également (...). » (Paillé & Mucchielli, 2021, p. 28).

3.3.1 Stratégies d'échantillonnage

« Par l'approche qualitative, on n'étudie pas une population mais un sujet. (...) Chaque sujet-personne- fait l'objet d'une étude approfondie qui génère un grand nombre d'informations. » (Aujoulat, 2022) Pour notre recherche, nous avons choisi d'interroger les jeunes diplômés BIRSG de trois ans au plus, encore formatés par l'enseignement théorique reçu et par leur expérience de stage, et travaillant dans le secteur des soins à domicile en tant que salariés ou indépendants. La sélection des interlocuteurs s'est basée sur ces critères d'inclusion prédéfinis en fonction des objectifs de recherche et selon leur accessibilité et les opportunités offertes. Elle a exclu les infirmiers ayant le brevet d'infirmier hospitalier, ceux exerçant depuis plus de 4 ans et a privilégié la première ligne de soins. Notre intention de viser les infirmiers ayant le statut d'employés ou d'indépendants, en activité principale ou en complémentaire, a été d'étudier ces

²⁷ « Personnes de référence » (Aujoulat, 2022)

deux panels de fonction les plus répandues dans ce secteur de soins et de mettre en évidence d'éventuelles différences dans l'approche des processus cognitifs mobilisés pour poser un jugement dans une situation de soins, décider des actions et des résultats dans le but d'assurer la continuité des soins et de favoriser l'accompagnement des patients suivis à domicile dans une visée d'auto-efficacité non seulement de ces derniers mais aussi des infirmiers. Nous avons compté pouvoir réaliser une vingtaine d'entretiens dans le cadre de ce mémoire mais, au vu des ressources temporelles et disponibles, nous avons été bien conscientes que « le recrutement s'arrête au moment où le chercheur a le sentiment que les répondants ne lui apportent plus d'informations nouvelles sur le sujet d'étude » (Aujoulat, 2022), ou à saturation des données.

3.3.2 Guide d'entretien

« Le guide d'entretien doit permettre de renseigner au moins 4 grandes rubriques, en lien avec le domaine considéré (de manière non linéaire) : Qui est l'enquêté ? qui est-il et comment le fait-il ? Comment le vit-il ? Que pense-t-il ? » (Sifer-Rivière, 2016, cité par Aujoulat, 2022). Celui-ci est un cadre et est amené à évoluer tout au long d'un entretien et au fur et à mesure des entretiens notamment en fonction des angles d'approche et perspectives émergents.

La possibilité de leur proposer une vignette clinique a été envisagée pour soutenir leur processus de réflexion dans et sur l'action. Mais l'idée a été abandonnée au profit d'une situation propre vécue plus spontanée et évocatrice.

Notre guide d'entretien s'est inspiré du cadre théorique de ce mémoire, par l'investigation du concept de raisonnement clinique à travers la formation initiale, son sens, sa mobilisation en situation de soins et ses conséquences sur le patient et l'infirmier en termes de qualité de soins et d'empowerment, mais s'est également appuyé sur l'expertise de la mémorante ainsi que sur les entretiens informels qui ont entouré ce mémoire auprès de collègues enseignantes.

Concrètement, le guide d'entretien a été structuré en cinq thématiques permettant de déconstruire la question de recherche. Afin de contextualiser le sujet d'étude, il était constitué d'une introduction pour présenter la mémorante et son parcours professionnel ainsi que les principaux concepts et enjeux liés au questionnement. La première thématique s'est intéressée au contexte de travail. La deuxième s'est portée sur un vécu en situation. La troisième a interrogé leur représentation du raisonnement clinique en soins à domicile. La quatrième a exploité l'impact d'un raisonnement clinique efficace sur les soins et sur l'empowerment du patient mais aussi de l'infirmier. Enfin, la cinquième faisait le pont avec l'état des lieux de la formation initiale de BIRSG et envisageait ses pistes d'amélioration.

Nous avons validé les questions du guide²⁸ auprès d'une infirmière vacataire, impliquée dans les supervisions de stage des étudiants au sein de la Haute-Ecole qui nous emploie. Notre choix s'est porté sur cette professionnelle en raison de son expérience de huit ans dans les soins à domicile en tant qu'indépendante dans un binôme infirmier. Son expertise et son vécu de terrain nous ont semblé particulièrement légitimes pour juger de la pertinence des questions dans l'exploration des dimensions du raisonnement clinique propres à ce secteur de soins. Les premiers entretiens ont servi à adapter les questions.

3.3.3 Collecte des données

Pour ce faire, nous avons privilégié les entretiens en face à face de manière à investiguer individuellement les avis des répondants sur notre questionnement sans qu'ils ne s'influencent et, ainsi, ne pas nuire à la richesse des apports. L'évocation de focus-groups avait été envisagée selon les opportunités qui pouvaient se présenter pour un partage entre pairs sur leurs points de vue. Cependant, de manière pragmatique et pour ne pas déformer la parole singulière, nous avons abandonné cette voie d'exploration du sujet.

Après avoir justifié le recours à une méthode qualitative pour explorer notre question de recherche, nous avons présenté les caractéristiques de l'échantillon recruté ainsi que l'analyse des données selon les thèmes émergents.

²⁸ Le guide d'entretien se trouve en annexe 1

4 Résultats

Pour contextualiser notre démarche, nous sommes parties du constat, chiffres à l'appui et présentés dans l'introduction, que le raisonnement clinique dans la formation infirmière est une compétence où les étudiants éprouvent des difficultés parce qu', en stage, où elle devrait prendre tout son sens, ce processus n'est pas rendu visible par les infirmiers de terrain et est impalpable aux yeux des étudiants à qui des actes sont délégués sans explication. Pour notre exploration, nous avons interrogé des infirmiers diplômés de trois ans au plus, encore potentiellement et sensiblement formatés par leur formation initiale sur la question du raisonnement clinique en situation, et dans un contexte de soins à domicile, environnement pouvant impacter leurs capacités de décisions et où l'implication des personnes soignées dans le processus de conscientisation de leur santé constitue un enjeu.

Dans un premier temps, nous avons repris les caractéristiques des participants ayant répondu favorablement à nos sollicitations.

Par la suite, nous avons dépeint les thèmes émergents afin d'exposer au mieux les opinions des répondants sur notre questionnaire.

4.1 Caractéristiques de l'échantillon

4.1.1 Résultats de notre recrutement

Au total, nous avons obtenu quinze entretiens qui se sont déroulés du 3 mars 2025 au 10 avril 2025. Le recrutement s'est fait à la suite de nos sollicitations par l'envoi de courriels, de messages génériques et personnalisé ou encore par convenance grâce au réseau de connaissances de certains répondants. Nous n'avons pas essuyé de refus mais des non-réponses en lien avec certaines de nos démarches qui ont avorté, parfois, malgré nos relances.

Nous n'avons pas pu en reprendre deux, ceux-ci ne correspondant pas en totalité aux critères d'inclusion de l'étude. Pour l'un d'eux non-retenus, nous avons mal été orientées par une infirmière responsable adjointe d'une équipe structurelle de soins à domicile malgré notre demande explicite dans notre lettre « d'un.e répondant.e bachelier.e ». Seulement, l'employée était issue de la filière hospitalière. Nous nous en sommes rendu compte au début de l'entretien lors de la présentation de son parcours de formation. Cela étant, nous avons poursuivi l'entretien d'autant que l'infirmière avait pris des dispositions pour se rendre disponible. Pour l'autre interview non-sélectionnée, nous avons élargi nos critères d'éligibilité. A l'époque, nous n'avions pas encore eu la chance de nous entretenir avec un représentant masculin de la profession. Par l'intermédiaire d'une de nos collègues, une occasion s'est créée d'interroger un

infirmier coordinateur de l'HAD, dans un hôpital de notre région. Cet entretien a été très enrichissant professionnellement et éclairant pour notre compréhension de cette fonction en développement face aux enjeux économiques ainsi qu'au perfectionnement des thérapies pouvant être réalisées à domicile. Cependant, il était diplômé depuis huit ans et il ne prodiguait pas des soins directement aux patients. Nous avons décidé de ne pas nous baser dessus afin de respecter les critères originels d'intégration à notre étude. Dans l'intervalle et grâce à notre persévérance, nous avons obtenu deux entretiens avec des « infirmiers » travaillant en tant que salariés dans une équipe structurelle et répondant aux critères d'inclusion. Effectivement, nous nous sommes rendues directement à la source pour saisir cette opportunité en nous présentant en personne dans les bureaux de la structure.

Les treize entretiens se sont tenus pour la majorité en présentiel, à l'exception de trois. Leur durée s'étend de 48'53" à 1h36'10", pour une durée moyenne d'1h13'.

Nous avons présenté dans les figures²⁹ 4 à 9 ci-dessous les principales caractéristiques de l'échantillon de répondants.

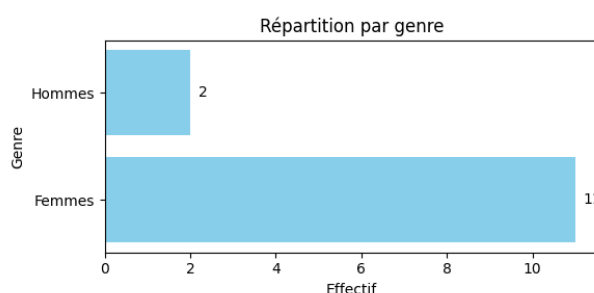


Figure 4

Âge moyen : 26.6 ans
Ancienneté moyenne : 18.9 mois

Figure 5

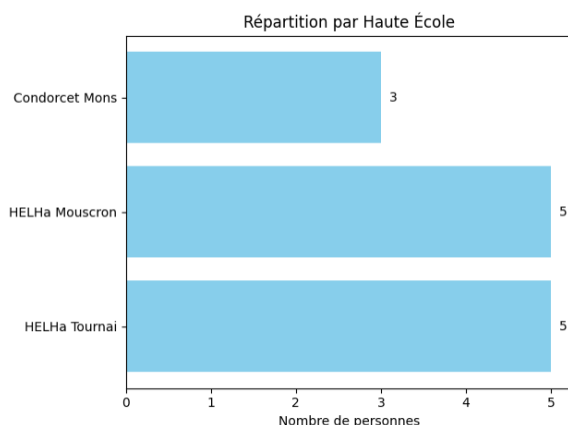


Figure 6

²⁹ Générées par Copilot (2025)

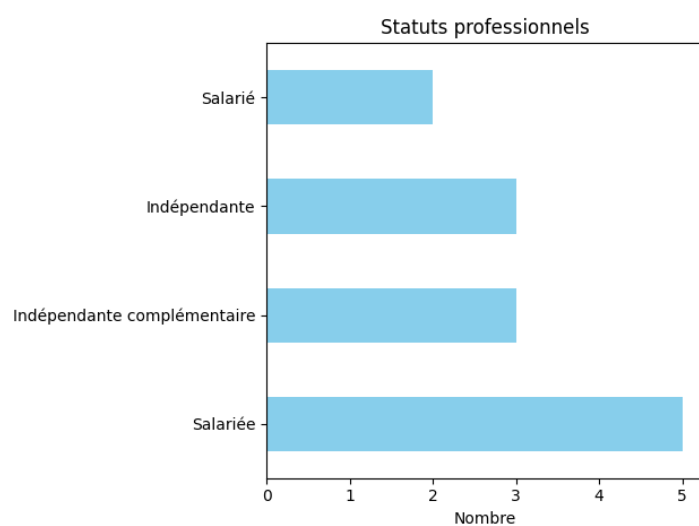


Figure 7

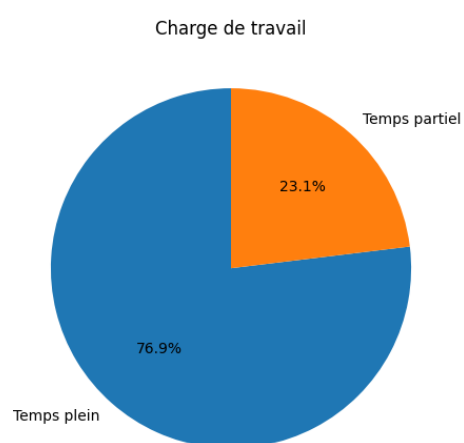


Figure 8

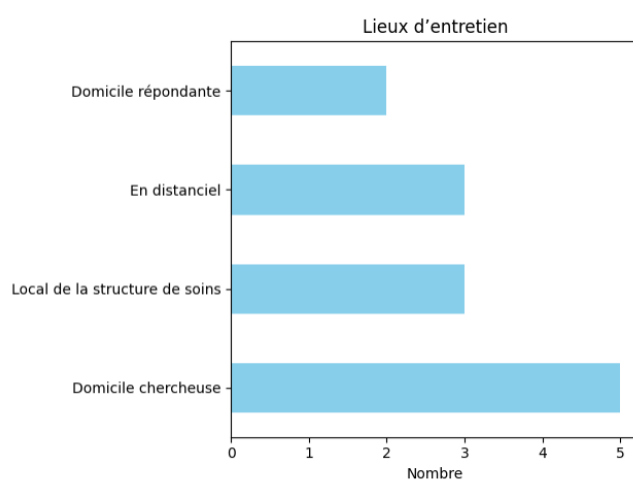


Figure 9

Par la représentation des écoles formatrices, notre recherche est restée focalisée sur le Hainaut.

Les entretiens ont tous fait l'objet d'une retranscription intégrale.

4.1.2 Anonymisation des données partagées

Les entretiens ont été écoutés uniquement par la chercheuse, dans le seul but d'en réaliser la retranscription. Aucun nom de personne, de lieu identifiable n'a été mentionné dans le travail. La confidentialité de l'identité des participants ainsi que de leurs opinions ont été strictement respectée, conformément aux principes éthiques en vigueur dans le cadre d'une recherche qualitative, ainsi qu'aux exigences du RGPD.

4.1.3 Opérations d'analyse

Lors des entretiens, nous avons tenté de prendre note des éléments principaux émanant du discours. À mesure de la retranscription de chaque entretien, nous les avons complétés et enrichis de la parole des répondants.

Ensuite, à partir des thématiques de l'entretien, nous avons rassemblé dans un tableau « thématique » et par répondant leurs idées significatives et verbatims évocateurs.

Au fil de cette tâche, nous avons construit un arbre thématique reprenant les thèmes émergents.

4.2 Analyse thématique des données

4.2.1 Sens du raisonnement

À l'entame de cette partie, nous avons trouvé important de partir du sens qu'a revêtu le raisonnement clinique infirmier dans le contexte des soins à domicile par une déclinaison de définitions pragmatiques avant d'embrancher sur la formation initiale servant de base à leur développement du raisonnement clinique et participant à son sens.

4.2.1.1 Définitions pragmatiques

Pour la majorité des répondants, le raisonnement clinique correspondait à une réflexion nécessaire à l'adaptation des interventions en fonction de la singularité des situations de soins rencontrées. Selon une salariée, « *C'est toujours réfléchir* ». Une infirmière indépendante de préciser « *Je pense qu'il y a beaucoup d'adaptation parce que ça dépend du patient, de son environnement (...)* ». Selon une infirmière indépendante, se rajoute une notion d'obligation d'agir étant seule face au patient, « *Pour moi, il est très présent car, à domicile, on est seule. (...), sur le moment, il faut réagir tout de suite parce qu'on n'a pas trop le temps de réfléchir* ». Ce verbatim nous a fait rebondir sur la notion de jugement clinique, opinion professionnelle posée en situation pour aboutir à une prise de décision et une action la plus appropriée car,

« C'est ça, le raisonnement clinique, d'avoir en tout cas un sens d'observation et de ne pas laisser aller le problème trop loin parce que ça peut très vite se dégrader à domicile »

Mais encore, un jeune diplômé de quelques mois a fait référence à une vision holistique du patient par l'investigation et l'entretien, *« Moi, je vois ça comme une vision globale du patient. On rentre chez lui et on ne regarde pas seulement le soin, on regarde tout »*. Une indépendante a renforcé cette idée *« (...), c'est plutôt par rapport au comportement du patient à ses dires qu'on arrive vraiment à dire si quelque chose ne va pas »*.

Par ce qui suit, la représentation d'une récente diplômée a témoigné de sa jeune expérience, comme limitant ses capacités actuelles, *« (...), au sein du domicile de la personne, on est vraiment seul donc il faut savoir réfléchir aussi et, surtout, observer et ce n'est pas facile quand on est jeune diplômé parce qu'on n'a pas cet automatisme en fait de se dire s'il y a ça qui ne va pas, attention à ça. Et, je pense qu'un bon raisonnement clinique vient avec l'expérience"»*.

Pour ponctuer cette sous-thématique, nous avons mis en avant la notion de réflexivité et de remise en question sur la pratique mise en exergue par deux répondantes et prépondérantes pour des soins adaptés, l'une de dire *« Moi, je dirais que c'est surtout de la réflexivité. C'est se remettre tout le temps en question, c'est essayer de comprendre et d'apprendre avec le temps parce qu', à domicile, les patients comptent sur nous, notre pratique toujours adaptée pour eux »*, et l'autre d'évoquer *« On ne se pose plus autant de questions et c'est peut-être malheureux parce qu'on pourrait aller plus loin. Au lieu de faire des choses par habitude, on devrait toujours être dans le raisonnement clinique et toujours dans le questionnement »*.

4.2.1.2 Formation initiale

Dans ce point, nous avons estimé fondamental de partir d'un état des lieux des supports pédagogiques en place dans les différents instituts de formation d'où étaient issus les répondants et de pointer les éléments qui leur avaient manqué une fois sur le terrain et avec le recul dans la visée d'un raisonnement clinique efficace et efficient dans le contexte du domicile.

Nous sommes parties de la réflexion globale des répondants que la formation infirmière combine théorie et pratique pour développer un raisonnement clinique solide. Nous avons relevé certains dires d'une salariée appuyant cette analyse, *« C'était cet encadrement que j'ai reçu, autant les professeurs que le contenu de leurs cours. C'était, pour moi, la meilleure des bases »*, *« (...) il (le raisonnement clinique) se développe au fur et à mesure du temps entre les stages et la théorie. Parce qu'alterner les périodes de stage et de théorie, cela étoffe nos connaissances et notre esprit critique (...) »*. Une indépendante de soutenir, *« (...), une base très solide pour tous mes raisonnements cliniques (...), ça a été une belle évolution qui est restée*

ancrée inconsciemment et qui est très importante pour les soins à domicile". Cette alternance enrichit progressivement les compétences et la réflexion professionnelle. Les verbatims évocateurs d'une infirmière employée ont été dans ce sens, en insistant comme suit, « (...), la base de mon raisonnement clinique aujourd'hui, c'est toujours ma base de formation infirmier (...)". De plus, elle a permis de participer à une stimulation forte à développer l'esprit critique et le raisonnement, « (...), à développer tout ce qui fait qu'on sera des bons infirmiers », "*(...), c'est grâce à la formation de base que notre raisonnement de base est plus poussé, plus développé"*.

4.2.1.2.1 Supports pédagogiques déployés

- Cours

Pour deux intervenantes, les cours ont été assez complets, « *Parce que même si ce n'étaient pas des cours de soins à domicile proprement dit, tous les cours à côté (...) ça a été de très bonnes bases* », et de rajouter « *Parce qu', au tout début, on ne voyait pas forcément pourquoi on faisait ces cours-là et, finalement, ça crée une base de raisonnement clinique qui prend du sens petit à petit* ».

Parmi les activités plébiscitées forgeant le raisonnement clinique, nous avons pointé par compilation des éléments de réponse que les cours et notamment ceux de raisonnement clinique ont offert un canevas de base à la réflexion et ont participé au développement des compétences nécessaires et utiles, par le biais des études de cas, la mobilisation des connaissances et le partage des différents points de vue lors de la mise en commun. Une répondante atteste du caractère apprenant des mises en situation, « *(...), meilleur moyen de mettre en place ce qu'on a appris (...)* », « *On ne voit pas toutes les situations de la même façon* », « *(...), il y a aussi d'autres points de vue et que ça ouvre un petit peu le champ des possibles* », « *C'est hyperenrichissant* ». Cela étant, une interviewée avoue ne pas avoir toujours saisi le sens de certaines activités pendant son parcours d'études, « *Sur le coup, pendant certains cours, je ne vous cache pas, on se dit "à quoi ça va nous servir ce cours-là", mais avec le recul, quand tu commences à pratiquer, tu te rends compte qu'il est utile* ».

