

# Patricia BENNER – De Novice à Expert (Excellence en soins infirmiers)

## 1/ Introduction

Au niveau de l'excellence, la conscience perceptive est l'élément central d'un bon jugement infirmier. Cela commence par de vagues intuitions et des évaluations globales qui échappent au départ à l'analyse critique. Le plus souvent, la clarté conceptuelle suit plutôt qu'elle ne précède le jugement.

Tenir compte des circonstances particulières à une situation ne veut pas dire qu'il faut ignorer les principes généraux applicables dans toute situation. Se cacher derrière des règles et des habitudes pour se défendre contre l'anxiété est une stratégie pour faire face. Mais en tant que telle, c'est une stratégie irréaliste qui a comme conséquence supplémentaire la non-reconnaissance et la non-légitimation des performances réelles de l'infirmière.

Ne pas savoir qui nous sommes et ce que nous sommes maintenant mettra sérieusement en péril ce que nous voulons devenir.

## 2/ Les connaissances incluses dans la pratique infirmière

La théorie (les connaissances, le savoir) est un excellent outil pour expliquer et prévoir. La théorie offre ce qui peut être formalisé et explicité. Elle guide les infirmières et leur permet de se poser les bonnes questions.

L'expertise, par contre, ne peut se développer que lorsque le clinicien confronte à des situations réelles les propositions, les hypothèses, ou les attentes fondées sur les principes.

On peut donc parler d'expérience lorsque les notions et les attentes préconçues sont remises en question, mises au point ou infirmées par la réalité. L'expérience est l'amélioration des théories et des notions préconçues par la confrontation à de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie.

→ L'expérience est nécessaire à l'expertise.

→ La compétence se nourrit de savoir-faire (connaissance pratique), et non pas de savoir (connaissance théorique), même si ce savoir est un préalable, puisqu'il constitue le point de départ de l'acquisition de l'expérience.

### 3/ Les six domaines de connaissances pratiques

La formalisation du savoir-faire, son développement, son amélioration, passe par des stratégies de transmission dont l'infirmière n'a généralement pas conscience. Six domaines de connaissances ont été décrits :

- La hiérarchisation des différences qualitatives résulte de la capacité à reconnaître, à décrire le contexte, les significations, les caractéristiques, les tenants et aboutissants de leur savoir, le plus souvent lorsque les infirmières comparent leur point de vue pendant qu'elles soignent un patient en situation réelle.

- Les significations courantes résultent de l'acquisition au contact des malades et de leur famille de tout un éventail de réponses, de significations et de comportements. Ces significations forment une tradition partagée par les infirmières leur permettant de développer le sens du possible auprès de leurs patients.

- Les suppositions, attentes et comportements types se décrivent comme des prédispositions à agir d'une certaine manière dans des situations bien précises. Pour une même situation, il est montré que ces comportements varient d'une culture à une autre.

- Les cas modèles (paradigmes) et les connaissances personnelles sont de nature à développer la connaissance clinique qui est elle-même le fruit de la confrontation entre connaissances théoriques brutes (qui décrivent des comportements stéréotypés dans des situations données) et les connaissances pratiques simples (acquises en situation réelle de soins). Une expérience particulière peut avoir suffisamment de force pour servir de modèle. Ces modèles se substituent peu à peu aux connaissances théoriques initiales et alimentent l'expérience de l'infirmière par l'acquisition de connaissances personnelles.

- Les maximes sont des instructions codées qui n'ont de sens que pour des professionnelles ayant déjà une bonne compréhension de la situation. De fait, ce type de transmission du savoir est hermétique aux débutants bien que source d'une information parcellaire réutilisable ultérieurement.

- Les pratiques non codifiées sont le résultat d'actes infirmiers non traditionnels (nouveaux traitements, nouvelle approche diagnostique) qui génèrent des connaissances hors du champ habituel d'intervention de l'infirmière. Parce qu'elle n'est pas décrite, étudiée, ou confrontée à des connaissances théoriques, l'expérience acquise ne peut constituer un savoir-faire.

