

Le modèle de raisonnement clinique OPT

Comment j'enseigne le raisonnement
clinique aux étudiantes infirmières

Équipe de recherche MELS interordres 2012-2015,
Sous la direction de Dominique Houle,
Professeure au Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais – campus de Saint-Jérôme

Mon souhait est de partager avec vous l'utilisation que je fais, depuis une quinzaine d'années, du modèle de raisonnement clinique OPT¹ élaboré par Pesut et Herman (1998). Je l'utilise pour l'enseignement de la théorie en classe et lors de supervisions cliniques en stage auprès d'étudiantes-infirmières. Bien qu'élaboré à la fin des années 1990, ce modèle est toujours d'actualité. Au cours des dernières années, il a d'ailleurs été mis en lien avec des travaux sur la métacognition et l'apprentissage autorégulé (Kautz, Kuiper, Pesut, Knight-Brown, & Daneker, 2005; Kuiper & Pesut, 2004; Kuiper, Pesut, & Kautz, 2009). Je trouve le modèle OPT intéressant parce qu'il permet de répondre à deux questionnements qui m'habitent en tant qu'enseignant :

1. Comment favoriser chez l'étudiante-infirmière le désir d'effectuer une évaluation plus complète de la situation du patient avant d'intervenir?
2. Comment faciliter l'apprentissage de concepts abstraits tels le raisonnement clinique, la démarche de soins, le jugement clinique, la prise de décision clinique, la pensée critique et la pensée réflexive?

Je me posais ces questions parce que, lorsque j'étais étudiant, j'avais remarqué notre tendance, à mes collègues d'études et à moi-même, à vouloir nous précipiter dans l'action, l'intervention et les soins au détriment de moments de réflexion sur ce qui avait bien pu amener le patient à avoir besoin de soins infirmiers. Par exemple, j'oubliais souvent de consulter le dossier antérieur du patient, ce qui m'aurait aidé à me familiariser avec une mine de renseignements fort pertinents et évité bien des questions inutiles. De plus, j'étais presque allergique à la démarche de soins. Pour moi, elle correspondait à un devoir plutôt futile et bien éloigné de la réalité. En effet, malgré toute l'insistance et les bons soins que mes enseignantes y avaient mis, je

