

RAISONNEMENT ET DEMARCHE CLINIQUE INFIRMIERE

UE 3.1 S1 LA DEMARCHE EN SOINS

**Promotion Hamilton
5 OCTOBRE 2015**

FAIRE UN SOIN



FAIRE UNE DEMARCHE EN SOIN



INTRODUCTION

- Article R. 4311 – 3 du Code de la santé publique :

Relevant du rôle propre de l'infirmier ...

« Il identifie les **besoins** de la personne, pose un **diagnostic infirmier**, formule des **objectifs de soins**, met en œuvre les **actions** appropriées et les **évalue**. »

PLAN

Définition

Les différentes étapes de la démarche de soins

- étape n° 1: le recueil d'informations
- étape n° 2 : l'analyse des informations
- étape n° 3 : la planification des soins
- étape n° 4 : la réalisation des soins
- étape n° 5 : l'évaluation

Conclusion

Réaliser une démarche de soins ?

C'est effectuer toute la réflexion nécessaire pour déceler des problèmes de soins infirmiers et leur trouver des solutions efficaces et personnalisées.

DEMARCHE DE SOINS

- « Processus de recueil de données et d'analyse de situations de soins, qui permet d'identifier les réactions des personnes face à la maladie, au traumatisme, au handicap, à un problème d'environnement ; ces réactions sont nommées en termes de diagnostic infirmier (dont la finalité est d'ajuster les soins aux besoins des personnes soignées) » J. Charrier, B. Ritter.

Définition



- La démarche de soins, ou processus de résolution de problèmes en soins infirmiers, est **un parcours dynamique** qui a pour but de **déceler et de résoudre** des problèmes de soins infirmiers, qui se réalise par **étapes** et qui se doit d'être cohérent et complet pour arriver de manière satisfaisante au but professionnel de l'infirmier : **la promotion** ou le **recouvrement** de la santé.

étape n° 1: le recueil d'informations SZ

La collecte des données permet de faire l'inventaire de tout ce qui concerne le patient

Elle nous renseigne sur:

- ❖ ce qu'il est
- ❖ ce dont il souffre
- ❖ ses habitudes de vie
- ❖ l'état de satisfaction de ses besoins fondamentaux .

- 
- 
- -SAVOIR QUI EST LA PERSONNE
 - -SAVOIR LA SITUATION QU ' ELLE VIT

 - **C'EST UN PROCESSUS CONTINU.**

Les qualités d'un recueil de données ou anamnèse

- :

-PRECIS

-OBJECTIF

-CONCIS

-ACTUEL

-COMPLET

-FIABLE

-PERTINENT

-UTILISABLE

-EXACT

C'est une investigation préparée et orientée .

-DONNEES STABLES

-DONNEES VARIABLES

Le recueil s'effectue à partir:

- de l'observation clinique de la personne
- De l'entretien auprès de la personne
- D'une rencontre avec les proches de la personne
- Mais aussi en prenant connaissance du dossier patient: dossier médical et dossier de soins

**Les données
qui
concernent le
patient**

Recueillir



Tout ce qui vient à moi

Rechercher



Approfondir avec
méthode

Décrire



Écrire objectivement,
clairement, ...

Rassembler



En un même lieu,
tous les documents

Rapporter



En faire profiter les
autres

Définition de l'anamnèse

- Appelée également « profil global »
- Recueil d'information qui trace le portrait d'une personne et de son environnement du point de vue des soins infirmiers. Il est basé sur les éléments majeurs d'un modèle conceptuel de soins infirmiers
(LEFÈBVRE et DUPUIS)

Définition de l'anamnèse

Recueil d'informations effectué par l'infirmière auprès de la personne soignée et/ou de son entourage sur son histoire, ses habitudes de vie et ses problèmes de santé pour déterminer ses besoins de santé et notamment ceux en soins infirmiers.

Ce terme apparaît dans la littérature professionnelle vers 1970 dans l'enseignement de la démarche en soins infirmiers.