Nous avons pu rattacher l'enseignement et l'application des modèles et cadres théoriques de la pensée infirmière comme guidant le raisonnement et comme structurant l'activité infirmière. Pour l'investigation de la situation de la personne soignée, 10 répondants sur 13 ont associé le modèle de Virginia Henderson et des 14 besoins fondamentaux, de manière implicite, une infirmière d'exprimer, « *On va forcément l'utiliser* », « *On le fait automatiquement sans penser*

au modèle ». Nous avons développé ce volet des supports de raisonnement dans la partie « types de raisonnement » pour la cohérence avec son emploi dans leur pratique quotidienne.

S'inscrivant dans cette lignée, le travail de fin d'études par son processus d'accompagnement et la finalité visée a permis chez certains de donner du sens à l'utilité et à l'intégration des théories de soins dans leur manière de penser et d'agir en situation.

Nous avons également relevé d'autres méthodes œuvrant à son évolution comme les jeux de rôles mais encore la simulation, dans les Hautes Ecoles où elle a été d'application, combinant différentes étapes dont le débriefing instructif, une interlocutrice d'exprimer son avis, « *Voir comment il a agi et comment on aurait pu faire autrement. C'est vraiment bien parce qu'on avait l'occasion d'être dans une réelle situation* ». Nous avons recueilli de la part d'une répondante que ces dispositifs didactiques avaient comme avantage de générer moins de stress, « *C'est plus convivial, il y a moins de stress* », par rapport à la réalité du terrain., l'erreur ne portant pas à conséquence néfaste mais avec la nuance toutefois rapportée que « *(...), c'est différent d'avoir un patient devant soi et de regarder vraiment tout que de lire des phrases qui sont écrites mais c'était pas mal, ça m'a bien aidée* ».

Un autre moyen évoqué a été le coaching entre pairs sous la forme de rencontres entre blocs d'études pour apporter du sens aux dimensions de la formation et dédramatiser certains aspects des stages.

- Stages

Nous avons épinglé que les stages ont constitué une base solide au déploiement du raisonnement clinique. Tous statuts confondus, les verbatims suivants en sont les témoins, « *C'est sur le terrain qu'on apprend* », « *Mais rien de tel que les stages pour voir un peu plus l'approche avec les patients. Ça, c'est sûr que c'est la base* », « *(...), je dirais que c'est tout le bagage qu'on a en stage mais plus en milieu hospitalier* », dans ce qu'ils renvoient à la réalité de terrain, « *(...), ce sont mes stages qui m'ont montré la réalité du terrain* ». Une interlocutrice de préciser la richesse d'effectuer des stages dans des domaines différents et dans plusieurs services, « *On a un regard différent parce qu'on voit de tout* ».

Lors des stages, les anciens étudiants ont souligné l'apport profitable des évaluations par les enseignants qui ont été autant d'occasion de discuter du raisonnement clinique, « *Lors de la collecte des données, on est toujours bien réaiguillé* », mais aussi, « *(...) avoir des conseils sur le terrain* », des conseils sur l'action et après l'action pour se réajuster. Parallèlement,

l'encadrement des stagiaires par les professionnels de terrain les a sensibilisés pour en faire de même actuellement avec l'avis de l'une d'entre eux que « *C'est important la formation des futurs collègues* ».

Les retours de stage, lors de séminaires réflexifs, ont été pointés comme stratégiques pour partager en groupe et avec l'enseignant, à l'image d'un animateur-expert, les appréciations des étudiants sur des situations de stage interpellantes, « *Ce qui est bien dans le retour école, c'est savoir partager son opinion et d'avoir l'opinion des autres* », tout en se remettant en question, « *(...), on revoyait tous les détails de la situation et, sur le moment, qu'on ne voyait pas en fait forcément comment on aurait pu faire pour améliorer la situation". "On avait vraiment les avis de tout le monde qui complétaient le raisonnement et, après, si on rencontrait d'autres situations du même genre ou pas, on pouvait mettre en place tous les conseils donnés (...)* ».

Associés aux stages, les rapports de stage écrits axés sur la résolution des préoccupations d'une personne soignée ont représenté une trame au raisonnement, une infirmière dernièrement diplômée appuie, « *C'est comme ça qu'on apprend à faire plein de liens* », et, un homologue de la rejoindre, « *ça m'a permis de vraiment réfléchir, vraiment de me poser des questions pendant que je fais les choses et pas de faire les choses bêtement* ». D'autant que, somme toute, avec le recul, « *Quand on fait la formation, on en a marre des rapports. Mais, ça nous aide vu qu'on applique ça à des cas concrets* », en atteste une autre participante. Un autre de rajouter, « *Sur le coup, c'était dur mais, maintenant, on est bien contents* ». Et une de préciser encore la plus-value des feedbacks par les enseignants sur leur production écrite. Dans l'idée de tactiques structurantes, deux répondants ont mentionné la toile de raisonnement diagnostique, assimilée à une carte mentale centrée sur un individu pour exposer ses problèmes inhérents et faciliter l'établissement de liens de cause à effet. Toujours allié aux stages et par comparaison à l'écrit, un témoignage a fait remonter les bénéfices pour lui du raisonnement clinique oral, épreuve certificative en fin de stage et en bloc 4 du parcours d'études dans une Haute-Ecole pour présenter la situation de santé d'un patient dans son ensemble, « *Quand j'ai fait l'oral, je connaissais mon patient sur le bout des doigts. Alors que quand je le faisais par écrit, ce n'était pas pareil (...)* ». Mais au-delà de la rédaction du rapport, les apports par les recherches requises et poussées pour la compréhension des diverses situations des patients rencontrées sont soulignés comme aidants.

Pour quelques deux ex-étudiantes qui ont pu bénéficier du projet LAT, résultat d'une collaboration étroite entre une Haute-Ecole et le centre hospitalier de la ville, ce projet a été mis

en avant tel un renforcement positif pour les rapports aux médecins et pour structurer les transmissions mais aussi pour développer les compétences en raisonnement clinique.

4.2.1.2.2 Eléments manquants

- Cours

Nous avons fait état que quatre intervenants, représentant une proportion de presque un tiers de l'échantillon, ont estimé que la formation de manière générale est trop « hospitalo-centrée », « (...), *on ne met pas l'accent sur la richesse de notre discipline infirmière dans d'autres secteurs (...)* », et que le secteur des soins primaires incluant les soins à domicile sont mis de côté et constitue le parent pauvre de la formation initiale, « *Dans mes souvenirs, on en parle pas du tout* », en parlant de l'infirmier en santé communautaire, de sa place en crèche, à titre d'exemples.

Les dispositifs d'études de cas n'ont pas assez pris en compte le contexte du domicile « *ça ne doit pas toujours être de l'aigu : parfois, ça peut-être des cas simples qu'on retrouve à domicile* », où l'infirmier se retrouve seul en situation à décider et à agir, un verbatim va dans ce sens et en comparant le contexte hospitalier, « (...), *où l'on est seul à domicile face à nous-mêmes et au patient qui ne va pas bien et comment on fait pour gérer parce qu', à l'hôpital, on a toujours quelqu'un, une collègue, un médecin*". Dans le même registre, une indépendante rajoute, « (...) *on est trop focus sur des situations vécues à l'hôpital* ».

Le cours de soins à domicile a été estimé très voire trop réducteur. En analysant le programme complet de la formation, il totalise 20 heures. De plus, Il n'y est fait que peu état de l'organisation du réseau soutenant la première ligne et participant au maintien à domicile, « (...) *et bien avoir connaissance de quels sont les collègues partenaires pour une bonne prise en charge à domicile* ». De même, une indépendante de déplorer la non-investigation dans les cours de la gestion administrative, « *Je trouve que, pour les soins à domicile, on n'a rien en formation, on n'a pas grand-chose*", dans le sens des démarches pour se lancer en tant qu'indépendant, le système de tarification, ...), « *Tout ce qui est forfait A, forfait B, forfait C, on l'apprend vite fait (...)* ».

Dans un registre plus relationnel, la gestion des émotions à domicile a été pointée comme représentant un autre volet de la formation peu développé, une répondante de témoigner en envisageant le « petit côté négatif » des euthanasies, « *Il y a beaucoup de gens malheureusement qui le vivent*". "(...), *je pense que c'est quand même important d'en parler parce que ce n'est pas toujours évident, on s'attache aux patients et ce n'est pas toujours facile de côtoyer des décès*". La même d'insister sur l'approche par l'accompagnement communicationnel du patient et de

sa famille, « *Tout ce contexte social, comment on peut l'améliorer pour faire les soins correctement parce qu'on n'a pas ces ennuis là à l'hôpital* », ainsi que la communication et les transmissions aux médecins, « *Surtout quand tu commences, que tu as un problème, tu te demandes " est-ce que c'est pertinent de déranger le médecin maintenant ? "* ».

- Stages

- En général

En considérant l'ensemble des expériences en stages, trois interlocuteurs ont rapporté que leur prise de décision autonome n'a pas été suffisamment soutenue mais plutôt freinée par le personnel d'encadrement sur le terrain car il a rétorqué qu'il n'avait pas le temps alors qu'il avait été soulevé dans un point précédent comme une marque de la reconnaissance d'une prise de responsabilité offerte aux étudiants.

Un accent a aussi été porté sur les retours école pendant les stages pas assez nombreux pour permettre un partage et un retour sur les situations vécues en stage avec les pairs, tel un baromètre pour situer l'étudiant dans le développement de sa posture soignante.

Un jeune diplômé a rétorqué le côté négatif intrinsèque aux rapports de stage écrits impliquant davantage le focus sur la forme rédactionnelle et moins sur la démarche auprès du patient.

- En soins à domicile

Pour certains, selon leur projet professionnel, les stages en soins à domicile n'ont pas été assez proposés pendant leur cursus scolaire, une indépendante de spécifier, « *Donc, par rapport aux stages, je pense que la formation devrait nous donner plus de stages en soins à domicile. Cela étant, je pense que c'est du fait que j'étais intéressée par le domicile* ». La même d'ajouter, « *(...), étant donné qu'on a des stages très courts, trois semaines dans les quatre ans, c'est très peu. Et, quand on arrive comme ça directement à domicile, on peut vite être démunie* ». Une autre de manifester que son seul stage à domicile n'avait pas eu pour effet de susciter une vocation pour ce secteur, « *(...), je n'imaginais pas faire du domicile un jour parce que j'avais fait ça avec une très chouette infirmière mais, les patients, ils n'étaient pas très sympas et très accueillants parce que c'était leur intimité (...)* ».

Le manque de suivi des stages en soins à domicile par du personnel enseignant a été remonté et pointé comme une occasion manquée de travailler le raisonnement clinique et de lui donner du

sens. Une ancienne étudiante d'une Haute-Ecole a exprimé : « *Je n'ai pas eu énormément d'heures de stage à domicile, (...), c'est un stage qui n'est pas suivi, sauf par l'infirmière* ».

4.2.2 Organisation du travail quotidien à domicile

Nous avons décliné ce thème général en 2 sous-thématiques majeures. Nous avons investigué par cette thématique le travail au quotidien des infirmiers à domicile par la gestion des soins et le contexte de travail.

4.2.2.1 Gestion des soins

Par ce point, nous avons jugé nécessaires de présenter le travail au quotidien d'un infirmier du domicile. Dans un premier temps, nous leur avons demandé de lister les soins pour lesquels ils se rendaient chez le patient. Dans un second temps, nous les avons interrogés sur ce que représentaient pour eux la part de soins indirects parmi les tâches qu'ils accomplissaient

4.2.2.1.1 Soins directs

Par soins directs, tous les interlocuteurs se sont accordés sur les prestations qui justifiaient leur visite au domicile des patients et ceux codifiés dans la nomenclature édictée par l'INAMI, à l'instar de « *Ceux qu'on est censé faire* ».

Classiquement, nous avons répertorié les soins d'hygiène, à l'acte ou au forfait, "*Cela représente une grande partie de la tournée*", et les soins ponctuels les plus fréquemment rencontrés tels que des soins de plaies et de stomies, des injections, des prises de sang, des applications de pommades, de bas. Une indépendante a ajouté à cela, « *On essaye de ne plus s'éparpiller* », signifiant pour elle les actes infirmiers dans le juste milieu et de ne plus intervenir pour effectuer une prise de tension artérielle qui ne soit pas accompagnée d'un autre soin. D'une autre de préciser qu'ils sont amenés à intervenir dans des lieux de vie autres que le domicile traditionnel, « *On intervient dans des homes, parfois pour des toilettes, parfois pour des prises de sang, des actes techniques ponctuels* », et la même de caractériser le type de patientèle rencontré, « *Et puis, on a de tout, on a des personnes âgées, des personnes impotentes et des enfants, ça touche vraiment tous les âges* ».

D'occasionnellement à plus rarement, nous avons retenu les soins liés à des pompes à Morphine dans le cadre d'un patient en soins palliatifs, à des chimiothérapies ou à des antibiothérapies à domicile via des chambres implantables, comme les Port-a-Cath, ou des cathéters implantables tels les Picc Line et les Midline.

Pour clore ce point, nous avons relevé que la routine n'était pas coutumière et que l'organisation d'une tournée ne s'improvisait pas, « *Chaque jour est différent (...). Il y a les patients que l'on a chaque jour. Et après, il y a les soins qui se rajoutent (...) on a nos patients qui sont habitués que l'on vienne à une certaine heure, enfin, on a quand même une chronologie* ».

4.2.2.1.2 Soins indirects

Nous nous sommes intéressées à un autre volet de leurs interventions auprès des personnes soignées à domicile qu'ont été les soins indirects. Sous cet angle d'activités « hors cadre », ou d'entendre « hors soins », nous avons relevé qu'elles prenaient diverses formes allant de la logistique, en passant par la surveillance d'une prestation et avec comme point d'orgue tout l'aspect communicationnel se subdivisant en l'accompagnement social et relationnel des patients et de leur entourage ainsi qu'en le chaînon indispensable au suivi des soins sous la forme des transmissions entre collègues et des prises de contact avec d'autres professionnels gravitant autour de la personne soignée à domicile. Tout ceci n'a pas manqué de faire émerger chez deux intervenantes la notion de coûts temporels, dans la mesure où les patients prennent du temps, l'une d'elles reprenant, « *on reste forcément plus longtemps chez eux* ». Nous l'avons abordé dans la thématique suivante comme jouant sur le contexte de travail.

Nous avons structuré ce point selon cette déclinaison détaillée ci-dessus.

- Activités « hors cadre » informelles

Sous cette dénomination, nous avons regroupé ce qui peut être assimilé à de l'aide aux AIVQ, une indépendante a soutenu : « *(...) Beaucoup d'accompagnement, surtout auprès des personnes âgées* », et qui n'ont pas forcément relevé du « ressort » de l'infirmier à domicile, comme l'installation du petit déjeuner, sortir les poubelles, lancer les machines, s'assurer de l'organisation et de la gestion du matériel utile aux soins. Une salariée a témoigné : « *Il y a beaucoup de choses à côté des soins directs, surtout chez certains patients* ». « *On le ressent quand il n'y a pas d'environnement social, la famille compte beaucoup* », et de rajouter en cas d'isolement social, « *A côté, il peut y avoir d'autres services en place, comme les aides-familiales. Mais comme ce sont des gens qui n'ont que nous (...). C'est assez limité. Et, il n'y en a pas mal* ». Un autre témoignage nous a fait comprendre que « *(...), on essaie de mettre une barrière à certains moments* ». « *Mais on essaie de stimuler un peu les familles parce que ça ne fait pas partie de nos tâches théoriquement mais c'est vrai que c'est difficile de dire non à un patient isolé* ».

Dans un registre différent mais assimilable à ce type d'occupations, une indépendante a mentionné qu'elle se rendait aux enterrements, qu'elle allait au restaurant pour les anniversaires, « *Quand les patients étaient seuls, je trouve que ça fait aussi partie du job* ».

- Activités « hors cadre » formelles

Par cette appellation, nous avons envisagé les prestations qui ne sont pas reprises dans la nomenclature mais gages de la qualité des soins ainsi que le côté administratif non moins contraignant mais incombant aux infirmiers tel que, l'ouverture et la tenue des dossiers, un infirmier de déplorer, « *Et, en plus, il faut remplir des dossiers papier qu'on laisse chez les patients" (pour les soins de plaies; en plus du suivi sur logiciel)*, l'évaluation de l'échelle de Katz pour la prescription d'un soin d'hygiène, la gestion des appels, entre autres.

Une intervenante les a nuancées en ces termes, « *(...), par soins indirects, cela vient plus de notre ressort d'infirmière* », entendant la surveillance d'une thérapie médicamenteuse ou non instaurée, d'une plaie mais encore apporter des conseils, faire de l'éducation à la santé pour viser l'empowerment en renforçant positivement les patients.

- Communication

Nous avons regroupé sous cet intitulé tout l'aspect communicationnel avec et pour le patient à domicile représentant, pour la majorité des interviewés, la proportion de soins indirects la plus prépondérante.

- Avec le patient

À ce titre, nous y avons associé le relationnel avec le patient et son entourage, incluant l'accompagnement social dans le besoin de communiquer, en ont attesté ces propos « *(...), à côté de ça, il y a le côté social où ce n'est pas compris dans notre forfait mais forcément qu'on le fait instinctivement* », « *(...) je dirais que c'est quand même la base du métier (...) Beaucoup de communication, d'aide, de soutien* ». Un infirmier dernièrement diplômé a relevé le réconfort par l'apaisement des mots, « *Il y a beaucoup de communication, faut les rassurer. Souvent, ils sont inquiets* ». Et de présence pour combler la solitude de certains, une infirmière a témoigné de la gratitude d'une personne à son égard, « *Je suis ravi quand vous venez parce que vous êtes souriante et que vous aiguayez ma journée* », un autre de verbaliser l'isolement social, « *Puis, c'est vrai que, quelque fois, on est leur seule visite de la journée. Donc, on fait un peu de social* ». Une autre a précisé l'assistance aussi aux proches, « *On est beaucoup là pour les*

proches, les aidants naturels », la même de pointer l'existence d'un lien qui s'est tissé au fil des ans, *"Pour la plupart de nos patients, on se connaît depuis des années"*, et qui a permis l'instauration d'une relation de confiance, *« On a ce privilège que ce sont toujours les mêmes patients, ils nous connaissent et le lien de confiance est là »*, a appuyé une indépendante. Nous avons relevé aussi que, selon le type de patientèle, notamment dans des situations sociales compliquées ou chez ceux dont la santé mentale est fragilisée, l'infirmier à domicile a pu apporter un soutien psychologique en manifestant une attitude empathique. Le verbatim d'un indépendante est allé dans le sens qu'au-delà des soins techniques, *« Il y a des personnes où on intervient pour une toilette et, finalement, on se rend compte (...) qu'elle vient pour discuter, qu'elle attend un accompagnement par rapport à un sentiment d'isolement, de solitude, à des conflits familiaux »*.

- Pour le patient

À ce sujet, nous y avons référencé toutes les démarches nécessaires pour se tenir au courant des changements et rester informé, à savoir les transmissions entre collègues ou associés, une salariée d'insister par ses propos, *« Lors des transmissions avec les collègues, il faut être sûre qu'ils ont toutes les informations pour un bon suivi »*, un autre de souligner, *« Tous les jours, on fait des transmissions et on se dit la liste en faisant les transmissions »*, et la communication avec la famille et avec d'autres professionnels, comme le médecin traitant, soutenant la personne soignée, *« (...) téléphoner au médecin traitant quand il y a un souci, téléphoner aux familles pour faire des petits comptes-rendus quand ça n'allait pas trop »*, a repris une répondante, et, pour paraphraser une indépendante, dans le souci de s'apporter des informations sur des patients communs pour le suivi des soins.

4.2.2.2 Contexte de travail

Sous ce sous-thème, nous avons décidé d'aborder l'environnement de travail constitué par le domicile du patient et où l'infirmier est confronté à son « isolement » professionnel, les ressources sur lesquelles il a pu s'appuyer dans ce contexte et qui ont renvoyé aux collègues, à la philosophie de soins mais également aux stratégies de l'organisation de travail ainsi qu'aux réseaux de soins. Pour ponctuer ce point, nous avons consacré un volet au temps, considéré comme facteur impactant favorablement ou défavorablement le raisonnement clinique.