#### 4/ Le modèle de Dreyfus et Dreyfus

Stuart Dreyfus (mathématicien et analyste des systèmes) et Hubert Dreyfus (Philosophe) ont mis au point un modèle d'acquisition des compétences fondé sur l'étude des joueurs d'échecs et des pilotes d'avions.

→ Dans l'acquisition et le développement d'une compétence, un étudiant passe par 5 stades successifs:

- Novice
- Débutant
- Compétent
- Performant
- Expert

Ce processus est le reflet de 3 types de changements :

- Passage de la confiance en des principes abstraits à l'utilisation d'une expérience passée concrète
- Modification dont l'apprenant perçoit une situation : un tout dans lequel seules certaines parties sont utiles, et non plus un assemblage d'éléments pris ça et là
- Passage d'observateur à celui d'agent impliqué

#### 5/ Les différents stades de compétence

Noter que le modèle de Dreyfus est un modèle situationnel qui ne préjuge en rien de l'intelligence ou des dons des sujets. Pour autant, considérer que toutes les infirmières ne deviendront pas des expertes.

##### Stade 1 : Novice

Les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent d'être confrontées. Pour les informer et leur permettre d'acquérir l'expérience nécessaire au développement de leurs compétences, on leur décrit ces situations en termes d'éléments objectifs.

Leur pratique se limite donc souvent à gérer les paramètres mesurables (poids, température,...) ainsi qu'à mettre en œuvre des règles standards indépendantes du contexte. De ce fait, leur comportement est limité et rigide, et leurs actes éventuellement inutiles ou non adaptés.

### Stade 2: Débutant

Les débutantes ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter (elles-mêmes ou sur indication d'un tuteur) les facteurs significatifs qui se reproduisent dans les situations identiques. Ces facteurs (que Dreyfus qualifie par « aspect de la situation ») comprennent l'ensemble des caractéristiques globales qui ne peuvent être identifiées que grâce à des expériences antérieures.

La débutante peut formuler des principes qui dictent ses actions, mais les différents attributs et aspects identifiés de ces principes sont tous traités avec une importance égale. Il lui manque encore de pouvoir prioriser les caractéristiques constitutives de ces principes.

### Stade 3 : Compétent

L'infirmière compétente travaille dans un même environnement depuis 2 ou 3 ans. Elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation présente ou envisagée doivent être considérés comme les plus importants, et ceux que l'on peut ignorer.

Le plan de soin établit une perspective et se fonde sur une analyse consciente, abstraite et analytique du problème.

L'infirmière compétente n'a pas encore la rapidité, ni la souplesse de l'infirmière performante, mais elle a le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable de faire face aux situations imprévues le cas échéant. La planification consciente et délibérée aide à gagner en organisation et en efficacité.

### Stade 4 : Performant

L'infirmière performante perçoit la situation comme un tout, et non en terme d'aspects. La perspective n'est pas réfléchie mais se présente d'elle-même car fondée à la fois sur l'expérience et sur les événements récents.

L'infirmière performante apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements. Ainsi, elle sait que ce qu'elle prévoyait ne se manifesterait peut-être pas, mais l'expérience facilite sa capacité de réagir en fonction des priorités perçues.

Outre la perception, l'infirmière performante utilise les maximes qui la guident, mais de façon non encore optimale car les maximes reflètent les nuances d'une situation et peuvent signifier une chose ou son contraire en fonction de la situation à laquelle elles s'appliquent.

A ce stade, l'infirmière performante développe une compétence appelée le « signal d'alarme précoce », c'est-à-dire le pouvoir de percevoir une détérioration de l'état de santé avant même que les signes vitaux n'explicitent ces changements.

### Stade 5 : Expert

L'experte est capable de passer du stade de la compréhension à l'acte sans s'appuyer sur les principes analytiques (règles, maximes). Sa grande expérience lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. Cette maîtrise est telle que l'obliger à porter attention à des détails, à un modèle, ou à une règle formelle amènerait une détérioration de ses performances.

L'infirmière experte cultive la notion de « ce qui est possible ». Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence.