Termes également utilisés : recueil de données ou entretien d'accueil.
(AMIEC Recherche .Dictionnaire DES SOINS INFIRMIERS et de la profession infirmière.3^oEd 2005)

étape n° 2 : l'analyse des informations

- **Interpréter = expliquer, donner un sens, le bon sens .**
- **C'est l'étape qui permet à l'infirmier(e) de formuler un problème infirmier ,grâce à des signes (manifestations) ,et d'en identifier la cause .**

Le raisonnement clinique

(Journée pédagogique AFEDI juin 2013)

**« NOUS, INFIRMIERS, DEVENONS COMME LE
RELÈVENT M G RUBENFELD ET B SCHEFFER
(1995) DES « DÉTECTIVES DE SANTÉ », À
SAVOIR TROUVER DES INDICES ET LEUR
DONNER UN SENS. »**

**M CHRISTINE MAUPETIT
Présidente AFEDI**

MHFF

Dans le cadre du Modèle conceptuel de V Henderson,
cette analyse s'opère par l'étude
des données et leur classification :

- en données d'indépendance pour celles qui traduisent la satisfaction des besoins,
- en données de dépendance pour celles qui s'en écartent ;

- **Il s'agit d'identifier la cause du problème de dépendance, et d'observer ses manifestations ,**
 - **PROBLEME INFIRMIER**
 - **SIGNES (MANIFESTATIONS)**
 - **CAUSE (FACTEUR FAVORISANTS)**