Ces subdivisions ont été évoquées comme autant de moyens pour faire face à des enjeux à prendre en compte, d'approuver une interlocutrice, *« Je dirais que oui, certainement, si on n'agit pas, il n'y a personne qui va le faire »*, et aux défis à relever influençant positivement ou

négativement l'exercice de leur raisonnement clinique dans un milieu « In HOSPITAL Ier », d'entendre un endroit hors structures de soins habituelles.

4.2.2.2.1 Environnement de travail

Nous avons choisi d'y développer le domicile, qui a trait au lieu de vie de la personne à soigner et avec lequel l'infirmier devait composer, de même que son « isolement » tel, un face à face avec lui-même.

- Domicile

Par domicile, nous en avons déterminé qu'il englobait l'environnement non seulement physique mais aussi social du patient, en a attesté ce propos d'une répondante, « *Toujours très important l'environnement du patient* », et de rajouter, « *On le sent quand il n'y a pas d'environnement social, la famille compte beaucoup* ». Environnement à apprivoiser et vis-à-vis duquel le maître-mot était « Adaptation », sans toutefois forcer. Et, Il se comprenait dans tous les sens du terme, aux milieux différents et propres des patients, aux moyens matériels et financiers, « (...), *on fait avec les moyens et au mieux pour les patients et leurs économies (...)* » mais aussi aux aides et services en place. Nous avons paraphrasé la parole d'une intervenante confirmant ce nécessaire savoir s'adapter avec le peu de moyens, avec ce qu'on a sur place, sur le terrain et dans sa voiture, et sur le moment, afin de surmonter les obstacles tels, des entraves ou difficultés à un bon jugement clinique, et de préciser, « *Il faut avoir un bon raisonnement aussi (...), on est tout seul et c'est vraiment Action-Réaction dans certaines situations* », et une autre de soutenir, « *(...), parfois, on est un peu démunie mais, on trouve toujours des solutions* ».

Comme autre enjeu à s'accommoder, nous avons pointé les familles, une indépendante a affirmé, « (...), *il y a des familles qui sont trop présentes* », et de joindre ces termes, « *C'est parfois compliqué, les familles pour pouvoir procéder correctement. Alors que, si j'avais été toute seule avec la patiente, elle m'aurait répondu simplement et il n'y avait pas de souci* », d'autant que, « *Comme, il n'y a pas cette intimité entre le soignant et le soigné, il y des choses qu'ils ne vont pas dire* ».

En comparaison à un établissement conventionnel de soins, ces éléments ont influencé la manière de travailler dans le contexte du domicile tout autant que la solitude physique de l'infirmier que nous avons développée ci-après.

- Isolement de l'infirmier

Sous ce volet, nous avons décrit en quoi l'isolement physique et professionnel de l'infirmier a pu entraver son raisonnement clinique. Et, comment l'infirmier a rebondi face à ses limites.

« Et puis, on est seul, on manque parfois de ressources à domicile, que ça soit des référents familiaux, des professionnels de santé qui puissent intervenir avec nous », a repris une indépendante. Nous y avons repris également le manque d'expérience et le sentiment découlant. Une répondante dernièrement diplômée a repris ces propos, « Les premières fois, c'est stressant ». « On est vraiment tout seul ». « En tant que jeune diplômée, on n'a pas d'expérience », une autre de préciser, « Je pense que ça peut influencer surtout dans les débuts dans la pratique, quand on n'a pas beaucoup d'expériences. On craint peut-être de faire certaines choses et que, si nous étions épaulés par une ou deux collègues, on se sentirait plus à l'aise de le faire ». Deux jeunes répondants de déplorer leur condition de nouveaux diplômés, « Cela étant, on n'a pas beaucoup d'expérience. Enfin, ça fait 6 mois qu'on travaille », et, de façon inattendue et surprenante à notre époque, le refus encore d'un soignant masculin par les femmes patientes, « Il y en a encore qui refusent les hommes (...), il y en a encore beaucoup ». Nous avons pointé que cette jeune expérience a fait partie des stéréotypes ancrés chez bon nombre d'équipes infirmières hospitalières, un répondant de rapporter, « (...) à l'hôpital (...) "Ah, si jeune (...), il faut au moins que tu fasses quelques années à l'hôpital pour faire du domicile ». Conséquemment, les collègues n'étant pas à côté mais joignables, ils n'ont donc pas la possibilité de compter sur eux directement ni même de déléguer, une interlocutrice de témoigner, « A l'hôpital, si ça ne va pas avec tel ou tel patient, je peux déléguer. A domicile, on n'a pas cette chance de pouvoir déléguer ». Le témoignage d'une indépendante a émis l'hypothèse suivante, en fonction de la personnalité, « Mais, je pense que chez certaines personnes qui seront plus timides, qui n'osent peut-être pas poser les questions en temps voulu, il y a des erreurs effectivement sans expérience qui peuvent être commises », évènement indésirable potentialisé par un manque d'informations ou la multiplicité des supports d'informations, entre le logiciel, les dossiers papier et les feuille de suivi.

Nous avons relevé d'autres facteurs perturbant le raisonnement clinique tels que, la non-coopération du patient à aménager son domicile, une indépendante de déplorer, « On est chez la personne mais on ne peut pas toujours décider de ce qu'on veut, on est dans son environnement », « Le domicile, il faut s'adapter mais il faut qu'ils comprennent qu'ils doivent aussi s'adapter à nous » ou la non-adhésion à un projet éducatif et la frustration engendrée chez l'infirmier dans sa posture salvatrice, d'attester ce verbatim, « (...) avec du recul, on est dans l'acceptation. Au début, c'était un peu de la frustration en se disant, je laisse cette patiente comme ça (...), mais il faut savoir accepter cette inconvenient-là et puis foncer et donner les soins comme ils se doivent ».

Une autre limite remontée a été la juste distance thérapeutique à instaurer, deux indépendantes ont déposé successivement ces mots, la première, « (...) *Ce qui est même difficile de savoir qu'elle est la juste proximité avec la personne, c'est difficile de respecter la distance thérapeutique* », et la seconde d'établir le lien avec l'isolement social de la personne soignée à domicile, « *De temps en temps, c'est difficile de partir de chez la personne (...). Elle n'a personne à côté et ça fait mal au cœur quelque fois. (...). Mais il faut faire la part des choses* ». Dans un esprit plus pragmatique, une indépendante a constaté la nécessité d'imposer des « limites par rapport à la disponibilité 24h/24 et 7j/7 », face à l'attitude insouciante de certains patients, hormis les statuts palliatifs, pour lesquels cela faisait partie de leurs droits et des obligations de l'infirmier.

« *Il y a certains médecins qui se limitent et ça nous bloque aussi* », et la même de surenchérir plus loin, « *Il y a des choses qu'on ne comprend pas et on reste sans réponse* », soulignant l'incompréhension par rapport à une décision médicale qui est restée sans explication, a généré un sentiment de solitude et a représenté une limite pour aller de l'avant de manière autonome et poser un jugement clinique propre en situation.

À ces égards, l'infirmier a pu tabler sur des ressources propres pour y faire face, par la mobilisation de la toile de raisonnement, ou comme le suivi d'une formation de perfectionnement relevant du bon vouloir de l'infirmier et développant l'efficacité du jugement clinique, de même qu'une indépendante dernièrement diplômée de manifester, « *Etant donné que, moi, j'avais fait qu'un seul stage à domicile donc j'ai dû créer une certaine vigilance en moi* ». Parmi ces stratégies personnelles, nous avons étiqueté que l'isolement a poussé l'infirmier au-delà de ses retranchements pour montrer « bonne figure » face aux patients mais aussi face aux médecins, et de corroborer une répondante, « *On se pose plus de questions, on réfléchit et c'est là que la relation avec le médecin est importante à domicile au fur et à mesure du temps. (...), on va prendre plus d'initiatives et les médecins vont nous faire confiance et ça c'est hyper important aussi*". *"C'est grâce à notre raisonnement clinique quand on l'appelle et qu'on sait ce qu'on va lui dire et ce vers quoi se diriger : efficacité et efficacité"* », et de compléter, « *Des patients nous font confiance* ». Comme autre stratégie personnelle déployée, certains d'évoquer, face à la lourdeur morale des tournées, la route entre deux adresses pour se déconnecter d'une situation avant de se reconnecter à la suivante.

Ci-après, nous avons développé les ressources auxquelles l'infirmier a fait appel ou s'est fié et qui n'ont pas relevé de son propre chef telles que, les collègues qualifiés d'experts formateurs ou de référents spécialisés, la philosophie des soins fédérant la direction stratégique et guidant

l'accompagnant des patients, le plan d'action organisationnel se référant aux stratégies à suivre pour mettre en œuvre un raisonnement clinique efficient en situation ainsi que le réseau de soins soutenant la première ligne, tout comme informellement, le réseau de connaissances travaillant à domicile. Une indépendante a illustré ce dernier élément, *"même si on ne travaille pas directement ensemble : « Est-ce que tu as déjà été dans ce cas-là ? Et qu'est-ce que tu as fait ? » »*.

4.2.2.2.2 Ressources organisationnelles

Nous avons intentionnellement décidé d'imaginer cette partie en mettant au centre le jeune diplômé infirmier et, autour, de cercler avec les aides qui l'ont soutenu en partant de son microcosme, le proxy dans sa sphère de travail, à savoir ses collègues ou associés, à son macrocosme, l'organisation la plus éloignée de ses champs directs d'activités, à savoir le réseau de soins mais figure indéniable le soutenant, en passant par la philosophie de soins et les stratégies organisationnelles.

La figure³⁰ ci-jointe concentrique schématise ci-dessous les niveaux d'influence autour du jeune diplômé en soins infirmiers à domicile.



Figure 10

Nous avons jugé bon à ce stade et pour chaque sous-point de différencier les infirmiers travaillant en équipes structurées des indépendantes en groupement, le recours aux ressources et leur déploiement se distinguant quelque peu entre ces deux types d'organisation de travail à domicile non-exclusives mais que nous avons eu l'opportunité de questionner.

- Collègues ou associés

³⁰ Générée par Copilot (2025)

Les collègues ou associés ont été mis en avant comme la principale ressource de leur organisation et la plus proche dans leur environnement de travail.

- Equipes structurelles

Cette ressource l'a été par l'entraide qu'elle a représentée pour le jeune infirmier salarié, « *On a de bons collègues* », et sur laquelle il a pu compter, « *Et, après, les collègues, c'est une bonne ressource aussi. Surtout lorsqu'on a commencé, j'étais un peu perdu. Donc, on a une question, ils nous répondent* », mais aussi par l'assistance, « (...) *On revient à peu près à la même heure puisqu'on essaie de soulager les collègues* », ainsi que le soutien, « *Malgré qu'on soit seul, le fait qu'on soit dans une structure (...) assez familiale, on est bien entourés, bien aidés par les collègues, par les chefs, qui sont facilement à l'écoute, donnent de l'aide* ».

« *En fait, il y a beaucoup d'entraide et beaucoup de bienveillance entre chaque collègue. Moi, quand je suis arrivée, j'étais la petite nouvelle, pas d'expérience. Il y en a beaucoup qui m'ont pris sous leurs ailes en disant « t'inquiète, ça va aller. Si tu as un problème, tu peux nous appeler. Je suis là. On est tous passés par là parce que les premières fois c'est toujours stressant* ». Nous avons relevé ce témoignage comme significatif du rôle intégrateur endossé par les collègues « experts », assimilés à des pairs aidants, dans l'accompagnement d'une jeune recrue et, de surcroît, dernièrement diplômée. À côté de ce rôle, un autre rôle a pu leur être imputé, celui de formateur dans un domaine où ils avaient fait leur preuve apportant leur regard d'experts par la démonstration et l'explication de leurs savoirs, savoir-faire et savoirs socio-cognitifs.

Nous avons relevé que certains collègues avaient comme fonction supplémentaire celle de référents, référents en diabétologie, en soins de plaies, en soins palliatifs, en manutention, « *Ils nous sont très utiles* » pour des avis, conseils, comme améliorer un protocole en soins de plaies, « *On n'hésite pas à les appeler pour nous prodiguer des conseils* ».

À leur tour, au taquet avec les nouvelles recommandations, les jeunes diplômés ont pu jouer un rôle de référents, « *Et puis moi à l'inverse, pour l'HAD par exemple, j'ai pu être contente de les aider et de moi leur montrer* », un retour d'aide par leurs compétences opérant un sentiment de fierté.

- Indépendantes en groupement

L'entraide et l'entente ont été pointées, comme levier de solidarité et de cohésion entre elles, « *On a un incident, on s'entraide* ». Aussi de se poser toutes sur le même pied d'égalité, indistinctement donc à celle qui a « créé » la tournée.

Pour la suite de l'exposé, nous avons repris ce qui a animé la vision des soins des infirmiers travaillant à domicile.

- Philosophie de soins

Comme annoncé, cette section a porté un regard sur la sphère structurant leur manière d'appréhender les interventions infirmières.

- Equipes structurelles

Nous avons relevé en filigrane une distinction entre la philosophie institutionnelle et celle propre à l'infirmier. Alors que la hiérarchie s'est vu projeter dans une perspective de rendement, pour un grand nombre de salariés, le système de valeurs prévalant comme point de référence pour prodiguer les soins s'est concentré sur l'humanisme, mettant l'humain et ses préoccupations au centre des activités infirmières. S'ensuit une série de témoignages convergeant vers cette optique de soins. Une répondante de répliquer à la question, « *Oui, on essaie toujours d'autonomiser le patient* ». Une autre, salariée d'une petite ASBL, de souligner, « *(...) ce besoin d'être là pour les personnes et, finalement, ne pas être dans le rendement mais dans la proximité avec les gens, dans le soutien, dans l'accompagnement* », et la même d'extrapoler cet altruisme à l'ensemble de la structure de soins, « *(...) La plupart de nos patients, nous considèrent comme des membres de leur famille, comme des membres de leur entourage très proche parce qu'on fait beaucoup de choses pour les soutenir le plus possible, les accompagner dans toutes les épreuves de la vie* », et encore de prioriser par ses termes, « *(...) ma priorité, c'est la patiente, je veux respecter ses désirs* ». « *(...) quand je soigne quelqu'un, je ne soigne pas seulement sa pathologie. Pour moi, c'est un tout* ». Et, un employé d'exprimer, « *L'enjeu que le patient aille bien* », tout en gardant à l'esprit, « *Est-ce que ça correspond à ce dont le patient a besoin ?* », et son collègue de ponctuer, « *on fait ce qui convient le mieux aux patients, quels qu'ils soient, on s'adapte au mieux à eux* ».

- Indépendantes en groupement

Dans ce volet, nous avons observé la coexistence de deux approches de soins, l'une focalisée sur la rentabilité, le témoignage de l'une d'entre elles a appuyé cette vision, « *Si je n'ai pas un tel nombre de patients par mois ou par jour, mon chiffre risque de ne pas suivre, en fait tout simplement* », et, l'autre, en parallèle, centrée sur le patient, et la même de manifester, « *J'aime prendre le temps avec les patients* », « *On ne soigne pas un billet mais on soigne un humain (...)* ». Cette deuxième approche a contribué à une gestion des soins plus soutenable pour le

patient mais aussi pour l'infirmière, une indépendante de révéler, « *quitte à refuser des patients* », « *Pour le confort de vie des patients et notre confort de vie "(...), au moins, ça me permet de prendre en charge correctement les patients, on peut prendre le temps qu'on veut (...)* ». Une autre réplique d'aller dans ce sens, « *(...), on refuse des soins, (...), on n'a pas envie de diminuer le temps et de se dépêcher dans une prise en charge chez quelqu'un pour rallonger la journée* ». Dans un autre registre d'approche mais rejoignant cette tendance, une indépendante a fait ressortir qu', à domicile, « *(...), ce n'est quand même pas la même toilette qu'à l'hôpital* », eu égard au respect des habitudes du patient pris en soin dans son quotidien établi. Cette révélation a été corrélée avec la satisfaction des patients et la conscience du professionnel dans une quête d'un accompagnement toujours perfectible.

Une indépendante encore d'établir une connexion entre son approche des soins et sa personnalité, « *(...) parce que c'est ma personne, je sais que ce n'est pas une tournée où on a forcément le temps avec les patients* », et par analogie à son professionnalisme et sa jeune arrivée dans l'organisation et dans la vie professionnelle, « *(...), comme c'est tout nouveau pour moi, je me dois de prendre le temps avec les patients et puis, d'autre part, je suis très vigilante (...), il y a quand même beaucoup de responsabilités (...)* ».

Après l'établissement des perspectives de soins guidant les infirmiers du domicile, nous nous sommes penchées sur les stratégies organisationnelles, comme autres ressources favorisant un raisonnement clinique opérationnel selon le type d'organisation de soins.

- Stratégies organisationnelles

Nous avons subdivisé ce point en trois parties avec les stratégies communes et celles soulignées et plus spécifiques à chaque structure organisationnelle de soins.

- Stratégies communes

Nous y avons répertorié les réunions d'équipe ou les moments de partage informels, une infirmière d'appuyer, « *pour avoir un regard extérieur sur notre situation sur notre façon d'agir et de savoir si on a d'autres pistes qui sont possibles* », les opportunités données de formations continues ou ponctuelles, les moyens de communication, incluant le téléphone de service, une indépendante de préciser, « *(...) dès qu'on termine même si c'était qu'un jour, on se téléphonait pour faire la petite transmission* », une salariée de reprendre, « *On peut faire appel à n'importe quel collègue. On a un téléphone de service, qui nous permet de téléphoner ou de leur envoyer un message* », le logiciel de soins « *Qui nous permet de se tenir informer ou d'envoyer un message groupé sur la plateforme* », et, par extension, les méthodes de transmissions telles que,

messages vocaux ou écrits, feuilles de suivi, cahiers, comme supports entre-autres de communication avec le médecin et les collègues, « (...) *S'il passe, il a la vision sur la semaine et ma collègue le lendemain (...)* », et dont l'accès a été plus direct, un verbatim d'attester, « (...), *on a migré vers une application informatique plus complète (...) là c'est un peu plus de chipotages, (...)*», tableaux d'affichage, mais encore la gestion du stock de médicaments et de matériels, provenant de dons et disponibles au bureau en cas de nécessité, de même que l'aménagement des tournées de soins, comme l'agencement des horaires, une salariée d'une ASBL de préciser une facette de leur organisation, « (...) *on apprécie beaucoup de pouvoir être au bureau tous les matins, on commence à la même heure* », la même de poursuivre, « (...) *On revient à peu près à la même heure puisqu'on essaie de soulager les collègues* ». En comparaison à une institution de soins, nous y avons mis en avant également la famille qui, par sa présence, a apporté du soutien en évitant les intermédiaires pour une prise de décision efficace et rapide. Pour terminer cet état des lieux, les diverses expériences professionnelles acquises des infirmiers, par des formations ou par l'intermédiaire d'une activité professionnelle complémentaire dans les soins, telles qu'une spécialisation, une qualification particulière, ou encore un emploi concomitant en milieu hospitalier ou en établissement de longs séjours, une indépendante d'attester, « (...), *déjà le côté équipe mobile, ça m'a beaucoup aidée parce que j'ai pu voir pas mal de disciplines (...)* », la même d'ajouter, « *Et, le fait de garder un pied dans les soins mais ça me permet d'être toujours un peu à jour sur potentiellement des nouvelles techniques(...) pour pouvoir le faire correctement à domicile (...)* », et, en conséquence, la déontologie mise à part, un lien avec l'hôpital par l'intermédiaire de collègues, « (...), *j'ai pu par le biais de ma collègue avoir des informations et une aide complémentaire pour pouvoir un peu plus le prendre-"en soin"- correctement-en parlant d'un patient commun-. Pour moi, je trouve que c'est super sympa d'avoir ce mix des 2* », aussi, cela s'est entendu en termes de connaissance du public cible, sont perçues comme des avantages indéniables au service et au profit des soins à domicile.

- Equipes structurées

Le management des responsables, passant par les encouragements positifs, l'adaptation des tournées mais aussi la redistribution des soins en cas de prise de retard, a constitué un atout dans une prise de décision rapide face à une situation de désappointement. Toujours dans un but d'améliorer l'efficacité dans le jugement clinique et pour se tenir au courant de l'évolution de l'état de santé de « leurs » patients hospitalisés, une équipe structurée a affecté un de ces membres infirmiers pour effectuer des visites à l'hôpital, représentant par ce biais une voie de communication et de relais avec le centre hospitalier de la région.