## 6/ Les domaines de compétence

L'évaluation des performances a permis d'identifier 31 compétences qui ont pu être regroupées en 7 domaines sur la base de la similarité de la fonction et de l'intention. Benner précise que son but n'est pas de codifier la pratique infirmière, ni de croire que cette liste constitue une matière à légiférer : « *Une telle chose serait malvenue parce que l'expertise ne peut être engoncée dans des lois ou des modèles. [...]. Il est impossible de codifier l'expertise dans la mesure où elle est spécifique d'une situation donnée qui nécessite une interprétation claire et immédiate des événements, sinon il y a risque de dérapage.* »

### La fonction d'Aide

- La relation de guérison : créer une ambiance propice à l'établissement d'une relation permettant la guérison.
- Prendre des mesures pour assurer le confort du malade et préserver sa personnalité face à la douleur et à un état extrême de faiblesse.
- La présence : être avec le malade.
- Optimiser la participation du malade pour qu'il contrôle sa propre guérison.

- Interpréter les différents types de douleur et choisir les stratégies appropriées pour les contrôler et les gérer.
- Réconforter et communiquer par le toucher.
- Apporter un soutien affectif et informer les familles des malades.
- Guider les malades lors de changements survenant sur les plans émotionnel et physique, proposer de nouveaux choix, éliminer les anciens : guider, éduquer, servir d'intermédiaire.
- Agir comme médiateur psychologique et culturel.
- Utiliser des objectifs dans un but thérapeutique.
- Etablir et maintenir un environnement thérapeutique.

### La fonction d'éducation, de guide

- Le moment : savoir quand le malade est prêt à apprendre.
- Aider les malades à intérioriser les implications de la maladie et de la guérison dans leur style de vie.
- Savoir et comprendre comment le malade interprète sa maladie.
- Fournir une interprétation de l'état du malade et donner les raisons du traitement.
- La fonction de guide : rendre abordables et compréhensibles les aspects culturellement tabous d'une maladie.

### La fonction de diagnostic et de surveillance du malade

- Détecter et déterminer les changements significatifs de l'état du malade.
- Fournir un signal d'alarme précoce : anticiper une crise et une détérioration de l'état du malade avant que des signes explicites ne confirment le diagnostic.
- Anticiper les problèmes : penser à l'avenir.
- Comprendre les demandes et les comportements types d'une maladie : anticiper les besoins du malade.
- Evaluer le potentiel de guérison du malade et répondre aux différentes stratégies du traitement.

### La prise en charge efficace des situations à évolution rapide

- Compétences lors d'urgences vitales : appréhension rapide d'un problème.
- Gestion des événements : faire correspondre rapidement les besoins et les ressources lors des situations d'urgence.
- Identification et prise en charge de la crise d'un malade jusqu'à l'arrivée du médecin.

## L'administration et la surveillance des protocoles thérapeutiques

- Mettre en route et surveiller un traitement par voie intraveineuse avec le minimum de risque et de complications.
- Administrer des médicaments de manière appropriée et sans danger : surveiller les effets secondaires, les réponses au traitement, la toxicité et les incompatibilités.
- Combattre les dangers de l'immobilité : prévenir l'apparition d'escarres et les soigner, faire marcher et mobiliser les malades pour augmenter leurs chances de rééducation et prévenir les complications respiratoires.
- Créer une stratégie de soins de la plaie qui facilite la guérison, le confort et un drainage approprié.

## Assurer et surveiller la qualité des soins

- Fournir un système pour assurer la sécurité du malade lors des soins médicaux et infirmiers.
- Evaluer ce qui peut être omis ou ajouté aux prescriptions médicales sans mettre la vie du malade en danger.
- Obtenir des médecins des réponses appropriées en temps utiles.

## Organiser et répartir les tâches

- Coordonner, ordonner et répondre aux multiples besoins et demandes du malade : établir des priorités.
- Constituer et consolider une équipe soignante pour prodiguer les meilleurs soins.
- Faire face au sous-effectif et à une rotation importante du personnel : planifier les événements.
- Anticiper et prévenir les périodes où la charge de travail sera excessive pour une équipe.
- Utiliser et maintenir l'esprit d'équipe, gagner le soutien moral des autres infirmières.
- Maintenir un comportement humain envers les malades même en l'absence de contacts proches fréquents.
- Maintenir une attitude souple envers les malades, la technologie et la bureaucratie.