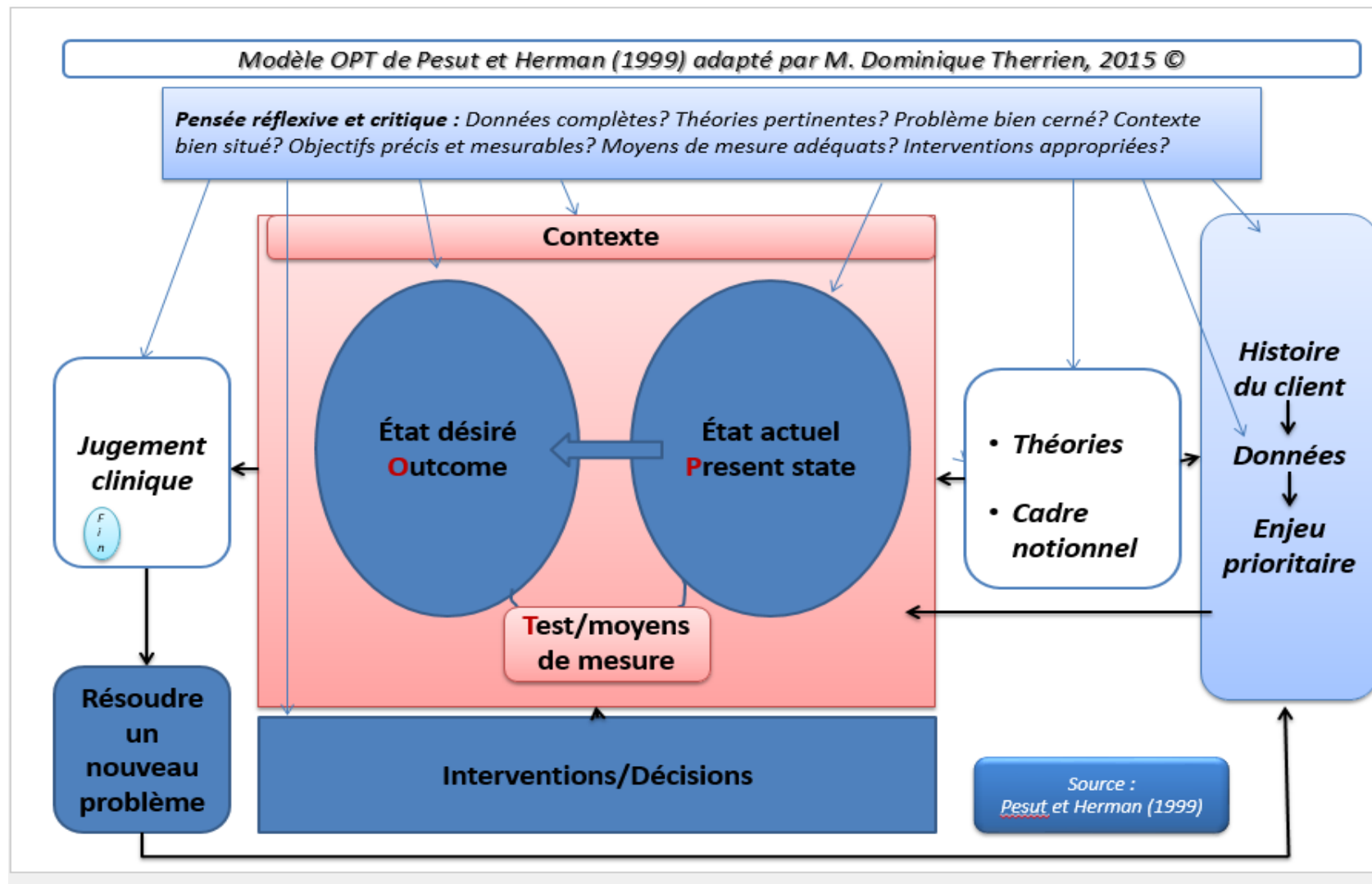
¹ Que signifie OPT? *Outcome* = état désiré (ou objectif); *Present state* = état actuel; et *Test* = test.

ne saisisais pas clairement la différence entre la démarche de soins (démarche de résolution de problèmes) et le plan de soins rédigé en milieu clinique (un document de travail) ou scolaire (un devoir). Bref, toute cette question de démarche de soins restait un peu abstraite pour moi. En 2003, j'ai pu apprécier le livre de Pesut et Herman (1999) intitulé *Le raisonnement clinique : l'art et la science de la pensée critique et réflexive* [traduction libre]. Cet ouvrage m'a initié au modèle OPT, que j'ai reproduit à la page suivante. Le modèle, tel qu'il a été conçu, se lit de droite à gauche, ce qui indique qu'il s'agit d'une manière différente de raisonner.

Le modèle répond à mes deux questions d'une manière plutôt intéressante : d'une part, il rend visible l'ensemble de la démarche de soins à l'aide d'une représentation graphique originale plutôt que par les habituels tableaux à colonnes que nous devions remplir; d'autre part, si méprisée était-elle à cause de notre soif de faire des soins et de passer à l'action, l'évaluation venait de prendre un tout autre sens.

L'évaluation ne se restreignait plus à la collecte de données auprès du patient (observation, entrevue, auscultation, etc.) et de sa famille. Elle devenait plutôt synonyme d'une réflexion métacognitive. L'évaluation devient aussi une façon de faire un retour sur mes choix cliniques et mes manières de penser au cours de l'expérience de soins que je vis avec les patients.