- Indépendantes en groupement

Les indépendantes que nous avons interrogées se partageant la même tournée ont avancé la possibilité du choix de la patientèle par une prise de décision collégiale quant à l'intégration d'un nouveau patient sur la tournée, de même qu'une plus grande liberté d'organisation entre la répartition des jours de travail sur le mois et l'aménagement des journées alliant moments de travail et de pause entre les tournées du matin et du soir. Une infirmière a fait remonter aussi un lien différent tissé avec les patients, « *Parce qu'on n'a pas différentes tournées, on a une tournée fixe* », une autre de comparer avec sa petite expérience en équipe structurée de soins coordonnés, « *Et là, en tant qu'indépendante, ce sont toujours les mêmes patients (...), je ressens plus de confiance en fait, (...), et je suis plus à l'aise en tout cas* », tout en soulignant le bénéfice pour les patients, « *Et, ne pas avoir une personne référente, je pense que ça les mettait dans l'embarras* ». Cependant, la communication avec l'hôpital dépeinte comme un bénéfice pour les équipes structurées est cependant déplorée par une indépendante, « *Ce n'est pas facile (...), on n'a pas tout un organisme derrière* ». De plus, la lourdeur administrative décrite par bon nombre a pu être contournée par un regroupement d'indépendantes grâce à l'adoption d'un système de tarification géré par une société, une occasion de réduire la charge mentale.

Faisant fi du type d'organisation, tous ces éléments participent au déploiement d'un raisonnement clinique performant en situation de soins complexe à domicile et, par voie de conséquence, au bien-être professionnel de l'infirmier par un sentiment d'efficacité.

• Réseaux de soins

Une richesse à part et sur qui les organisations se sont appuyées a représenté le réseau de soins, tel que « *la seconde ligne en soins palliatifs* », dont l'existence n'a pas été suffisamment mise en valeur que ce soit pendant la formation ou pendant l'exercice mais qui a constitué un maillon indispensable à la démarche clinique dans certaines situations de soins. De même, pour accorder les violons entre prestataires de soins et de services, nous avons pointé les centres de « *coordination* », véritable chef d'orchestre en cas de situations de soins problématiques échappant au contrôle des familles et services en place. Enfin, à une échelle plus macro, les « *SISD* », avec l'organisation de réunions par un coordinateur de soins et services au domicile du patient et correspondant à une troisième ligne de soins, ont solutionné un maintien à domicile en servant de support au dialogue entre intervenants de soins.

Dans ce volet, la distinction entre équipes structurées et groupement d'indépendantes a tenu dans ce que les équipes structurées ont offert un panel de services par leur travail en collaboration avec les différents types d'organisation de service infirmier. Par panel de services

évoqués, nous avons relevé les aides-familiales, les aide-ménagères mais encore les assistantes sociales.

Par extension, nous avons regroupé sous cet intitulé « *le travail en collaboration* » avec les médecins généralistes mais aussi les médecins spécialistes, sous formes d'« *instruction permanente* » ou de prise de contact téléphonique ou encore par le biais d'une note au dossier ou transmise par le patient lui-même ou son proche aidant lors d'une consultation.

4.2.2.2.3 Temps

Nous avons tenu à consacrer un point au paramètre temps tantôt vécu comme une contrainte par nombre de répondants, une interlocutrice de confirmer, « *Le frein principal, c'est vraiment le temps* ». « *On a même parfois des patients qui viennent juste pour une fin de vie à domicile[...], on a vraiment envie de prendre le temps* », un autre de souligner, « *ça prend du temps et on ne l'a pas, tout le temps* », tantôt considéré, dans une moindre mesure, comme un facteur à prendre avec plus de légèreté et d'insouciance, une employée de faire part, « *A domicile, on prend son temps, on ne fait pas attention aux heures* » et qu'une employée a corrélié à la philosophie de soins centrée sur le patient, « *En fait, on a un horaire de base et on peut sortir un peu hors des clous pour le besoin de nos patients* ».

Cela étant, davantage d'infirmiers ont assigné au temps un côté délétère. Parmi les composants à l'origine de la considération du temps comme n'autorisant pas la pleine possibilité au raisonnement clinique de se réaliser, nous avons noté la charge administrative, corroborée par une indépendante, la lourdeur des tournées, d'entendre la surcharge de travail selon le nombre et le type de patients, entraînant une rapidité dans leur accompagnement, « *Quand on ne prend pas le temps, on fait les soins machinalement, sans même regarder le patient et savoir comment il va* », a rétorqué une indépendante qu'est venu asseoir une salariée, « *Mais je pense qu'on passe à côté de certaines choses vu les délais qu'on a, parce qu'on est moins dans l'écoute, moins pointilleux* », comme empêchant d'accomplir le travail de façon optimale, un employé de surenchérir, « *On a tellement de soins à faire (...) je ne vais pas dire que je bâcle mon travail mais on pense à se dépêcher pour ne pas être en retard !* », les horaires à respecter qualifiés de stressants, « *On est un peu chronométrés chez chaque patient parce qu'il y a différents rendez-vous* », a appuyé un salarié, la fatigue d'enchaîner « *(...) peut, nous mener à dire, là, je ne réfléchis plus* », envers laquelle une répondante a solutionné, « *J'essaie de garder un temps de pause entre mes deux tournées qui me permet voilà de me changer et me vider l'esprit (...)* ». Mais, aussi, le sentiment de frustration induit « *(...) parce que les patients ne comprennent pas*

toujours qu'il y a des personnes après qui ont besoin de nous », ainsi que renforcé parfois par le mécontentement du patient suivant, alors que l'infirmier venait sensiblement de vivre quelque chose de difficile.

Comme point d'orgue au contexte de travail, et en référence à leur jeune expérience, certains infirmiers ont rapporté que le domicile a constitué « *un meilleur environnement de travail qu'à l'hôpital* » et que, pour paraphraser une salariée, étant donné la proximité et sa relation privilégiée avec le professionnel, il est considéré comme plus propice à l'épanouissement de l'étudiant par l'autonomisation de son jugement en situation, en contrepartie d'une ouverture d'esprit du professionnel de terrain.

Pour la suite, après avoir décrit le sens du raisonnement clinique pour les infirmiers à domicile, l'organisation de leur travail et le contexte dans lequel ils ont évolué au quotidien, nous avons exploré leur vécu à travers la narration d'une situation de soins où ils ont été fiers de leur jugement clinique et des décisions et actions qui s'en sont suivies.

4.2.3 Vécu en situation

Dans cette partie, nous avons exposé la manière dont ont réfléchi et agi les jeunes diplômés en situation. Leur cheminement est décliné en différentes étapes, de la perception initiale en passant par les types de raisonnement clinique, les décisions et actions prises en conséquence de leur jugement clinique et le soutien de leur organisation jusqu'à la prise de recul comme évaluation de qu'ils ont mis en œuvre.

4.2.3.1 Perception initiale

Sous cette étape, les infirmiers ont évoqué la manière dont ils ont perçu l'anormalité de la situation par la convergence d'un faisceau d'indices allant dans le sens que le patient n'allait pas bien, une infirmière d'appuyer, « *Ce n'est pas normal* », et une autre de compléter, « *Mais, moi dès que je suis arrivée le matin, j'ai vu que ça n'allait pas il n'était pas comme d'habitude* ». Au préalable à leur jugement, l'analyse et l'interprétation des données en indices significatifs sont passées non seulement par la connaissance antérieure du patient, une infirmière de faire le rapprochement, « *Chez les patients chroniques, habituels, on voit tout de suite quand ça ne va pas* »", mais aussi par le regroupement d'indices issus de l'observation du patient et de son environnement physique, une indépendante de rapporter cette recherche d'informations, « *Ce sont toutes des petites choses qu'on essaye de remarquer pour éviter d'en arriver à des soucis* », mais également d'un entretien du patient et/ou de son entourage, une infirmière de relater, « *On demande aux proches ou à la famille qui connaît vraiment bien le patient* ». À côté de ce recueil objectif et subjectif, d'entendre par l'observation et l'entretien, aboutissant à des inférences,

certain ont parlé d'un « *mauvais pressentiment* » ou encore d'un « *ressentiment* » voire d'un « *instinct* » face à la situation problématique, sentiment qui ne les a pas laissés de marbre et les a poussés à prendre une décision et agir.

4.2.3.2 Types de raisonnement clinique

En parallèle à la perception initiale, un processus s'est ébranlé traduisant leur façon de penser en situation imprévue. Parmi les processus mobilisés, trois sont ressortis, l'hypothético-déductif qui a renvoyé à la méthode pédagogique approchée « *comme à l'école* », grâce à une compréhension de la situation par l'observation de l'environnement et l'entretien avec le patient, une indépendante de partager une expérience, « *Donc, ce que j'en ai déduit par ces petits bruits quand il mangeait, c'est qu'il a probablement fait une fausse route et qui induit probablement une pneumonie ou une chose de ce type* », le narratif qui a fait écho au récit d'une situation similaire rencontrée en stage ou dans leur jeune pratique, voire vécue par un collègue, pour reprendre une répondante, « *un rapprochement avec ce que l'on a vécu et ce que l'on entend des collègues lors des partages, d'échanges* » formels et informels, enfin l'intuitif, une salariée de se remémorer, « *je savais pertinemment que j'allais devoir appeler* », touchant à la perception individuelle, dans le sens d'un ressenti évocateur qu'une décision et une action sont requises, une indépendante de relater, « *C'est pourquoi, il faut toujours suivre son instinct, si on sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas réellement. On a l'habitude à domicile parce que ce sont des patients chroniques, on a l'habitude de les voir quotidiennement* ». Et, la même de rajouter, « *Je trouve que c'est bien de suivre son instinct quand il le faut* ». Pour accompagner ces types de raisonnement, l'expression du cheminement intellectuel, si jeune soit leur expérience professionnelle, est déjà apparentée à de l'implicite, une infirmière de préciser, « *On fait des choses sans mettre un mot dessus* », et une autre de caractériser ce côté inhérent, « *Quelque chose qui se fait naturellement* ».

Nous avons répertorié que huit infirmiers sur les treize inclus dans les résultats et, tous statuts confondus, ont utilisé un raisonnement hypothético-déductif pour appréhender la situation complexe décrite, empreint de la méthode pédagogique enseignée.

Un type de raisonnement en situation n'a pas été exclusif et exhaustif. Parfois, un type a prévalu selon l'urgence, le verbatim d'une indépendante en groupement de converger, « *Ce sera plus intuitif parce que je ne vais pas aller chercher dans mes cours. On essaie que notre décision soit le meilleur possible en fonction (...) de ses besoins pour le moment* », ou non, la même de formuler, « *(situations) qui peuvent attendre entre guillemets, on se concerte. Quelque fois, on se pose le soir et on réfléchit, qu'est-ce qui serait mieux* », ou deux, voire les trois types ont été

d'application, mais encore, en fonction de l'affinité ou de la sensibilité du professionnel avec un type de raisonnement, une salariée de manifester, « *Moi, c'est plus du point de vue instinctif* », en concomitance avec l'hypothético-déductif, la même d'adjoindre en référence à sa pratique, « *J'ai vu ce qu'il y avait et j'ai mis en lien avec ce qu'elle m'avait dit les semaines précédentes* ». Cela étant, une salariée de déplorer, « *(...), ça devient une habitude, on n'y pense plus comme on peut y penser quand on est en stage infirmier* », et la même de poindre, « *On ne se pose plus autant de questions et c'est peut-être malheureux parce qu'on pourrait aller plus loin. Au lieu de faire des choses par habitude, on devrait toujours être dans le raisonnement clinique et toujours dans le questionnement* ». A contrario, une infirmière a valorisé la vigilance requise et acquise malgré son manque d'expérience, « *Pour moi, le raisonnement clinique à domicile, il se construit mais il faut qu'il soit présent quand même en nous* », la même d'enrichir sa perception en la complétant par les apports des cours ou des recherches pour les travaux, « *(...), mais un tel raisonnement a été construit avec mon expérience de stage. Mais aussi dû aux cours* ». « *Et, puis, on a des points d'appui en fait parce qu'on a déjà vécu certaines situations, d'autres qu'on n'a pas vécues mais qu'on sait à peu près comment réagir avec tous les articles qu'on a lus durant notre TFE* », une autre de spécifier, « *Et ça nous arrive de dire, à l'école comment on faisait pour régler ce genre de situation. On met tous les éléments ensemble et on voit ce qu'il faut faire* »

À côté de ces prépondérances, une indépendante a témoigné d'un raisonnement collaboratif avec un médecin en ces termes, « *Quel est ton raisonnement par rapport à ce pansement ?* », reflet de la reconnaissance de ce dernier en son expertise. Mais encore, « *Notre raisonnement, c'est beaucoup de l'adaptation de notre environnement de travail et, puis, l'adaptation de la personne dans le soin (...)* ». « *On mentalise le patient (...), on précise ce qu'on va faire* », une indépendante d'illustrer sa réflexion animée par un souci constant de bien faire.

Comme annoncé précédemment, au point sur les « supports pédagogiques déployés » dans la formation initiale, nous avons développé ici le pourquoi penser et agir en situation de soins. Pour l'évaluation de cette dernière, le support élu par dix répondants sur treize est le modèle conceptuel de Virginia Henderson et de ses 14 besoins fondamentaux, une infirmière de plébisciter, « *On l'utilise tous les jours et tout le temps* », une indépendante de parfaire, « *(...) et qui correspondent totalement, je trouve, aux soins à domicile* », seulement « *(...), on s'en éloigne quand on se fait notre propre idée de notre métier. Quand on va chez un patient, on pense à ses 14 besoins mais sans penser à Virginia Henderson. Ils reviennent dans notre travail quotidien* », d'évoquer une salariée et une autre de dégager un sentiment légitime de compétences, « *(...), c'est quelque chose qui est, je ne vais pas dire inné, mais, par rapport aux*

études qu'on a faites, je pense que ça devient instinctif et qu'on le fait indirectement », encore une autre de poindre, *« Je dirais que la prise en charge est globale. Donc, pour moi, ce n'est peut-être pas de noter les besoins de Virginia Henderson mais tout se fait »*. Un autre soutien au raisonnement cité par une répondante a été la *« Pyramide des besoins de Maslow »*, pour hiérarchiser les besoins. Le modèle humaniste de Chantal Cara a été référencé par une répondante, *« J'étais beaucoup dans cette optique-là déjà dans mes stages et cetera et je pense que c'est resté ancré. En fait, ça fait partie de moi. Je ne sais pas différencier l'infirmière de la personne-que je suis- »*. L'Humanitude, autre modèle guidant leur pratique, a été mentionné par deux indépendantes, l'une de dépeindre, *« Et ça a été un très gros support durant ma formation »*. *« Je pense que ça a été vraiment un très bon support et modèle qu'on trouve énormément au sein de notre tournée »*, et l'autre d'adjoindre, *« Enfin, c'est vrai qu'à domicile, l'Humanitude c'est très important, pour moi, parce qu'on rentre dans l'environnement du patient" »*, et la même de poursuivre, en pointant le Caring, *« Comme Jean Watson, l'Humanitude, etc., ce sont des choses que l'on met en place dans notre pratique inconsciemment depuis notre TFE et en lien avec nos valeurs »*. En dehors de ces aides qui structurent le raisonnement, une infirmière indépendante a souligné que c'est de bien *« connaître sa théorie, encore plus pour les soins à domicile, car on est tout seul »*.

La figure ci-après présente les modèles de raisonnement clinique infirmiers les plus utilisés en soins à domicile selon notre enquête menée auprès de treize répondants.

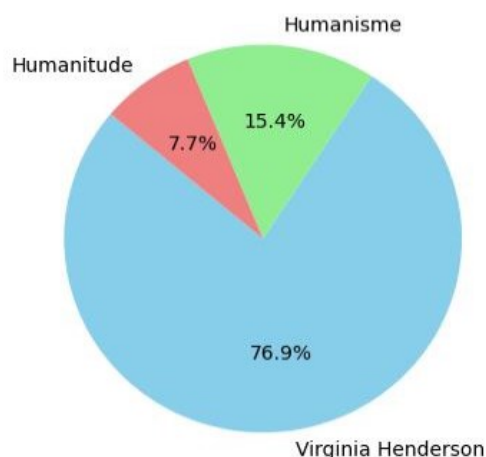


Figure 11 : 10 répondants (77%) utilisent le modèle de Virginia Henderson ; 2 répondants (15%) s'appuient sur l'approche Humaniste ; 1 répondant (8%) est guidé par l'approche Humanitude

De plus, des outils spécifiques adaptés aux soins à domicile et basés sur un bilan d'indépendance, consultation infirmière et échelle de Katz, ont été évoquées comme permettant de cibler un état de dépendance, une salariée de reprendre, *« Tout ça nous aide quand même à*

cibler les besoins et de voir dans quels domaines ça coïncide et où on pourrait travailler avec le patient ». Outre ces supports, des moyens pédagogiques institutionnels ont servi aux jeunes professionnels de terrain, une infirmière de souligner « la toile de raisonnement pour mettre en dessin les éléments de vie », mentalement.

Pour clore cette première étape de la démarche de résolution de problèmes, l'évaluation de la situation a abouti à un jugement clinique sous la forme de diagnostics infirmiers, une infirmière de déclarer, « *Donc, indirectement les diagnostics infirmiers, enfin, je ne vais pas dire que je me base que là-dessus mais, intuitivement, ça aide* », en servant de base au plan de soins.

Ce dernier paragraphe nous a permis de faire le pont avec le point suivant qui est représenté par les décisions et actions mises en œuvre à la suite de la compréhension de la situation pour prioriser urgemment les préoccupations du patient.

4.2.3.3 Prise de décisions et actions

Dans notre approche, nous avons ciblé la priorité à l'accompagnement du patient, en veillant à contrôler les signes et paramètres cliniques, à répondre à ses besoins immédiats voire à l'assister dans une mort paisible, puis, au soutien à la famille, si elle était présente, pour l'informer, la rassurer et l'impliquer dans la situation. Ensuite, nous avons relevé l'appel au médecin, dans une logique de collaboration, soit pour obtenir son aval dans la prise d'initiatives par acquiescement du jugement, soit pour visiter le patient, soit encore pour établir la déclaration de décès, en parallèle, le contact avec les responsables ou les collègues, selon le type d'organisation, afin de renforcer l'analyse de la situation, un infirmier de mentionner, « *Ma cheffe m'a dit : "C'est bien, tu as bien géré la situation."* », pour requérir des conseils ou organiser une répartition optimale des soins restants, mais encore, la composition du 112, si l'état du patient nécessitait une hospitalisation urgente, enfin, la sollicitation de la personne de référence, lorsque le patient était seul à domicile, pour l'avertir et affirmer la prise de décision. Par ailleurs, certains ont exprimé le sentiment d'ambivalence dans lequel ils se sont retrouvés, partagés entre le respect du choix du patient de ne pas être hospitalisé et leur devoir d'assistance à personne en danger, un salarié de témoigner, « *Je savais que je ne devais pas laisser la patiente seule parce qu'elle n'allait pas bien, d'un autre côté, je ne peux pas non plus la forcer à prendre les urgences* ». « *Donc, j'ai dû me débrouiller, réfléchir en même temps, prendre soin de la patiente, vérifier qu'elle aille bien* ». Ce dilemme a mis en lumière la solitude qu'a pu ressentir l'infirmier face à la complexité des décisions à prendre dans le contexte du domicile, une indépendante de remonter, « *À domicile seule face au patient et ce n'est pas facile (...) Ce n'est pas comme à l'hôpital où on a tout le monde qui est sur place* ». « *Ce n'est pas évident du tout*

et (...), on est remis à soi-même ». Un autre type d'action, inscrit dans une perspective à long terme, a consisté à épauler le patient dans l'apprentissage et la gestion de sa santé par l'éducation. Dans certains cas, une négociation avec le patient a été de mise pour l'installation d'aides techniques, essentielles à la bonne réalisation fonctionnelle des soins et à la préservation de la santé des parties, l'accord du patient restant primordial car *« C'est empiété dans sa maison ».*

Lorsqu'il a pris les devants, l'infirmier a bénéficié de la mise en confiance par l'équipe au sens large, une infirmière de confirmer, *"ça rassure de pouvoir compter »*, une autre de conforter, *« On est épaulé par l'équipe »*, et une indépendante en groupement d'illustrer, *« On a créé une vraie relation de confiance et elles font confiance (...). Elles sont très ouvertes et, si on n'est pas d'accord, on discute. Et elles entendent des bons retours des patients. (...), elles prennent confiance (...)", en nous comme nouvellement engagées.*, renforçant son sentiment d'utilité et d'efficacité pour aborder des situations similaires à venir, une indépendante de verbaliser, *« Mais aussi parce que ça me permet aussi d'avoir confiance en moi, tout simplement, et de créer, entre autres, une relation de confiance avec le soigné, (...) »*, relation de confiance nécessaire pour obtenir l'implication du patient dans l'adoption de comportements en faveur de sa santé. Nous avons abordé ce pendant éducatif plus loin dans l'« impact d'un raisonnement clinique » efficace.