## 7/ Le pouvoir de l'Excellence

L'excellence nécessite non seulement des infirmières qui ont la volonté de s'impliquer mais aussi des infirmières qui ont le pouvoir. Etant donné la nature des soins infirmiers, le pouvoir sans l'excellence est inconcevable.

Benner a identifié 6 catégories de relations infirmière-malade reposant sur le pouvoir de la soignante.

### Pouvoir de transformation

C'est le pouvoir qu'a la soignante de changer l'état d'esprit du malade, à l'aider à voir les choses autrement, à lui faire prendre conscience qu'il peut encore agir sur les événements.

### Soins de réinsertion

En soignant quelqu'un, il est possible de lui permettre de se réinsérer dans la société. Dans le cas où un handicap prolongé ou permanent est inévitable, c'est souvent l'infirmière qui aide les malades à tirer le maximum de leurs possibilités, leur permettant ainsi de continuer à avoir des activités riches et utiles en dépit de leurs handicaps.

### Fonction de médiation

Les malades et leur famille ont souvent besoin de l'infirmière pour plaider leur cause. Il arrive qu'ils soient induits en erreur par le jargon médical, ou qu'ils comprennent mal ce qui leur est dit parce qu'ils sont pétrifiés par la peur. L'infirmière peut expliquer l'attitude du malade au médecin, et le comportement du médecin au malade. Benner qualifie ce type de pouvoir de « médiation », ou pouvoir d'éliminer les obstacles et de favoriser l'action.

### Pouvoir de la relation thérapeutique

Les infirmières établissent une relation thérapeutique et un climat propice à la guérison :

- en suscitant l'espoir chez les malades, dans l'équipe, et en y croyant elles-mêmes,
- en parvenant à comprendre la situation (par exemple la maladie, la douleur, et la peur d'autres émotions sources de stress) et en l'expliquant clairement au malade,

- en aidant le malade à s'extérioriser en exprimant ses émotions ou en le poussant à rechercher du soutien social, émotionnel et spirituel.

Ce type de relation sollicite les ressources internes et externes du malade, et le rend plus fort en lui apportant l'espoir et en lui apprenant à avoir confiance en lui et en autrui.

### Pouvoir de participation / affirmation

On peut penser que son implication dans les soins finira par pousser l'infirmière dans une situation de « Burn out », ou épuisement physique et moral. La notion de « Burn out » est basée sur la métaphore de l'élan vital : une personne dispose d'une quantité donnée de ressources qu'elle peut utiliser, jusqu'à un certain point, pour soigner.

Benner ne pense pas qu'une attitude détachée vis-à-vis du malade évite au soignant de souffrir. En effet, pour garder ses distances, le soignant dépense une énorme quantité d'énergie qu'il pourrait utiliser pour apporter du réconfort à son malade lorsque ce dernier en a désespérément besoin. Le sentiment d'avoir donné le meilleur de soi est ainsi le meilleur antidote contre la dépression, même dans les circonstances les plus tragiques. C'est ce que Benner appelle le pouvoir de participation / affirmation des soins infirmiers.

### Résolution de problèmes

Pour pouvoir résoudre efficacement un problème, il faut s'impliquer et croire à ce que l'on fait. En effet, les problèmes les plus difficiles nécessitent une grande sensibilité et un bon esprit d'analyse. D'après Polanyi (1958), nous percevons les choses avant de prendre conscience des concepts.

L'expertise dépend de l'engagement de la personne dans une situation donnée. L'experte appréhende rapidement le problème en faisant le rapprochement avec des situations similaires ou contraires déjà vécues. A l'inverse, la débutante ne doit compter que sur l'examen de très nombreuses variables. Dépasser les connaissances formelles explicites et l'analyse froide de signes mesurables permet de développer la recherche créatrice, et la sensibilité aux indices, qui résultent de l'implication. Abandonner le pouvoir du relationnel, c'est trahir un idéal, se défaire de sa propre identité, et nier ses propres qualités.

**Notre pouvoir en termes de statut, maîtrise et contrôle de notre pratique dépend de l'excellence.**