Comment se fait ce retour réflexif? L'aspect réflexif qui se rattache au modèle OPT correspond au rectangle supérieur qui surplombe l'ensemble du modèle OPT de la page suivante. C'est un espace de questionnement au cours duquel on se dit : « Peut-être que je n'ai pas toutes les données pertinentes? Et si j'étais passé à côté du problème prioritaire? Ma manière de considérer le soin, la personne, l'environnement et la santé m'amène-t-elle à bien cerner la situation du patient? »



Le cadre de référence qui nous habite, qu'on en soit conscient ou non, influencera nos soins. Si ce dernier ne tient pas compte des aspects mentaux de l'expérience de santé, on pourra passer à côté d'un problème d'anorexie mentale pour n'y voir qu'un déficit nutritionnel. Si notre cadre de référence est davantage curatif, peut-être passerons-nous à côté d'interventions préventives comme la cessation tabagique. Nous pouvons aussi nous questionner et évaluer notre manière de sélectionner le problème prioritaire et les objectifs que nous souhaitons atteindre avec le client. Est-ce que ce sont les nôtres ou ceux du patient?

Le contexte influence aussi nos décisions. Si nous sommes dans un contexte de soins palliatifs, la manière de soigner la douleur ne sera pas la même que dans un contexte post-chirurgical, évidemment! Le modèle OPT, par son aspect réflexif, m'amène aussi à réfléchir à la mise en place d'interventions infirmières : étaient-ce les meilleures? Sont-elles toujours adéquates au moment présent? Comment est-ce que je fais pour savoir que ces interventions garantissent une progression vers l'atteinte de l'objectif de soins? Les moyens de mesure retenus sont-ils adéquats? Par exemple, lorsqu'on questionne une personne sur sa douleur à l'aide d'une échelle auto-rapportée, on peut se tromper en en faisant usage avec certaines personnes qui ont un seuil très élevé de la douleur ou une faible perception de cette dernière, comme cela arrive fréquemment chez les personnes atteintes de schizophrénie ou habituées aux opiacées.

Bref, on constate que le modèle OPT permet de se questionner et d'évaluer bien au-delà de la collecte de données spécifiques chez le patient. Le modèle OPT présente le raisonnement clinique comme un processus complexe, itératif, associé à une démarche réflexive et axé sur les résultats de soins (Pesut & Herman, 1998). Le modèle OPT soutient donc l'enseignement-apprentissage du raisonnement clinique axé sur les résultats de soins et rend explicite les processus et les stratégies de pensée utiles au raisonnement clinique en soins infirmiers (et dans les autres professions). Mais comment en faire un usage utile et attrayant pour les étudiantes? Chacun sa recette. Voici la mienne.

Gilles partage avec sa collègue Dominique comment il soutient le raisonnement clinique d'étudiantes en stage à partir du modèle OPT.

Capsule audio placée sur la page du site Web (13 min.)

Dans leur article de 1998, ces auteurs font d'ailleurs référence au fait que ne nous sommes plus uniquement dans une approche favorisant la résolution de problèmes, ni dans une approche mettant en valeur le raisonnement à partir de diagnostics infirmiers. Si vous souhaitez en connaître davantage sur ce modèle, nous vous invitons à consulter comme point de départ l'article de Pesut et Herman (1998), pour lequel nous avons placé l'hyperlien suivant : [doi:10.1016/S0029-6554\(98\)90022-7](https://doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90022-7).

Références

- Kautz, D. D., Kuiper, R. A., Pesut, D. J., Knight-Brown, P., & Danecker, D. (2005). Promoting clinical reasoning in undergraduate nursing students: application and evaluation of the Outcome Present State Test (OPT) model of clinical reasoning. *International journal of nursing education scholarship*, 2, Article 1.
- Kuiper, R. A., & Pesut, D. J. (2004). Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*, 45(4), 381-391. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02921.x
- Kuiper, R. A., Pesut, D. J., & Kautz, D. D. (2009). Promoting the Self-Regulation of Clinical Reasoning Skills in Nursing Students. *The Open Nursing Journal*(3), 76-85.
- Pesut, D. J., & Herman, J. (1998). OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*, 46(1), 29-36. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0029-6554\(98\)90022-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-6554(98)90022-7)
- Pesut, D. J., & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning : the art and science of critical and creative thinking*. Albany: Delmar.