Après avoir agi dans l'urgence de la situation, l'infirmier a pris du recul pour réfléchir à son intervention, en analysant les choix posés et les implications de ses actes.

4.2.3.4 Prise de recul

Maintenant que l'infirmier a agi, nous avons consacré un point à sa réflexion sur et après ses actions, une infirmière de soutenir, *« C'est vrai qu'on se remet toujours en question, que ce soit en tant qu'infirmière ou en tant que personne. Se dire ce que j'ai fait, ce qu'il fallait faire ? Ce que j'ai dit, ce qu'il fallait dire ? »*

Sur l'action, une infirmière a tiré comme conclusion d'en parler plus vite avec les collègues sur l'interprétation des signaux et y être *« plus vigilante »*, une autre infirmière d'appuyer, *« Au vu de tout ce qui s'est passé, on est encore plus attentifs par la suite à ce genre d'indices(...). Aussi d'être beaucoup plus vigilants »*. Une autre manière de prendre du recul dans la situation décrite par un infirmier a été de se retirer de la scène physiquement, *« Ce n'était pas facile à gérer. Mais bon, je me suis débrouillé »*, et de ponctuer, *« J'ai bien effectué mon travail »*. Témoignant de sa posture professionnelle novice, un infirmier récemment diplômé a marqué une ambivalence dans sa réponse, *« Avec le recul, c'était la meilleure prise en charge possible, je*

pense. Cela étant, je ne sais pas, oui. » Une infirmière a toutefois déploré, « Je ne savais rien faire au niveau résultat (...), on est souvent livré à soi-même ».

Après l'action, nous avons relevé un sentiment éprouvé de satisfaction surtout grâce aux encouragements, aux remerciements et à la reconnaissance du patient et de la famille, une salariée de témoigner, *« J'ai assez bien réagi au vu des dires et retour de la famille »*. Un autre sentiment évoqué a été la fierté ressentie à la lecture de ce que l'infirmier a accompli non seulement auprès du patient, une salariée d'exprimer, *« Je suis partie satisfaite et apaisée parce qu'elle était bien. »*, une autre de converger, *« (...), je suis contente parce que je me dis peut-être que si je n'avais pas insisté, la nuit, il se serait peut-être énormément dégradé, on ne sait pas vraiment dans quel état on l'aurait retrouvé le lendemain. »*, mais, également, auprès de la famille présente, *« Donc, je me suis dit, je suis venue et ma venue a eu un impact positif autant pour la patiente que pour la famille »*, et, enfin, d'avoir apporté sa pierre à l'édifice dans sa collaboration avec le patient et les autres professionnels de la santé. Dans la même lignée, nous avons noté le regard porté par l'infirmier en termes de bénéfices pour le patient, une infirmière de constater, *« ça lui a fait du bien qu'on prenne soin de lui et qu', après, il ait cette aide quotidienne. »*, une autre de faire état, *« Elle était confortable, elle ne gémissait plus, elle n'avait plus de mal à respirer, ses paramètres étaient corrects. »*, encore une autre d'associer sa prise de décision au déroulement favorable pour le patient, *« (...), c'est satisfaisant de pouvoir avoir une réflexion comme ça et c'est surtout que ça s'est bien passé pour le patient (...) »*, et à sa satisfaction personnelle, une infirmière de déclarer, *« Et, c'était quand même une satisfaction en vous disant, voici, maintenant, elle a tout le temps ses repas, et, même elle ça lui a fait du bien. »*

De façon plus méta, une infirmière a mis en avant sa posture soignante par son professionnalisme, *« (...), je pense que j'ai été, à plusieurs niveaux, efficace et efficiente et, en même temps, je suis satisfaite de ce que j'ai pu faire, de ce que j'ai pu mettre en place, de comment ça a été géré cette situation assez problématique et surtout après, quand l'urgence est passée, puisqu'on va dire quand même que quand je suis arrivée, c'est un état d'urgence", et par sa proximité avec la patiente et la famille.*

Parmi les mécanismes aidants, une infirmière a pointé, dans sa situation décrite, un vécu antérieur personnel et professionnel semblable et qui l'avait poussé, pendant sa formation, à effectuer un stage dans un domaine spécifique afin de se prémunir, *« Quand, j'étais étudiante, j'étais souvent confrontée à ce genre de situation". "A force de rencontrer des décès, j'ai voulu*

comprendre comment on prenait ça en charge (...), c'est ainsi que j'ai décidé de faire un stage au choix en soins palliatifs ».

Cela étant, nous avons recueilli que, pour certaines situations, les ressources à disposition de l'infirmier à domicile avaient pris la forme de sources de difficultés au déploiement de sa prise de décisions. Une infirmière s'est remémoré la non-ouverture à la discussion des médecins, la non-collaboration des patients ou encore la communication délicate et compliquée avec la famille.

Dans le volet suivant, après un détour sur la réflexivité d'une situation à domicile où l'infirmier est ressorti fier de sa prise de décisions et de ses actions menées, nous avons abordé l'impact d'un raisonnement clinique efficace sur la qualité des soins ainsi que sur l'empowerment du patient et, par extension, de l'infirmier, ce dernier gage de bien-être professionnel en apportant du sens au métier.

4.2.4 Impact du raisonnement clinique

4.2.4.1 Qualité des soins : efficience

Pour l'aborder, nous avons imaginé nous intéresser d'une part à ce qui a contribué à la qualité des soins et, d'autre part, à ses conséquences.

Pour ce qui a alimenté la qualité des soins, nous avons repris un raisonnement clinique efficace, une indépendante d'attester, « (...), *si le raisonnement clinique est poussé, la prise en charge va être complètement différente et va être adaptée au patient et à ses besoins*". », une salariée de confirmer, « *Pour moi, la qualité, des soins, (...), c'est aussi (...), un bon raisonnement clinique mais aussi un bon environnement de travail, une bonne qualité de vie. Si je ne suis pas bien dans ma vie personnelle, je ne vais pas faire des soins de qualité, je vais être ailleurs* ». Cet extrait a permis de faire le lien avec un autre facteur contributif, un « *environnement de travail sain* » jouant un rôle clé sur l'état de santé et le confort du patient, comme sur celui de l'infirmier, que ce dernier a évalué pour l'adapter à un mieux-être physique et émotionnel des 2 parties en faisant appel, entre-autres, à d'autres professionnels, une indépendante de témoigner, « *Ce n'est pas parce qu'on est indépendantes, qu'on ne fait pas appel à d'autres professionnels* », une autre de pointer, « (...) *pour compléter la prise en charge pour une meilleure qualité de vie de nos patients* », ou en prodiguant des conseils au patient et leur entourage sur leurs droits tels que, financiers en fonction d'un statut social particulier. Un autre avis a mis en lumière que la qualité des soins était perçue comme un guide pour l'efficacité du raisonnement clinique, l'envie de vouloir bien faire, de prendre le temps, une indépendante de

certifier, « *Et si on ne peut pas le faire d'office, ça engendre de la frustration* », comme une philosophie de soins animant le pourquoi penser et agir de l'infirmier pour le bon prendre soin du patient dans la durée en concordance avec ses valeurs. Un autre élément a été pointé par les répondants, la continuité des soins, passant par une communication efficiente entre tous les intervenants mais aussi par la manière dont l'infirmier fonctionne avec ses collègues, une indépendante de préciser, « *La manière dont on fonctionne avec ma collègue, ça permet de prendre son temps et ça permet de bien fonctionner donc on n'a pas cette pression* ». « *Il y a une bientraitance, une solidarité (...). C'est le bien-être, la satisfaction, je trouve que c'est hyper important* », de faire part une indépendante, être dans la collaboration, sur le même pied d'égalité avec le patient, une autre de caractériser cette collaboration, « *S'il voit que l'infirmière suit bien les choses (...)* ». « *Ça permet d'améliorer cette relation avec le patient* »

Pour ce qui est de l'ordre des conséquences de la qualité des soins consécutive à un raisonnement clinique efficient, nous avons distingué les bénéfices pour le patient et les apports pour l'infirmier. Pour le patient, nous avons retiré, des entretiens, un meilleur accompagnement global, une infirmière de notifier, « *(...), si on a un bon raisonnement clinique, c'est comme ça justement qu'on peut observer s'il y a un souci, s'il y a un besoin d'hospitalisation ou s'il y a un problème* », se traduisant par l'évitement et la prévention de risques graves, une salariée d'indiquer, « *Le fait d'identifier s'il y a un souci et éviter les accidents, les hospitalisations, les urgences et les pertes de temps en cas d'hospitalisation* », une évolution favorable, une indépendante d'aller dans ce sens, « *Et le fait d'avoir une personne qui intervient avec un bon raisonnement clinique, qui a un regard tout à fait autre, (...), ça fait avancer énormément les choses et ça fait évoluer beaucoup de patients dans leur pathologie* », une autre d'affirmer, « *(...), c'est vraiment la prise en charge globale qui se fait d'une meilleure façon (...)* ». « *(...), on voit qu'il y a une évolution et qu'il y a un bien-être chez eux* », une issue positive pour le patient « *(...) puisqu'on aura répondu à son problème. On aura agi. Pour moi, agir ne veut pas dire guérir* », de déclarer une salariée, une satisfaction des soins reçus, son harmonie, une infirmière d'interpréter, « *C'est arrivé à ce que la personne soit en harmonie (...). Elle est en harmonie avec toutes ses sphères, elle est confortable, elle n'est pas douloureuse, elle a ce qu'elle veut, c'est-à-dire, que si elle voulait être à la maison, elle est à la maison* ». Pour l'infirmier, « *L'harmonie de la personne et sa satisfaction vous grandit en tant que professionnelle de la santé et donne du sens à votre travail (...)* et c'est comme ça que je nourris ma qualité de vie au travail », de formuler une infirmière et d'adjoindre, « *Si mes patients vont bien (...), je ne vais pas remettre en question ce que j'ai pu prendre comme décision (...). Donc, il faut que nous aussi soyons en harmonie pour que tout se passe bien* ». À travers la satisfaction

du patient, dans l'adaptation du soin, et à travers l'amélioration de son état de santé, une infirmière a mentionné : « *C'est aussi à ça que nous sert notre formation à l'école* », un jeune diplômé de partager sa perception, « *On part et on a l'esprit tranquille. Et, pas se dire j'espère qu'il ne va pas lui arriver quoi que ce soit parce que je n'ai pas tout fait correctement* ». La bonne évolution des soins pour le patient a conforté le bien-être professionnel de l'infirmier et sa satisfaction des soins bien faits, un infirmier de confesser, « *Dans la prévention des risques, je trouve que c'est super satisfaisant d'éviter quelque chose qui peut être grave* », accordant du sens au travail, une indépendante de poindre, « *On voit que le patient est bien* », une autre de préciser, « *(...), ça crée une motivation en fait pour prendre des décisions et avoir une meilleure prise en charge et de continuer son raisonnement clinique comme il se doit* », encore une autre de dépeindre, « *Je me sens bien et ça confirme mon choix d'orientation. Il n'y a pas de frustration* ». « *(...), à domicile, comme je prends le temps chez les patients comme je veux (...), ça m'apporte satisfaction dans mon travail (...)* », la même de comparer avec son emploi principal à l'hôpital où, selon son vécu, « *(...), on va cibler ce qui est super important et donc un petit soin annexe, (...), c'est que ça va être mis de côté* ". « *(...), pour moi, le travail n'est pas achevé et ça se passe tout le temps ainsi* ». De même que la relation de confiance a convergé pour une qualité des soins optimale, l'inverse est ressorti, « *ça permet d'améliorer cette relation avec le patient* », une indépendante de corrélér, « *(...), parce que la personne voit qu'on essaie de faire au mieux pour qu'elle se sente bien. Et ce n'est que du bénéfice* », et, par extension, « *ça va permettre à la famille d'être rassurée (...)* ».

4.2.4.2 Empowerment

Pour ce sous-thème, nous avons interrogé les répondants sur ce que revêtait la notion d'empowerment des patients soignés à domicile en développant les enjeux liés à ce contexte spécifique, les méthodes pour y parvenir et l'empowerment de l'infirmier à travers son autonomisation professionnelle.

4.2.4.2.1 Patient

Comme l'infirmier du domicile ne peut assurer une présence permanente, l'éducation au patient dans le but de l'autonomiser a constitué un enjeu, une salariée d'admettre, « *beaucoup d'éducation à la santé à domicile envers les patients* », une indépendante de signifier, « *L'importance, c'est l'éducation globale, vraiment tout expliquer au patient sur sa prise en charge pour qu'il puisse agir également de son côté quand nous ne sommes pas là* », en le rendant acteur de sa santé, « *(...), parce qu'on n'est pas là H 24. Donc, si on ne leur montre pas un minimum comment savoir être autonomes, si on n'est pas là, il y a de fortes chances qu'ils*

ne le feront pas eux-mêmes et qu'il faudra attendre notre passage », d'expliquer une indépendante.

Le but que le patient se soit autonomisé, une infirmière de raconter, « *Quand il ne sait pas le faire, il faut lui montrer, on fait de l'éducation thérapeutique. Et le but, c'est qu'ils deviennent autonomes* », a résidé en l'adoption des comportements salutogènes, une infirmière d'exposer, « *Si on a des patients qui sont réceptifs, on va les voir évoluer et ils vont vouloir être acteurs de leur santé* », et de rajouter, « *Sans même s'en rendre compte, ils vont changer leurs habitudes de vie* », une autre de corréler à l'envie du patient d'être auto-efficace pour sa santé, « *Il y a des personnes qui vont jusqu'au bout, elles s'impliquent dans la façon de se soigner, dans la façon d'être accompagnées, dans les prises de décisions* »

Pour débiter, l'étape préalable à toute élaboration de projet d'autonomisation s'est d'abord déclinée en l'évaluation du patient, une indépendante de rapporter, « *D'abord, on évalue le patient. L'évaluation se fait en continu, aussi parce que le patient évolue, aussi avec les semaines, les mois, voire les années* », dont le processus a été présenté dans le thème « vécu en situation », avec les sous-thèmes « perception initiale » et « types de raisonnement clinique ».

Parmi les activités infirmières, nous avons répertorié de le stimuler, un infirmier de confirmer, « (...) *Il y en a, si on ne les pousse pas un peu, ils se laissent faire* », lui faire prendre conscience de l'importance de conserver son autonomie, une salariée de soutenir, « *On essaie toujours d'autonomiser le patient* », de ne pas faire à sa place, de le laisser faire un max, une infirmière de confirmer, « *s'ils savent faire quelque chose, qu'ils le fassent parce que c'est comme ça, qu'ils gardent leur autonomie et leur indépendance (...)* », une autre d'ajuster, « (...) *On ne doit pas faire à la place du patient parce que le patient sait faire des choses (...)* », d'expliquer, y inclus les bénéfices physiques mais aussi psychiques et les complications, de réexpliquer, de montrer, une indépendante de remonter, « *C'est en expliquant et en disant les choses qu'on y arrive et en leur montrant* », de prodiguer des conseils, de vérifier sa compréhension en lui posant des questions sur les explications, une infirmière de reprendre, « *Il faut arriver à les faire parler* », de les encourager, d'« être derrière, de lui redonner confiance », une infirmière de déclarer, « *Il faut les inciter, tout le monde aime les encouragements* », de répondre à ses questions, en utilisant les techniques de communication comme la reformulation, avec la finalité de laisser le patient choisir et gérer par son engagement dans la prise de décisions, une infirmière de préciser, « (...), *on va toujours prendre son avis comme le plus important* », tout en impliquant l'entourage, une infirmière de noter, « *Souvent, ce sont les conjoints qui participent* ». Selon la zone couverte par l'infirmier à domicile, « *Si on n'est pas là pour aider,*

pour guider, elles se retrouvent seules », ne pouvant compter que sur lui-même, la solitude du patient représentant un défi à surmonter.

Ne pas aller à l'encontre des souhaits du patient, laisser à son bon vouloir, une infirmière de faire part, *« lorsqu'on essaie une fois, deux fois, on se dit "bon, c'est tout". On ne peut pas faire de miracle non plus »*, *« Si on a des patients qui ne veulent pas nous aider, ça n'aide pas »*, et de déplorer une infirmière., et aussi tenir compte de son degré d'autonomie, de son âge, de son niveau cognitif, de sa motivation, un infirmier de manifester, *« Tout dépend du patient parce qu'il y en a qui ne sont pas du tout motivés, qui ne sont pas du tout coopératifs »*, de ses habitudes ancrées, une infirmière de témoigner, *« Ce n'est pas toujours facile, je trouve, surtout chez les personnes âgées »*. *« (...) ce sont des personnes âgées qui ont leurs habitudes depuis un certain temps »*, de ses représentations, *« Je pense que ce sont des personnes âgées et, avant, ça n'existait pas l'autodétermination. Donc, pour elles, c'est nous qui devons le faire, c'est notre profession, c'est notre rôle et ce n'est pas à eux de le faire (...) »*, et de penser une indépendante estimant plus simple l'approche avec les jeunes, *« on est beaucoup plus entendu et elles comprennent que c'est pour elles »*, ont représenté d'autres défis à relever pour l'infirmier à domicile.

Le rôle infirmier s'est retrouvé dans la démarche éducative : *"Être là pour favoriser leur pouvoir d'agir"*, de définir une infirmière, en les accompagnant pour identifier leurs représentations et leur motivation à la base de leurs comportements en faveur de leur santé sur le long terme, une indépendante de reprendre, *« (...) on sent qu'il y a cette prise en charge d'elle-même, elle a envie et elle n'avait pas confiance en elle auparavant. (...) Et on sent vraiment cette motivation le fait de devoir se prendre en charge elle-même. Cela s'est fait petit à petit »*, par l'utilisation éventuelle d'outils tels que, la balance décisionnelle mais aussi par les compétences relationnelles en adoptant une posture d'éducateur.

4.2.4.2.2 Infirmier

Nous y avons discuté non seulement de ce qui a aidé l'infirmier à favoriser l'empowerment chez le patient à domicile mais également de son processus d'indépendance professionnelle à travers ses capacités à prendre des décisions et agir en conséquence.

Les moyens participant au processus d'autonomie professionnelle ont rejoint le point sur les *« ressources organisationnelles »* développé plus haut avec la volonté de continuer à se former, une infirmière de relever, *« Jamais arrêter d'apprendre »*, par rapport à l'évolution des technologies et des avancées médicales, une infirmière d'explicitier, *« C'est de savoir avancer avec son temps. » « C'est vrai qu'il est important de se tenir au courant des nouveautés et d'aller*

aux formations », les échanges, les partages, sous la forme d'un coaching par les pairs, une salariée de brosser le tableau, « (...) parce qu'on se conseille les uns, les autres. On s'oriente, on partage ses expériences (...) », les dispositifs de communication, la remise en question, une infirmière de reprendre, « C'est de savoir se remettre en question sur notre pratique », le bon vouloir du soignant de s'impliquer et de s'émanciper, une salariée de poindre, « J'avais fait une demande pour toucher un peu à tout et donc être dans la tournée mobile, ce qui me permet de m'adapter à toutes les tournées », le déploiement des capacités d'adaptation, une infirmière de développer, « On doit s'adapter à tous types de personnes, à tous types de croyances, à tous types de logements, on doit être ouvert à tout et s'attendre à tout », la manière de fonctionner en équipe pour « trouver un équilibre », les partenaires du réseau, mais encore des projets institutionnels aidant, comme celui du patient-partenaire.