On arrive à l'aboutissement de l'étape d'analyse

**MANIFESTATIONS
D'INDEPENDANCE**

**MANIFESTATIONS
DE DEPENDANCE**

**FACTEURS
FAVORISANTS**

**BESOIN
SATISFAIT**

**BESOIN
NON
SATISFAIT**


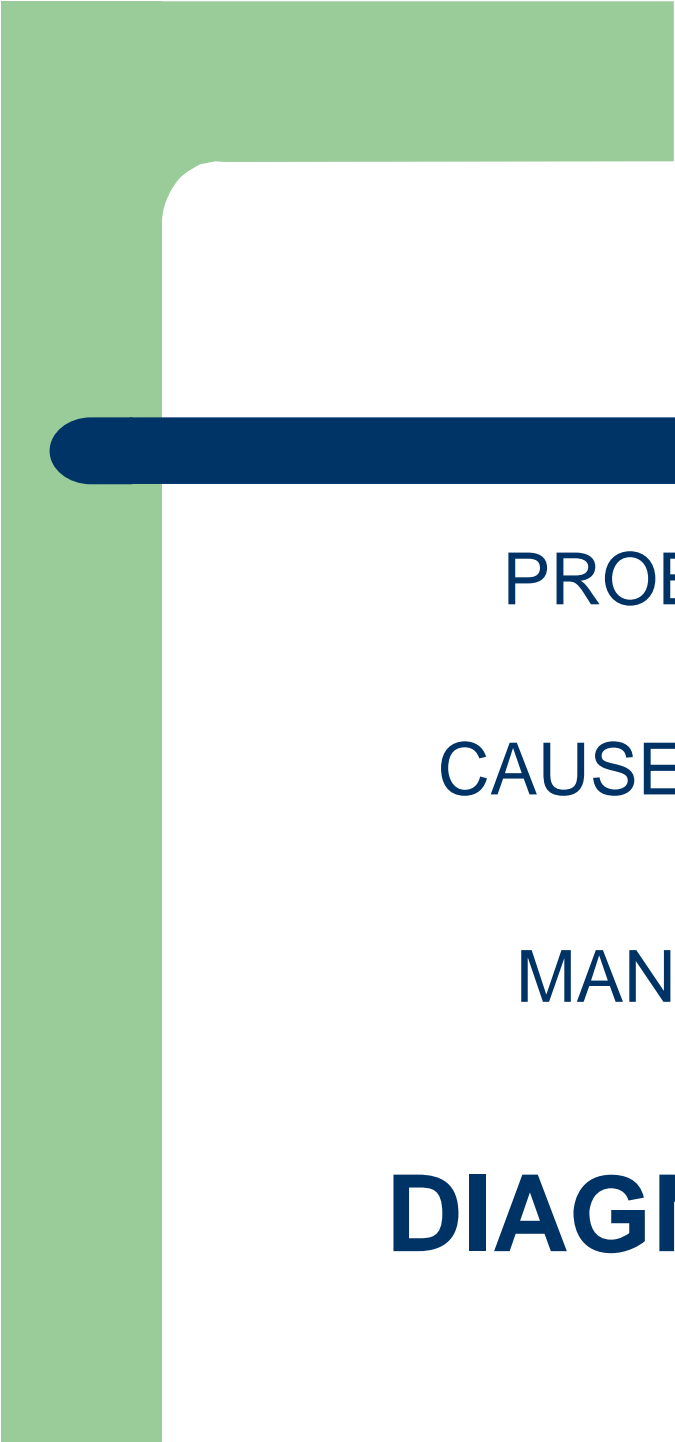
**PROBLEME DE
DEPENDANCE**

+

CAUSE(S)

DIAGNOSTIC INFIRMIER

MHFF



PROBLEME DE DEPENDANCE
+
CAUSE (SOURCE DE DIFFICULTE)
+
MANIFESTATIONS (SIGNES)
=
DIAGNOSTIC INFIRMIER

étape n° 3 : la planification des soins SZ

- **2 POINTS IMPORTANTS: objectifs de soins**
 - **choix des actions de soins pour la personne.**

Un objectif est formulé pour le patient, avec un verbe d'action, et un délais (court, moyen ou long terme)

- **Il s'agit de donner une direction à l'action .**

toujours en accord avec le patient

Qu'est ce qu'un objectif?

- Visualisation de comportements qui manifestent un changement dans le sens désiré par la personne et l'infirmière. Ce sont des comportements révélateurs d'une amélioration.
- Ils reprennent 4 éléments : qui, quoi , quand ,comment.
- (LEFÈBVRE et DUPUIS)

Qu'est ce qu'un objectif?

- Il est formulé en termes mesurables et précise le délai prévu. Il est centré sur la personne et chaque fois que c'est possible il est fixé avec elle et/ou son entourage et consigné dans le plan de soins
- (AMIEC Recherche .Dictionnaire DES SOINS INFIRMIERS et de la profession infirmière.3°Ed 2005

Les caractéristiques d'un objectif :

- **REALISTE**
- **MESURABLE**

Les actions de soins

- relèvent uniquement du rôle propre de l'infirmier(e)
- Visent le mieux-être de la personne soignée
- Complètent ce que le patient accomplit
- Suppléent à ce qu'il ne peut faire lui-même

Dans le but de conserver un degré optimal d' **indépendance .**

• **LES ACTIONS**

doivent être :

- créatives**
- personnalisées**
- évaluable**
- compatibles avec les objectifs**
- tenir compte des capacités réelles de la personne**
- tenir compte des ressources du service de soins**

étape n° 4 : la réalisation des soins

- C'est la mise en œuvre des décisions prises à l'étape précédente .

⇒ Action de soins auprès de la personne .

- Critères de soins :

EFFICACITE

SECURITE

CONFORT

RAPIDITE

ECONOMIE

**Ces actions de soins visent la
disparition du problème de dépendance**

**Elles relèvent du rôle propre de
l'infirmier(e)**

**Lorsqu'elles sont terminées, elles
doivent faire l'objet de
transmissions :**

- orales (entre collègues « *la toilette de Madame X est faite !* »)**
- écrites : dossier de soins .**

étape n° 5 : l'évaluation

- **Ai- je atteint mon objectif?**
- **J' évalue la régression ou la progression de la clinique**



EN RESUME

- Étapes?



MERCI DE VOTRE ATTENTION...