Le but de cette capacitation a fait écho avec le sentiment d'utilité, une indépendante d'admettre, *« (...), on se dit qu'on n'est quand même pas là pour rien et on fait quand même ce métier pour rendre service à l'autre »,* un jeune diplômé de comparer avec les stages, *« Là, on peut vraiment appliquer nos interventions. »,* d'efficacité et de compétences, une infirmière de souligner, *« Si on a un bon raisonnement clinique, ça nous donne de la satisfaction. On a l'impression d'être efficace et compétent dans notre travail. C'est ça le but d'identifier les problèmes de santé des patients »,* une autre de se positionner en tant que ressource, *« C'est à nous de proposer. » « Le médecin n'est pas tout le temps-là. » « En conséquence, ce que je fais, c'est bien donc je peux lui prodiguer des conseils pour que ça aille mieux et par la suite qu'elle puisse s'autogérer »,* allant de pair avec les nouveautés de la nomenclature INAMI, une infirmière de pointer, *« Soins de plaies : de notre propre chef, on peut mettre en place un protocole »,* une autre d'ajouter, *« On a la possibilité de prendre des décisions, d'agir »,* dans la cadre de, *« (...) les consultations infirmières, c'est vrai qu'il y a quand même une réflexion sur les interventions qu'on pourrait proposer par rapport à nos diagnostics »,* d'avancer un infirmier.

Parmi les avantages découlant de la responsabilisation au travail, nous avons regroupé le bien-être professionnel, une infirmière d'illustrer, *« (...), j'étais satisfaite et je le suis toujours d'ailleurs. J'ai toute la famille qui m'a aussi beaucoup remerciée et ça fait plaisir d'être remerciée. », »,* dépendant du bien-être du patient en agissant comme un levier sur la satisfaction professionnelle, mais aussi le lien de confiance germant non seulement avec le patient, une salariée d'analyser, *« (...), tous nos patients savent qu'ils peuvent nous demander plein de choses et qu', avant d'appeler leur médecin, ils vont nous appeler parce qu'ils nous font confiance et qu'on sait répondre à plein de questions et qu'on sait ce qu'on dit »,* mais aussi avec le médecin par le travail en collaboration, enfin la satisfaction du travail bien fait, une

infirmière de relever, « (...), *quand on peut prendre en charge globalement le patient, il y a une certaine satisfaction derrière.*

Après avoir décrit l'impact d'un raisonnement clinique efficace sur la qualité des soins et l'empowerment, nous avons embrayé sur les pistes d'amélioration de son enseignement à partir des suggestions des jeunes diplômés exerçant en soins à domicile.

4.2.5 Perspectives d'amélioration de l'enseignement du raisonnement clinique infirmier

Pour établir ce thème, nous avons récolté des avis émanant d'infirmiers n'ayant pas suivi la formation initiale dans la même Haute-Ecole. Des disparités entre répondants ont été mises en lumière quant à l'approche pédagogique, en ce les méthodes d'enseignement, mais tous ont été unanimes que les soins à domicile et les soins primaires ont été le parent pauvre de leur formation de base.

Pour structurer ce point, nous avons imaginé de le présenter en deux sous-thèmes « en général » et « soins à domicile ».

1.1.1.1 En général

Pour paraphraser quatre jeunes diplômées satisfaites, la formation est perçue comme assez complète et déjà bien poussée. Pour illustrer ceci, les stages ont représenté une opportunité de pouvoir expérimenté diverses disciplines dans différents services et institutions de soins, une infirmière de soutenir, « (...), *c'est comme ça qu'on commence, qu'on débute et c'est comme ça qu'on s'améliore* », et de poursuivre, "(...), *on nous donne la base, on nous aide à forger notre opinion, notre façon d'être, notre raisonnement, (...), finalement, qu'est-ce qui va nous forger, nous aider, c'est la pratique*".

Toutefois, toujours dans cette optique de développer les soins primaires dans la formation, les « *Ecoles devraient proposer des stages en seconde ligne* », d'indiquer une infirmière.

Parmi les suggestions remontées des répondants, nous avons listé des tables rondes pour discuter entre pairs des situations vécues en stage avec le professeur comme modérateur et expert pour une prise de recul afin de se remettre en question sur la façon de penser et d'agir en prenant l'avis des autres, une infirmière d'entendre, « (...), *le conseil, c'est de mettre en pratique grâce à des situations concrètes et réelles* », sous la forme de retours école pendant les périodes de stage ou lors de séminaires entre les stages avec des coordinateurs de bloc, et une infirmière de recommander, "*Laisser réfléchir dans un premier temps la personne en solo puis faire une réflexion plus commune parce qu'on s'enrichit les uns les autres* ». « (...), *on n'a pas tous les*

mêmes points de vue, on ne met pas les priorités au même endroit. Et, c'est ensemble qu'on peut arriver à une solution », plus de simulations dans le parcours d'études, une infirmière de préconiser, *« ça peut être vraiment bien, et encore une fois de manière formative. On craint moins de faire des bêtises (...). Ça permet de se questionner ou de questionner le professeur ou alors ses camarades de classe (...) »*, une autre de compléter, *« ça aurait pu être pas trop mal parce que ça aurait évité un peu le stress de devoir gérer quelqu'un qui nous parle de ses problèmes »*. Une infirmière a donné le conseil de ne pas hésiter à *« Plus participer en termes de pratique pour être plus à l'aise, (...), mais, quand c'est nous qui sommes acteurs, je pense que c'est encore plus formateur »*. Comme une autre forme à privilégier de travailler le raisonnement clinique par rapport à l'écrit avec les rapports de soins ou les mises en situations en cours, le raisonnement clinique oral a été cité plus bénéfique au développement de cette compétence, à partir de la présentation d'un profil de patient rencontré en stage.

Dans les Hautes-Ecoles où cette pratique a fait ses preuves, nous avons inventorié plus de séances de rencontres formelles entre blocs d'études que ce soit pour dédramatiser les stages mais aussi les cours, par du coaching formalisé entre pairs et chapeauter par des enseignants avec des questions-soutiens pour alimenter les débats.

En fin de bloc 3, pour légitimer le jugement clinique d'un étudiant en situation de stage, nous avons pointé qu'une réflexion du professionnel de terrain avec un étudiant sous forme d'un questionnement a été suggérée, une infirmière de prendre en exemples, *« Qu'est-ce que tu penses de la situation ? Qu'est-ce que tu ferais ? »*, une autre d'appuyer, *« (...), il faut que le stage et l'environnement du stage permettent de développer son raisonnement clinique. Tous les lieux de stage ne sont pas comme ça »*, une infirmière de témoigner, *« (...), en 4^{ème} année, si on n'a pas un minimum été stimulé au niveau du raisonnement clinique avant et si on n'a pas ce sentiment de confiance avec l'équipe, on ne va peut-être pas se le permettre. Je trouve qu'il y a des endroits plus propices que d'autres »* pour glisser vers une autonomisation de sa réflexion, une infirmière de confirmer, *« Quand on est étudiant, on est accompagné, on n'est jamais seul »*. *« Mais, c'est la réflexion quand on est au chevet du patient, savoir dire : "il me dit ça et faire un lien avec quelque chose" »* car *« (...) c'est en étant autonome, là aujourd'hui, qu'on s'est rendu compte de l'importance du raisonnement clinique. Quand on était étudiant, on était toujours avec quelqu'un »*, de rapporter un jeune diplômé.

4.2.5.1 En soins à domicile

En réponse aux éléments manquants développés plus haut de la formation initiale trop *« hospitalo-centrée »*, une infirmière a suggéré plus de jeux de rôles et de cas concrets orientés

vers le contexte du domicile, et d'exprimer en ces termes, « *Les mécanismes sont différents. (...) Il faut creuser d'une autre manière (...)* », et de préciser dans le cadre d'une éducation, « *(...)à domicile, on sait mieux cibler où ça coince* ». « *On peut mieux cibler les facteurs sur lesquels on peut agir* », et, globalement, de mettre plus en avant ce domaine dans la formation et plus étendre aux soins primaires, parce que « *c'est l'avenir* », une autre de partager, « *Enfin, pour moi, le futur, ce sont aussi les soins à domicile parce que les patients sortent de plus en plus vite de l'hôpital.* », et, « *(...), vu le nombre de personnes qui, après leurs études, se lancent dans le domicile peut-être que des cours plus détaillés sur les soins à domicile seraient intéressants* », en augmentant le nombre d'heures de cours car certains aspects ne sont abordés suffisamment dans le détail comme les soins palliatifs, le côté administratif, la gestion de la famille, une infirmière d'attester, « *(...), peut-être qu'on pourrait avoir un cours sur comment gérer le côté familial parce que ce n'est pas toujours évident* », la manière de faire des transmissions ciblées, « *Donc probablement aussi des cours sur la pertinence et la non-pertinence d'appeler* », de réagir une infirmière, « *pour ne pas partir de tous les côtés et être absolument précis au niveau de la transmission et également d'ailleurs avec ses collègues* », comme avec le médecin. Un autre appui de l'infirmier du domicile à peine évoqué a représenté le réseau de soins « *(...), parce qu'il n'y a pas tout le monde qui part vers un master et il y a énormément de choses, dans certains cours, qui seraient intéressantes de connaître en formation de base* », de soumettre une infirmière et de combler par ce que, « *(...), ce serait pas mal de donner des pistes sur d'autres possibilités de fonctions infirmières* ». Concernant les possibilités de stage, nous avons relevé qu'un seul à domicile pendant le cursus est considéré comme insuffisant, « *Il suffit que ce soit une tournée qui ne reflète pas vraiment la réalité (...). On n'a pas vraiment un regard sur le domicile* », d'exposer une infirmière, tout en précisant, « *(...) au moins, ça me laisse le temps de réfléchir, de savoir vraiment si je veux faire ça ou non (...)* »

Dans la perspective d'une formation à visées optionnelles, la finalité du projet professionnel est ressortie comme guidant possiblement le choix des stages en fin de parcours d'études, une infirmière de mentionner, « *Ou, alors, proposer aux étudiants, (...), comme une sorte d'option où l'étudiant peut choisir en fonction du projet d'avenir* », et la même de penser que le raisonnement clinique pourrait être différent, porté par une motivation différente.

Après l'analyse descriptive des résultats par l'émergence de thèmes à partir des éléments de réponse des interlocuteurs, nous les avons interprétés dans la discussion pour suggérer des pistes

d'amélioration pour la formation, et, ensuite, avons porté un regard réflexif sur l'ensemble du mémoire.

5 Discussion

Dans ce point, comme annoncé, nous avons procédé à l'analyse interprétative des résultats les plus évocateurs et étonnants, pour enchaîner par mes propres recommandations pour l'enseignement du raisonnement clinique et la manière de le soutenir sur le terrain, pour finir par une réflexion quant à la démarche du mémoire et ma posture de « chercheuse-mémorante »,

5.1 Analyse interprétative

Dans ce volet, nous avons repris les résultats les plus significatifs autour du déploiement d'un raisonnement clinique infirmier efficace dans le contexte des soins à domicile que nous avons appuyés par les verbatims sensiblement éloquentes.

5.1.1 Sens pragmatique : Représentation dans la pratique quotidienne

Pour la plupart des répondants, le raisonnement clinique s'est rapporté à la réflexion avant, dans et sur l'action. « *C'est toujours réfléchir* », de se représenter une salariée. Cette réflexion est évoquée comme un nécessaire pour se remettre en question et pour s'adapter, « *Je pense qu'il y a beaucoup d'adaptation parce que ça dépend du patient, de son environnement (..)* », d'interpréter une indépendante. « *On est chez la personne mais on ne peut toujours décider de ce qu'on veut, on est dans son environnement* », donc, s'accorder avec le patient, s'accommoder au soin, selon le matériel disponible, s'acclimater à son environnement, selon l'aménagement. « *Moi, je vois ça comme une vision holistique du patient, on ne regarde pas seulement le patient, on regarde le soin, on regarde tout.* », de compléter un infirmier.

5.1.2 Formation initiale

Dans l'ensemble, elle est perçue comme « *une base très solide pour tous mes raisonnements cliniques* », de commenter une indépendante.

5.1.2.1 Enseignement Hospitalo-centré

Néanmoins, le vécu des interlocuteurs a fait état que le cours de soins à domicile se résumait à une peau de chagrin. Très peu de place est accordée à la présentation du réseau de soins, à l'explication des démarches administratives pour s'installer ou pour se familiariser au système de nomenclature des soins. De plus, le secteur des soins primaires a constitué le parent pauvre de la formation initiale, pour un tiers de l'échantillon, « (...) on ne met pas assez l'accent sur la richesse de notre discipline infirmière dans d'autres secteurs (...) ». « Dans mes souvenirs, on n'en parle du tout. », alors qu'il est un secteur en plein essor, pour paraphraser une indépendante.

5.1.2.2 Stages

Seulement, l'expérience acquise lors des stages en milieu hospitalier a constitué un atout majeur pour aborder les situations complexes du domicile. Cela étant, dans ce secteur de soins, en stages, peu de place est laissé au raisonnement clinique de l'étudiant, à qui le

personnel encadrant a demandé d'exécuter une intervention sur base de son jugement, sans discussion préalable et sans explication sur les fondements de sa décision clinique. Or, « il importe alors de considérer l'étudiant(e) comme un(e) collègue en devenir ; d'analyser les situations vécues pour qu'il (elle) découvre la logique de l'enchaînement des interventions ».(Hesbeen, 2020, p. 127)

Maintenant, « *je n'ai pas eu énormément d'heures de stage, (...), c'est un stage qui n'est pas suivi, sauf par l'infirmière.* », de déplorer une indépendante, représentant des occasions manquées de démontrer le déploiement des compétences en raisonnement clinique auprès du maître de formation pratique. Une autre indépendante a témoigné : « *étant donné qu'on a des stages très courts, trois semaines dans les quatre ans, c'est très peu. Et, quand on arrive comme ça directement à domicile, on peut vite être démuni.* ». Ce stage unique n'a pas pu se targuer d'avoir pour objectif de refléter toute la richesse et la complexité de ce contexte de soins. Toutefois, étant seul avec l'infirmier, il a eu l'avantage pour l'étudiant de gagner en responsabilité à travers le partage et la discussion de ses opinions sur les situations rencontrées.

Ces arguments ont accentué le besoin de repenser la formation initiale en raisonnement clinique dans le domaine des soins primaires et des soins à domicile. Ce faisant, afin de répondre à l'évolution du système de santé et conformément aux textes légaux et aux directives européennes, fédérales et fédérées régissant la profession infirmière, les Hautes-Ecoles en FWB ont proposé un profil de formation en 240 crédits, décliné en sept rôles et en dix compétences correspondant au niveau 6 du Cadre Européen des Certifications. La formation s'articule autour du référentiel de compétences du BIRSG (...) (lequel) fournit un cadre tant pour l'enseignement théorique que clinique (Commission Paramédicale de l'ARES, 2024). Ce référentiel se fonde notamment sur les rôles CanMeds³¹ pour en définir ses compétences, dont les rôles d'expert clinique et de promoteur de la santé. Par ces biais, les évolutions en matière de formation initiale visent à rencontrer les besoins identifiés par les répondants sur la légitimité du jugement clinique des étudiants sur les lieux de stage et sur l'utilité de développer le secteur des soins primaires, incluant les soins à domicile, par ses missions préventives au plus près des communautés.

5.1.3 Mobilisation du raisonnement clinique en situation

5.1.3.1 Types de raisonnement clinique et modèles

Trois types de raisonnement ont été décrits par les interviewés, l'hypothético-déductif, ou analytique, renvoyant la méthode pédagogique et se basant sur les indices présents dans la

³¹ Cadre « pour définir le rôle et le profil de compétences de l'infirmier de pratique avancée »(Filion, 2023)

situation à l'origine de l'activation d'hypothèses, le narratif, établissant le lien avec une situation antérieure vécue personnellement ou racontée, mais encore l'intuitif, ou non-analytique, reflétant un ressenti de l'obligation de devoir agir, l'un ne prévalant pas par rapport à un autre mais situation-dépendant, « *Ce sera plus intuitif parce que je ne vais pas aller chercher dans mes cours. On essaye que notre décision soit le meilleur possible en fonction (...) de ses besoins pour le moment.* », de prioriser une indépendante.

Toutefois, nous avons mis en relation la prépondérance du raisonnement hypothético-déductif, huit répondants sur treize, au stade de professionnalisation de l'infirmier débutant, au regard de son « ancienneté » dans le contexte. Une infirmière a caractérisé le raisonnement clinique comme : « (...) *, c'est quelque chose d'assez mouvant qui évolue en même temps que nous (...)* »

Le raisonnement collaboratif a été mis en avant pour rendre compte de l'objectif de soigner le patient « ensemble », avec les collègues et avec les autres professionnels de la santé concernés ainsi qu'avec l'entourage.

Le modèle de soins guidant le raisonnement clinique des infirmiers à domicile a été empreint pour la majorité, 10 répondants sur 13, de l'apprentissage reçu, bâti sur celui de Virginia Henderson et de ses 14 besoins fondamentaux, Une infirmière a plébiscité : « *On l'utilise tous les jours et tout le temps* », et une indépendante de parfaire, « (...) *et qui correspondent, je trouve, aux soins à domicile* ».

5.1.3.2 Facteurs influençant un raisonnement clinique efficace

5.1.3.2.1 Communication

Nous avons entendu par ce thème la communication avec le patient et pour le patient.

Avec le patient, une indépendante a appuyé : « *On a ce privilège que ce sont toujours les mêmes patients, ils nous connaissent et le lien de confiance est là* », pour permettre un échange interpersonnel et se livrer sur leurs maux en toute sécurité afin de cibler leurs problèmes et proposer des alternatives de solutions les plus adaptées. Dans de nombreuses situations, elle a été considérée comme un soin indirect, qui ne fait pas partie « d'une liste ».

Pour le patient, nous y avons inclus tout le volet des transmissions, les échanges avec la famille pour son bon suivi et les supports de partage d'informations pour ce faire.

5.1.3.2.2 Temps

Nous avons compris que le temps a été perçu tantôt comme un frein dans la gestion des soins, tantôt comme un facteur facilitant dans ce qu'il a été perçu comme une liberté de choisir de le prendre.

5.1.3.2.3 Ressources organisationnelles

Nous avons considéré tout le réseau de soutien autour de l'infirmier à domicile l'épaulant dans sa pratique quotidienne à commencer par lui-même, incluant son bon vouloir, de se former comme de se tenir au courant, et son système de valeurs, les collègues ou associés pour leur expertise lors de partages d'informations formelles et informelles, pour leur « pendant formateur » les orientant dans les techniques de soins inhabituelles, la philosophie de soins de la structure les guidant vers un objectif commun de soins humanisés ou de rentabilité, les stratégies organisationnelles visant la communication et la dispensation de soins sécuritaires pour le patient et l'infirmier et, pour terminer, le réseau de soins, apportant conseils et appui, voire des alternatives de propositions. Malgré son isolement, tout ce réseau élargi autour de lui a permis à l'infirmier de ne pas se sentir seul en situation aigue ou chronique complexe.

5.1.4 Impacts d'un raisonnement clinique efficace

5.1.4.1 Qualité des soins

Nous avons envisagé ce thème à travers les témoignages.

Une salariée a confirmé : « *Pour moi, la qualité des soins, (...), c'est aussi (...), un bon raisonnement clinique (...).* », une autre d'affirmer, « *(...), c'est vraiment la prise en charge globale qui se fait d'une meilleure façon (...).* ». Par rapport à la relation instaurée avec le patient, une indépendante a déclaré : « *Il y a une bientraitance, une solidarité (...). C'est le bien-être, la satisfaction, je trouve que c'est hyperimportant.* » « *(...), on voit qu'il y a une évolution et qu'il y a un bien-être chez eux, (...), une issue positive pour le patient (...) puisqu'on aura répondu à son problème.* », une salariée d'ajouter. Une infirmière a formulé : « *Si mes patients vont bien (...), je ne vais pas remettre en question ce que j'ai pu prendre comme décision (...)* », renforçant son sentiment d'efficacité.

À travers ces verbatims, nous avons établi qu'un raisonnement clinique efficace a participé au bien-être du patient et de l'infirmier, trouvant son origine dans la qualité des soins prodigués et dans la relation de confiance instaurée, et a conféré un sentiment de satisfaction des « soins bien faits » pour les deux partis, lui-même corrélé à un sentiment d'efficacité de l'infirmier, dans ce que ce dernier a pu décider et par les résultats de ses interventions mises en place.

5.1.4.2 Empowerment du patient

« *L'important, c'est l'éducation globale, vraiment tout expliquer au patient sur sa prise en charge pour qu'il puisse agir également de son côté quand nous ne sommes pas là* », de signifier une indépendante, en le rendant acteur de sa santé et en le responsabilisant, « *(...), parce qu'on n'est pas là H24. Donc, si on ne leur montre pas un minimum comment savoir être autonome,*

si on n'est pas là, il y a des fortes chances qu'ils ne le feront pas eux-mêmes et qu'il faudra attendre notre passage », d'expliquer une autre indépendante. Une infirmière a repris : « *Il faut arriver à les faire parler* », « *être derrière, de lui redonner confiance* », de rajouter une autre infirmière, l'encourager positivement.

Nous avons pointé également que rentrer dans une démarche éducative se faisait selon le bon vouloir du patient et selon son âge, les personnes âgées étant établies dans leur quotidien et plus réfractaires à comprendre l'utilité d'un changement de comportement.

5.1.4.3 Empowerment de l'infirmier

Faisant écho au sentiment d'utilité, une indépendante a admis : « *(...), on se dit qu'on n'est quand même pas là pour rien et on fait quand même ce métier pour rendre service à l'autre* ».

D'aller plus loin, une infirmière a souligné : « *Si on a un bon raisonnement clinique, ça nous donne de la satisfaction. On a l'impression d'être efficace et compétent dans notre travail. C'est ça le but d'identifier les problèmes de santé des patients* ». Et, une autre de se positionner en tant que ressource, « *c'est à nous de proposer, le médecin n'est pas tout le temps-là* » « En conséquence, ce que je fais, c'est bien, donc je peux lui prodiguer des conseils pour que ça aille mieux et par la suite pour qu'elle puisse s'autogérer ».

Ainsi, l'empowerment du patient et celui de l'infirmier sont interreliés. Un infirmier confiant en ses capacités s'est senti plus à même d'autonomiser le patient, alors qu'un patient encouragé et investi a valorisé les compétences de l'infirmier. Cette dynamique réflexive a contribué à renforcer la qualité des soins et la relation thérapeutique.

À partir du point suivant, l'usage du « je » redevient pertinent afin d'adopter un ton plus engagé, notamment dans la formulation des recommandations et dans la réflexion personnelle sur la démarche du mémoire.

5.2 Mes propres recommandations pour la formation initiale

Je les ai basées sur ma propre pratique et sur les pistes d'amélioration de l'enseignement du raisonnement clinique émanant de l'échantillon ainsi que sur la littérature.

5.2.1 À l'enseignement du raisonnement clinique

5.2.1.1 Cours

5.2.1.1.1 Stratégies pédagogiques « in situ »

Je les ai classées des plus « traditionnelles » au plus « conditionnelles ». J'entends par « traditionnelles », celles qui sont installées, par « conditionnées », qui nécessitent une

logistique de préparation et d'encadrement et « conditionnelles », qui requièrent un déploiement organisationnel entre formations de disciplines en santé différentes.

- « Traditionnelles »

Par cet intitulé, je vise les mises en situations « papier », vignettes cliniques sur la situation de santé d'un patient, afin de travailler l'activation d'hypothèses de problèmes. Ces cas pratiques sont travaillés en cours. Les étudiants y réfléchissent d'abord individuellement avant une mise en commun pour confronter leurs opinions.

Ces activités pédagogiques sont l'occasion de leur donner des Tips afin de structurer leur démarche de raisonnement, comme la toile de raisonnement, représentation « ramifiée » des problèmes du patient, méthode plébiscitée par les étudiants pour présenter leurs collectes orales lors des supervisions de stages et évoquée par une répondante, telle une stratégie l'aidant dans son exercice actuel.

- « Conditionnées :

À ce niveau, je regroupe la simulation et les rencontres entre étudiants BIRSG de niveaux différents.

Lors des séances de simulation, les étudiants ont la possibilité d'être les acteurs, actifs ou passifs, de scènes « jouées » pour lesquelles se tromper est autorisé. Ces séances se déroulent sur une plage horaire planifiée en plus petits groupes, ce qui représente un avantage pour les plus « timides », « Small group learning has the potential to : (...) Help students to develop skills in critical thinking and problem solving. Help students to develop communication, teamwork and leadership skills ».(Burgess et al., 2020, p. 2) Elles sont organisées en plusieurs phases, dont la phase de débriefing, la plus enrichissante, car les animateurs accompagnent les étudiants au cours d'une boucle de rétroaction sur leur manière de raisonner et de faire des liens entre la pratique et la théorie.

Lors des séances de simulation, les étudiants ont la possibilité d'être les acteurs, actifs ou passifs, de scènes « jouées » pour lesquelles se tromper est autorisé. Ces séances se déroulent sur une plage horaire planifiée en plus petits groupes, ce qui représente un avantage pour les plus « timides », « Small group learning has the potential to : (...) Help students to develop skills in critical thinking and problem solving. Help students to develop communication, teamwork and leadership skills ».(Burgess et al., 2020, p. 2) Elles sont organisées en plusieurs phases, dont la phase de débriefing, la plus enrichissante, car les animateurs accompagnent les

étudiants au cours d'une boucle de rétroaction sur leur manière de raisonner et de faire des liens entre la pratique et la théorie.

Dans une visée d'évaluation objective, l'introduction d'une grille critériée pourrait être envisagée, comme le Lasater Clinical Judgment Rubric³², permettant « de mesurer le niveau d'apprentissage des étudiants, au cours de situations pédagogiques diversifiées (...), que ce soit en évaluation formative ou normative », et dotant « à la fois les formateurs, les étudiants mais aussi les encadrants sur le milieu clinique de l'utilisation d'une sémantique et d'indicateurs communs ».(Garry-Bruneau et al., 2024, p. 23)

La simulation ne doit pas revêtir un caractère trop « technologique », des jeux rôles à partir d'une mise en scène sont appropriés et moins « coûteux » en termes d'encadrement humain et de logistique. Un mode formatif lui est préférable. « En effet, contrairement à une simulation sommative, une simulation formative met plutôt l'accent sur l'apprentissage de multiples compétences par les étudiantes dans un cadre sécuritaire ».(Hesbeen, 2020, p. 72)

Les rencontres entre blocs d'études, ou séminaires d'intégration, s'organisent au sein de l'école, dans une plage horaire prédéterminée. Elles sont encadrées par des coordinateurs de l'aide à la réussite et de blocs d'études. Elles ne sont pas obligatoires mais représentent une opportunité d'échanger entre pairs sur leur vécu d'étudiants mais, aussi, sur les difficultés rencontrées en cours ou en stage, et qui peuvent relever du raisonnement clinique. Celles-ci peuvent s'apparenter à du coaching entre pairs.

5.2.1.1.2 Stratégies pédagogiques « interdisciplinaires » et « intersites » conditionnées et conditionnelles

Ces journées interprofessionnelles sont organisées au sein du département « santé » de la Haute-Ecole qui m'emploie et ont lieu une fois par an. Elles sont obligatoires pour les étudiants et consistent en une journée de rencontre avec pour objectif de favoriser le raisonnement clinique collaboratif entre étudiants du bloc 3 , « (...) Peer interaction was noted as a highly important and motivating part of the learning process and it also resulted in more productive working and the generation of broader and more complex knowledge (...)» (Hublin et al., 2023, p. 131-132) de différentes professions de santé, des infirmiers, des médecins, des kinésithérapeutes, des assistants-sociaux. Elles sont chapeautées par un groupe d'enseignants organisateurs s'occupant de la logistique de la journée et d'enseignants facilitateurs, assurant une supervision indirecte

³² Grille d'évaluation basée sur le modèle de jugement clinique de Tanner, composé de quatre étapes : « remarquer », « interpréter », « intervenir » et « réfléchir ». (Lavoie et al., 2021 cités par Garry-Bruneau et al., 2024, p. 23)

des échanges le jour de la rencontre. Autour d'une « table ronde », les étudiants défendent leurs points de vue disciplinaires au regard d'une vignette clinique préparée préalablement.

5.2.1.2 Stages

5.2.1.2.1 Retours école pendant les stages

Lors des stages du bloc 1 et, en poursuite d'études, pour ceux orientés « projet », un retour école est programmé. Celui-ci est modéré par un enseignant plus expert en la matière (raisonnement clinique, éthique, éducation pour la santé, amélioration de la qualité des soins). Les étudiants ont l'occasion de discuter de leur situation clinique de stage, en garantissant l'anonymat, et de présenter leur jugement clinique. Ces partages sont l'opportunité d'une prise de recul et d'une remise en question sur leur façon de penser et d'agir.

Les entretiens menés ont permis de mettre en avant la valeur ajoutée de ces échanges et les ont plébiscités et recommandés lors de chaque stage.

5.2.1.2.2 Raisonement clinique écrit versus raisonnement clinique oral

Lors de chaque stage de leur parcours d'études, les étudiants sont amenés à rédiger un rapport de soins écrit sur le profil d'un patient dont l'objet est de réaliser une démarche de soins dans le but de circonscrire à ses problèmes prioritaires. Le contenu de ce rapport est graduel évoluant par bloc d'études pour constituer une démarche complète à partir du bloc 3.

L'actualité au sein de notre Haute-Ecole est au débat entre les intérêts de l'écrit par rapport à l'oral.

Parmi les interviewés, certains soulignaient que l'écrit leur apportait une trame à leur raisonnement une fois diplômés. D'autres ont déploré la charge de travail que leur demandait la rédaction de ce travail au détriment de leur présence auprès du patient et privilégiaient l'oral. Ce dernier s'opère en retour école lors d'une demi-journée de présentation face à des étudiants et des enseignants sensibilisés au raisonnement clinique.

5.2.1.2.3 Projet LAT

Il est issu de la collaboration entre un centre hospitalier régional et une Haute-Ecole du même bassin de soins. En bloc 4, et sur base d'une candidature volontaire, les étudiants prennent « les commandes » d'un service, avec l'équipe de terrain en renfort mais au second plan, lors d'un stage immersif de six semaines. Cette stratégie novatrice contribue à développer leurs compétences d'organisation, en communication, le raisonnement clinique ainsi que le leadership clinique et s'inscrit dans une approche interprofessionnelle dans la réalité des contextes de soins rencontrés.(HELHa, 2021). Une étude américaine a corroboré les bénéfices auprès d'étudiants en soins infirmiers de cette expérience clinique immersive sur le

développement des compétences en jugement clinique : « The results of this study showed significant improvement in nursing students' essential clinical judgement skills (noticing, interpreting, responding, and reflecting) ».(Cooper et al., 2025, p. 37)

Des répondantes ayant participé à ce projet ont témoigné spontanément des bienfaits de leur participation à ce projet sur le développement, entre autres, de leur capacité à faire des transmissions car, selon leurs propos, elles n'en ont pas l'occasion dans les stages « habituels ».

5.2.2 À l'enseignement des soins à domicile

5.2.2.1 Stratégies pédagogiques : cours

5.2.2.1.1 Conditionnées : Valorisation

Cet aspect a déjà été évoqué dans l'analyse interprétative. Le cours existe mais il n'est pas assez développé sur certaines parties de matière (démarche pour s'installer, les soins palliatifs, le réseau) car « *tout le monde ne fait pas un master* », de constater une indépendance, pour explorer cette organisation des soins.

Ma recommandation porterait sur une réorganisation du cours en développant les éléments précités et préconisés par les interlocuteurs de même qu'une augmentation de son volume horaire, en tenant compte du programme d'études détaillé de chaque Haute-Ecole.

5.2.2.1.2 Conditionnelles : Cours à options

Je l'envisagerais comme une formation initiale à finalité spécialisée où à partir du bloc 3 ou 4, des cours et stages à options seraient proposées en fonction du projet professionnel. L'étudiant pourrait ainsi se faire une idée plus précise du domaine auquel il se voue. Mais, cette proposition nécessiterait de revoir le programme de formation inter-Haute-Ecole.

5.2.2.2 Stages

5.2.2.2.1 Suivi de stages à domicile

Pour répondre au constat d'une interviewée que le stage à domicile manque de suivi, je propose d'assurer au moins une supervision par période de stage pour travailler le raisonnement clinique, « le maître de formation pratique représente le « créateur » d'une ambiance conviviale propice à l'apprentissage » (Hesbeen, 2020, p. 131), dans ce contexte de soins où la communication des informations n'est pas toujours facilitée par la multitude de supports de transmissions.

5.2.2.2.2 Ouverture à la seconde ligne : HAD

Après avoir interprété les résultats de mon étude et proposer mes recommandations pour l'amélioration de l'enseignement du raisonnement clinique infirmier dans un contexte de soins à domicile, je vais à présent prendre du recul sur ma propre démarche.

5.3 Réflexivité

Cette section vise à expliciter les raisons qui ont motivé le choix d'une méthode qualitative, ainsi qu'à analyser le processus de réalisation de ce mémoire tant sur le plan méthodologique que personnel.

5.3.1 Méthode qualitative

Le choix d'une approche qualitative s'est imposé comme le plus pertinent pour explorer en profondeur les perceptions et les expériences des infirmiers récemment diplômés, exerçant sur le terrain et concernés directement par la problématique étudiée. Cette méthode permettait de recueillir des données riches et nuancées, indispensables pour identifier des pistes d'amélioration des dispositifs existants en matière d'enseignement du raisonnement clinique, dans une perspective d'adaptation aux soins à domicile et de promotion de l'empowerment du patient.

Je vais aborder ses forces et ses limites à travers trois axes :

5.3.1.1 Diversité des profils

5.3.1.1.1 Forces

J'ai choisi d'interroger des jeunes diplômés, ayant entre quelques mois et trois ans d'expérience, exerçant en soins à domicile. Ce choix s'explique par leur proximité temporelle avec la formation initiale, ce qui les rend plus à même d'identifier les perfectibles de l'enseignement reçu et de proposer des pistes d'amélioration.

Afin d'assurer une représentativité, j'ai contacté des gatekeepers d'équipes structurelles en Belgique francophone. Mon intention indirecte était de toucher un maximum de Hautes-Ecoles de la FWB. Les contacts se sont établis par courriels, messages ou en me rendant au sein de la structure. C'est par cette voie non-exclusive que j'ai ainsi pu inclure des salariés, l'autre partie de recrutement des salariés s'est faite par convenance. Cette dernière a servi de modalité de contacts pour les indépendants à titre principal ou complémentaire.

5.3.1.1.2 Limites

Malgré les relances effectuées, je n'ai pas pu inclure d'indépendants en solo. Cette absence limite la portée de l'étude quant à la compréhension de leur accompagnement professionnel et

de leur recours aux réseaux de soutien. De plus, par la représentation des institutions formatrices et des organisations de soins, l'étude se concentre sur une seule province francophone, ce qui restreint sa transférabilité à l'ensemble du territoire belge, bien qu'elle reste transférable à des contextes similaires.

La représentation hommes/femmes n'est pas paritaire, mais elle n'a pas influencé les opinions des répondants sur la question. Les femmes sont majoritaires, 11 pour 2. Un lien peut être créé par la prépondérance d'étudiantEs dans ce cursus.

Deux infirmiers n'ont pas pu être retenus, ne correspondant pas en totalité aux critères de l'étude, l'une est infirmière hospitalière, l'autre est infirmier coordinateur de l'HAD. Pour la première, j'ai été mal orientée par une des responsables adjointes de la structure qui l'emploie et, pour le second, il exerce en soutien de la première ligne de soins indirectement auprès des patient

5.3.1.2 Contexte des entretiens

5.3.1.2.1 Forces

Les entretiens se sont tenus majoritairement en présentiel, à l'exception de trois en distanciel. Les lieux de rencontre, mon domicile ou celui d'une répondante ou un local d'une structure de soins, ont été propices aux échanges car ils se tenaient à l'écart des activités, domestiques ou professionnelles. Le présentiel a favorisé une authenticité et une spontanéité dans les échanges.

Concernant le climat des entretiens, toutes modalités confondues, la bienveillance et l'écoute ont favorisé leurs confessions en toute confiance. J'avais le sentiment qu'ils partageaient leurs expériences avec « fierté ».

5.3.1.2.2 Limites

Trois entretiens se sont déroulés en distanciel, en visioconférence, ce qui aurait pu être vécu comme un frein aux échanges fructueux. Malgré cette modalité, les répondantes ont témoigné avec franchise et d'aisance.

5.3.1.3 Saturation des données

5.3.1.3.1 Forces

Le processus itératif d'analyse des treize entretiens a permis de se positionner sur une saturation des données.

5.3.1.3.2 Limites

Je peux soulever l'écart en termes numériques entre l'échantillon attendu et l'échantillon effectif. J'en espérais une vingtaine pour « faire le tour de la question ». Mais, le délai et le temps que prenait le recrutement ont eu raison de mes espoirs.

5.3.2 Démarche du mémoire

5.3.2.1 Dans son ensemble

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité logique de mon parcours professionnel, à la croisée de mes expériences en tant qu'infirmière à domicile et enseignante. Les situations vécues sur le terrain ont nourri une réflexion profonde sur les besoins réels des infirmiers en matière de raisonnement clinique et ont fait émerger naturellement cette problématique.

Le recueil de données a été tributaire de la disponibilité et de la diversité des répondants. Malgré une stratégie de recrutement étendue, certaines catégories professionnelles, comme les indépendants solo, n'ont pas été représentées. Cela a limité la portée de l'analyse sur certains aspects du soutien professionnel.

Ce travail m'a permis de réfléchir et de prendre du recul sur mes propres pratiques et stratégies d'enseignement, de mieux comprendre les enjeux de la formation initiale, et de renforcer ma posture réflexive en tant qu'enseignante. Il a également mis en lumière l'importance de créer des ponts entre la formation initiale et la réalité du terrain.

Si c'était à refaire, certains aspects de la démarche pourraient être améliorés ou ajustés pour renforcer encore la pertinence ou la portée du travail. Tout d'abord, j'accorderais davantage de temps et d'importance à la phase exploratoire, notamment à la revue de la littérature, afin d'élargir les perspectives théoriques et de mieux situer la problématique, en ce dans les courants actuels de la recherche en sciences infirmières. Cela m'aurait permis de mieux anticiper certaines dimensions du raisonnement clinique en contexte de soins à domicile.

Enfin, sur le plan personnel, je veillerais à mieux anticiper les phases de rédaction et d'analyse en structurant davantage mon temps et en osant solliciter plus régulièrement des retours intermédiaires. Cette expérience m'a appris que la recherche est un processus exigeant, mais profondément formateur et enrichissant, et que chaque étape mérite d'être pensée avec rigueur et bienveillance.

5.3.2.2 Moi, en tant que chercheuse

Ma posture de chercheuse sur le terrain s'est appuyée sur des valeurs d'écoute, de respect et de reconnaissance du savoir expérientiel des jeunes infirmiers. Mon double regard de

professionnelle de terrain et d'enseignante m'a permis d'aborder les entretiens avec une curiosité bienveillante, en veillant à créer un espace de parole libre et sécurisant.

Les répondants ont montré un réel intérêt pour le sujet, qu'ils ont perçu comme pertinent et en résonance avec leurs propres questionnements. Leur engagement volontaire a contribué à la richesse des données recueillies.

Consciente du risque de biais lié à mes propres représentations professionnelles, j'ai adopté une posture d'écoute active et de neutralité, en m'effaçant autant que possible pour ne pas influencer les discours. Cette vigilance a permis de maintenir une distance critique tout en restant connectée aux réalités du terrain.

5.3.2.3 Moi, en tant que mémorante

Ce mémoire a été un véritable parcours intellectuel et professionnel. Il m'a permis de développer une posture de recherche rigoureuse, en mobilisant des compétences d'analyse, de synthèse et de réflexion critique. La méthode qualitative m'a appris à accueillir la complexité des discours, à ajuster mes hypothèses et à rester ouverte à ce que les données avaient à me révéler, avec la difficulté de garder en tête, lors de l'analyse, les critères d'utilité.

Cette expérience a enrichi ma pratique d'enseignante. Je me sens désormais mieux préparée à accompagner les étudiants dans leurs travaux de fin d'études, en les aidant à structurer leur démarche, à identifier leurs biais et à valoriser leur réflexion. Elle m'a également permis de mieux articuler théorie, pratique et pédagogie, en plaçant le cheminement intellectuel au cœur de l'apprentissage.

6 Conclusion

Ce mémoire a permis d'explorer les enjeux liés à l'enseignement du raisonnement clinique infirmier dans le contexte spécifique des soins à domicile. À travers une approche qualitative, il a mis en lumière les perceptions de jeunes infirmiers diplômés et a ouvert des pistes concrètes pour adapter les dispositifs pédagogiques à la réalité du terrain. Cette démarche a également nourri une réflexion plus large sur la posture professionnelle, la formation et l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers.

Au-delà de ce travail, mon implication dans diverses initiatives au sein de la Haute-École qui m'emploie témoigne de ma volonté de prolonger cette dynamique. La coanimation de tables rondes avec mes collègues enseignants, visant à recueillir leurs pratiques d'accompagnement du raisonnement clinique en stage, constitue une première étape vers une meilleure cohérence pédagogique. Par ailleurs, ma participation à un groupe de travail inter-implantations sur l'harmonisation des rapports de soins contribue à renforcer la lisibilité et la continuité des apprentissages pour les étudiants.

Aussi, mon intégration dans un projet de recherche portant sur la création d'un jeu de cartes pour faciliter l'apprentissage du raisonnement clinique illustre également mon engagement dans l'innovation pédagogique. Ce projet, mené en collaboration avec une formation de kinésithérapie, s'implante dans une dynamique interprofessionnelle essentielle pour favoriser une compréhension partagée des enjeux cliniques et encourager une approche coordonnée des soins. Il reflète l'importance de développer des outils pédagogiques qui transcendent les frontières disciplinaires et renforcent les compétences collaboratives des futurs professionnels de santé.

Enfin, la visite prochaine d'un institut de formation en soins infirmiers en France, centrée sur la promotion de la santé, représente une opportunité d'ouverture à d'autres approches et d'enrichissement mutuel. Cette démarche s'installe pleinement dans une logique de promotion de l'empowerment du patient, en mettant l'accent sur sa capacité à devenir acteur de sa santé. Elle vient renforcer les fondements de mon étude, qui vise à former des professionnels capables non seulement de raisonner cliniquement, mais aussi d'accompagner les patients dans une dynamique de responsabilisation et d'autonomie.

Ces perspectives prennent place dans une volonté de faire évoluer les pratiques de formation, en articulant rigueur scientifique, ancrage de terrain et créativité pédagogique. Elles renforcent ma conviction que l'enseignement du raisonnement clinique, au-delà des outils, repose avant

tout sur une posture d'accompagnement réflexive, collaborante et orientée vers le développement du jugement professionnel.

Dans un contexte où les pratiques de soins évoluent rapidement, il devient essentiel de former des professionnels capables de penser de manière critique, de s'adapter à la complexité des situations clinique et de promouvoir la santé de manière proactive. Ce mémoire constitue ainsi une base sur laquelle je souhaite continuer à construire, en contribuant activement à l'évolution des dispositifs de formation dans une perspective à la fois intrasite et intersites, voire interinstitutionnelle.

7 Bibliographie

- Abdulmohdi, N., & Mcvicar, A. (2023). Investing the clinical decision-making of nursing students using high-fidelity simulation, observation and think aloud : A mixed methods research study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(3), 811-824. <https://doi.org/10.1111/jan.15507>
- Alvarez Irusta, L. (2025). Le rôle infirmier au sein de la collaboration interprofessionnelle face aux situations complexes. Cas d'étude : Les soins à domicile des personnes souffrant de plaie chronique. *Infonursing*, 214, 12-17.
- Aujoulat, I. (2022). *Notes de cours sur l'introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. Faculté de santé publique, UCLouvain.
- AVIQ-Agence pour une Vie de Qualité. (s. d.). *Service intégré de soins à domicile (SISD)*. AVIQ. Consulté 28 juillet 2025, à l'adresse <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-et-aides-domicile/service-integre-de-soins-domicile-sisd>
- Beauchamp, J., Lalonde, M., Fournier, V., Mehiz, S., Pedrotti, M., Michel, I., Godbout, P., Simoneau, I., & Lasater, K. (2021). Traduction et adaptation en langue française du Lasater Clinical Judgment Rubric : Une étude multicentrique. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 7(2), 1-25. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1277>
- Belgique. (2015, février 10). *Loi relative à l'exercice des professions de santé, coordonnée le 10 février 2015 et modifiée le 25 avril 2024*. <https://www.ejustice.just.fgov.be>
- Belgique. (2024). *Moniteur belge*. Moniteur belge. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article.pl?language=fr&sum_date=2025-01-13&pd_search=2024-03-08&numac_search=2024001909&page=1&lg_txt=F&caller=list&2024001909=1&view_numac=&dt=Arr%EAt%E9+royal&htit=+professions+de+sant%E9&choix1=et&choix2=et&fr=f&nl=n&du=d&trier=promulgation

- Belgique en bonne santé. (2022, octobre). *Les infirmiers*. Vers une Belgique en bonne santé.
<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/activite/les-infirmiers>
- Benner, P. (1995). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers (Trad. Française)*. Paris : InterEditions.
- Bonnetin, P., Kolmayer Bell, M.-P., & Michel, N. (2024). Identifier son champ disciplinaire : L'utilisation intuitive de théories de soins. *La revue de l'infirmière*, 305, 25-27.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Facilitating small group learning in the health professions. *BMC Medical Education*, 20(Suppl 2)(457).
<https://doi.org/10.1186/s12909-020-02282-3>
- Carpenito, L. J. (2023). *Manuel de diagnostics infirmiers* (16e éd.). Elsevier Masson.
- Chapados, C., Audetat Voirol, M.-C., & Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11(1), 37-40.
- Commission Paramédicale de l'ARES. (2024). *Référentiel de compétences du Bachelier infirmier responsable de soins généraux*. Fédération Wallonie-Bruxelles. Belgique.
- Connor, J., Flenady, T., Massey, D., & Dwyer, T. (2022). Clinical judgement in nursing – An evolutionary concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13-14), 3328-3340.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16469>
- Conseil canadien de la santé. (2005). *Les soins à domicile* [Document de travail joint à Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement].
https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/ccs-hcc/H174-37-2005-2-fra.pdf
- Conseil Fédéral de l'Art Infirmier. (2016). *Profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux*. Approuvé en séance les 1er avril et 12 janvier 2016.
<https://www.health.belgium.be>

- Cooper, R., Musallam, E., & Warner, K. (2025). The effects of a dedicated education unit on baccalaureate nursing students' clinical judgment. *Journal of Nursing Education*, 64(1), 35-39. <https://doi.org/10.3928/01484834-20240827-01>
- Côté, S., & ST-Cyr Tribble, D. (2012). Le raisonnement clinique des infirmières, analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 13-21. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0013>
- De Alencastro, L., Clair, C., Locatelli, I., Ebell, M. H., & Senn, N. (2017). Raisonnement clinique : De la théorie à la pratique... Et retour. *Revue médicale suisse*, 13(562), 986-989.
- Del Bueno, D. (2005). A crisis in Critical Thinking. *Nursing Education perspectives*, 26(5), 278-282.
- Desjardins-P, D., Sauvé, J., & Pugnaire Gros, C. (2015). *Modèle McGill : Une approche collaborative en soins infirmiers*. Chenelière Education.
- Filion, N. (2023). *Notes de cours sur la démarche EBN/EBP*. Faculté de santé publique, UCLouvain.
- Garry-Bruneau, M., Alfred, S., Huet, S., Passavant, V., Rouet, E., & Poiroux, L. (2024). Proposition d'un modèle de jugement clinique pour la pratique infirmière. *Revue de l'infirmière*, 305, 22-24.
- HELHa. (2021). *Nouveau dispositif pédagogique pour nos étudiant.e.s infirmier.ère.s de Mouscron*. HELHa. <https://www.helha.be/nouveau-dispositif-pedagogique-pour-nos-etudiant-e-s-infirmier-ere-s-de-mouscron/>
- Hesbeen, W. (Coord.). (2020). *L'accompagnement des étudiants infirmiers en stage : Repères pour favoriser un tutorat éthique*. Paris : Editions Seli Arslan.
- Hublin, L., Koivisto, J.-M., Lyyra, M., & Haavisto, E. (2023). Learning collaborative clinical reasoning in healthcare education : An integrative review. *Journal of Professional Nursing*, 49, 126-134. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.09.011>

- Infonursing. (2023). Défis et suggestions des infirmiers pour améliorer leur leadership dans les soins à domicile aux patients âgés. *Infonursing*, 207, 52-53.
- Inserm. (2023). *Le MeSH bilingue anglais-français*. MeSH Inserm. <https://mesh.inserm.fr/>
- Institut national d'assurance maladie-invalidité. (2008). *Consultation infirmière*. INAMI. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-palliatifs/consultation-infirmiere>
- Institut national d'assurance maladie-invalidité. (2022). *Attester des soins de plaies en tant qu'infirmier à domicile*. INAMI. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/infirmiers/soins-par-l-infirmier/attester-des-soins-de-plaie-en-tant-qu-infirmier-a-domicile>
- Institut national d'assurance maladie-invalidité. (2023, décembre 21). *Nouveau trajet de démarrage diabète au 1er janvier 2024 : Quels changements pour les dispensateurs de soins ?* INAMI. <https://www.inami.fgov.be/fr/actualites/nouveau-trajet-de-demarrage-diabete-au-1erjanvier-2024-quels-changements-pour-les-dispensateurs-de-soins>
- Jacqmin, N. (2023). La pratique pédagogique informée par des résultats probants d'infirmières enseignantes en Belgique francophone : Une étude de cas multiples utilisant une méthode mixte. *Infonursing*, 207, 35-42.
- Jans, C., Bogossian, F., Andersen, P., & Levett-Jones, T. (2023). Examining the impact of virtual reality on clinical decision making-An integrative review. *Nurse Education Today*, 125, 105767. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105767>
- Kennedy, J. A., Laskowski, P., & Breyman, B. (2023). Clinical judgment in new nurse graduates : Identifying the gaps. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 20(1), Article 20220112. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2022-0112>
- Kirenga Bamurange, L., O'Reilly, N., & ReLAB-HS. (s. d.). *Niveaux de soins de santé*. Physiopedia Multilingual. Consulté 28 juillet 2025, à l'adresse <https://langs.physio-pedia.com/fr/levels-of-healthcare/>

Larousse. (2022). *Le Petit Larousse Illustré 2023* (éd. illustrée). Larousse.

Larousse, É. (s. d.). *infirmier*—*LAROUSSE*. Consulté 28 juillet 2025, à l'adresse

<https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/infirmier/13877>

Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J. I., Goudreau, J., & Fima, O. (2017). Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins : Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 3(1), Article 3. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1100>

Le Neurès, K. (2008). *Réussir la démarche de soins : Méthodologie et applications* (1re éd.). Elsevier Masson.

Lecocq, D., Célis-Géradin, M.-T., & De Geest, I. (2024). *Initiation à la discipline infirmière : Une sélection de concepts et théories en sciences infirmières*. Elsevier Masson.

Lindström, B., & Eriksson, M. (2012). *La salutogenèse : Petit guide pour promouvoir la santé*. Presses de l'Université de Laval.

Marques, M. de F. M., David, C. L. A. H. P., Santos, M. A. F., Neves, S. C. da S., Pinheiro, M. J. F., & Leal, M. T. S. (2021). Perceptions of senior nursing students regarding clinical decision-making. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), 1-9. <https://doi.org/e20200921>.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0921>

Martin, L. (2024). Quelles sont les principales difficultés du raisonnement clinique infirmier ? Loïc MARTIN nous partage ses travaux exploratoires et ses perspectives de recherche. *ManagerSante.com*. <https://managersante.com/2024/09/30/quelles-sont-les-principales-difficultes-dans-lenseignement-du-raisonnement-clinique-infirmier-loic-martin-nous-partage-ses-travaux-exploratoires-et-ses-perspectives-de-recherche/>

Martin, L., De Geest, I., & Célis-Géradin, M.-T. (2023). *Le raisonnement clinique infirmier : Guide méthodologique* (2e éd.). Elsevier Masson.

NANDA International, AFEDI, & AQCSI. (2024). *Diagnostics infirmiers : Définitions et classifications 2024-2026* (13e éd.). Elsevier Masson.

- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V., & Bordage, G. (2005a). *Le raisonnement clinique : Données issues de la recherche et implications pour l'enseignement*. 6, 235-254.
- Nendaz, M., Charlin, B., Leblanc, V., & Bordage, G. (2005b). Le raisonnement clinique : Données issues de la recherche et implications pour l'enseignement. *Pédagogie Médicale*, 6(4), 235-254. <https://doi.org/10.1051/pmed:2005028>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023, novembre 15). *Soins de santé primaires*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin.
- Pepin, J., Bourbonnais, A., & Ducharme, F. (2024). *La pensée infirmière* (5e éd.). Chenelière Education.
- Phaneuf, M. (2013, février). L'empowerment : Une nécessité pour les clients en soins infirmiers. *Prendre soin*. <http://www.prendresoin.org>
- Reis da Silva, T. H. (2024). Enhancing nursing care planning through the Levett-Jones clinical reasoning cycle : A comprehensive analysis. *International Journal of Biomed Research*, 3(5), 1-5. <https://doi.org/10.31579/2834-5029/065>
- Smith, S. K., Benbenek, M. M., Bakker, C. J., & Bockwoldt, D. (2022). Scoping review : Diagnostic reasoning as a component of clinical reasoning in the U.S. primary care nurse practitioner education. *Journal of Advanced Nursing*, 78(12), 3869-3896.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2018). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). Pearson/Prentice Hall.

8 Annexes

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction :

Se présenter et repréciser les objectifs et modalités de l'entretien (ou du focus group, selon les opportunités) (inspiré des balises du cours « intro aux théories des organisations » (Thunus, 2022)).

Je suis infirmière enseignante depuis une dizaine d'années à la HELHa et ai une expérience de plus de dix ans en soins à domicile à l'ASD de Mouscron-Comines.

Je termine actuellement un master en sciences de la Santé Publique à l'UCLouvain.

Merci de votre participation à cette recherche portant sur l'expérience des infirmiers BIRSG dans le raisonnement clinique en soins à domicile, dans une visée d'empowerment (de la personne soignée mais aussi du soignant).

Cet entretien vise à comprendre votre parcours, vos perceptions et les défis rencontrés dans votre pratique.

L'entretien est confidentiel et anonyme. Avec votre accord, il sera enregistré afin de garantir une retranscription fidèle. Vous pouvez à tout moment demander à interrompre ou ne pas répondre à certaines questions.

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Guide d'entretien

Basé sur les notes de cours de Mme Thunus (2022) et Mme Aujoulat (2022). Il s'agit de déconstruire la question de recherche.

Parcours professionnel et contexte de travail

- Puis-je vous demander votre âge et votre parcours antérieur à la formation de BIRSG ?
- Pouvez-vous décrire votre parcours de formation et vos premiers pas dans la profession ?
- Sous quel statut exercez-vous actuellement ?
- Comment décririez-vous votre travail au quotidien ? Quels sont les soins directs et indirects que vous réalisez ?

Expériences de raisonnement clinique

Pouvez-vous me raconter une situation dans laquelle vous avez mobilisé votre raisonnement clinique avec succès ?

- Quelle a été votre perception initiale ?
- Comment avez-vous interprété les données ?
- Quelle décision avez-vous prise et pourquoi ?
- Quelles ressources (humaines, matérielles, outils) avez-vous mobilisées ?
- Avec le recul, quelle évaluation faites-vous de cette situation ?

Représentation du raisonnement clinique en soins à domicile

- Comment définissez-vous le raisonnement clinique dans votre pratique quotidienne ?
- Avez-vous recours à des modèles ou cadres théoriques pour structurer votre raisonnement clinique ?
- Quelle est l'influence de votre environnement de travail sur vos capacités de décision ?
- Quels sont les obstacles majeurs rencontrés dans l'exercice du raisonnement clinique en soins à domicile ?
- Comment votre organisation/la manière dont vous travaillez soutient-elle le raisonnement clinique dans votre pratique ?

Impact du raisonnement clinique sur la qualité des soins

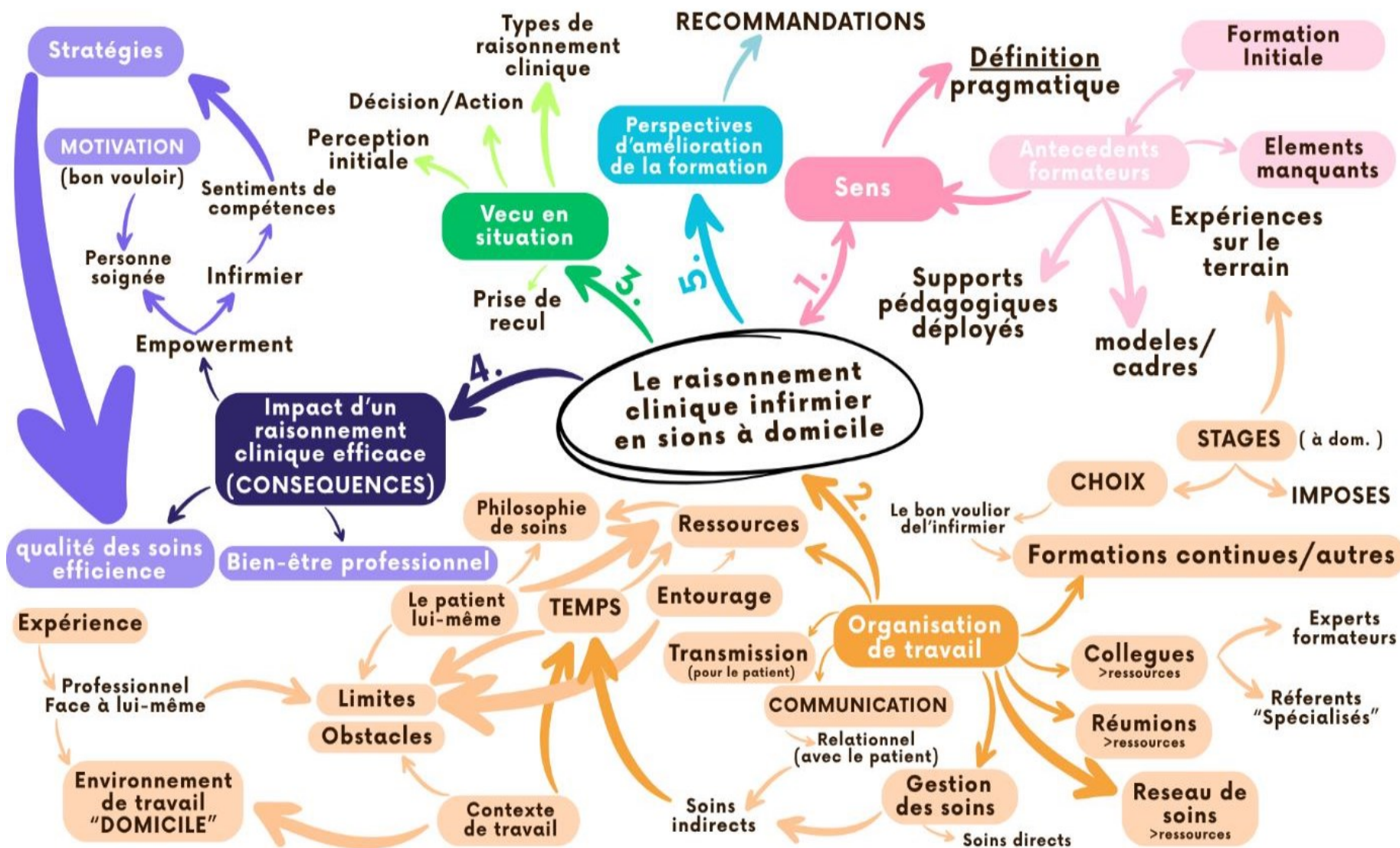
- Quels sont, selon vous, les bénéfices d'un raisonnement clinique efficace pour les patients ?
- Comment cela impacte-t-il la qualité des soins que vous prodiguez ? Votre bien-être professionnel ? Le sens de votre travail ?
- Quelle est votre approche pour favoriser l'empowerment et l'autodétermination des patients ? (Comment vous pouvez remarquer chez une personne qu'elle veut être auto-efficace ?)

Formation et amélioration du raisonnement clinique

- En quoi votre formation initiale a-t-elle été un support à votre raisonnement clinique actuel ?
- Quels sont les éléments qui vous ont manqué dans votre formation pour être mieux préparé ?
- Quels conseils donneriez-vous pour améliorer l'enseignement du raisonnement clinique aux futurs infirmiers ?
- Si vous pouviez modifier un élément de votre formation, lequel serait-il et pourquoi ?

Conclusion

- Avez-vous quelque chose à ajouter sur votre expérience ou des recommandations ?
- Merci pour votre temps et votre partage d'expérience. Je reste à votre disposition pour toute question ultérieure.



LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp