

Centre Hospitalier EpiCURA

Congrès des infirmiers cliniciens du 1/10/2015

De novice à expert :
excellence en soins infirmiers
Théorie de Patricia Benner

M. Vanschoor

www.epicura.be



Introduction (1)

- Cette théorie identifie 5 niveaux de compétences cliniques :
 - 1) Novice
 - 2) Débutant
 - 3) Compétent
 - 4) Performant
 - 5) Expert
- Elle affirme que la conscience perceptive est l'élément central d'un bon jugement infirmier et que cela commence par de vagues intuitions et des évaluations globales qui échappent au départ à l'analyse critique.



Introduction (2)

Le plus souvent, la clarté conceptuelle suit plutôt qu'elle ne précède.
Les infirmières expertes décrivent souvent leurs capacités perceptives par des expressions comme **pressentir, sentiment de malaise ou impression que cela ne tourne pas rond.**

Les infirmières en pratique avancée sont des experts.

Les infirmières expertes savent que dans tous les cas, une évaluation définitive de l'état du malade ne peut se satisfaire de vagues pressentiments, mais elles ont appris par l'expérience à laisser leur perception les guider vers l'évidence.



Introduction (3)

Les **experts ne s'arrêtent pas à de vagues intuitions**, mais n'ignorent pas non plus ce qui pourrait conduire à **l'identification** précoce d'un problème et à sa **confirmation**.

Cette théorie de Benner ne se fait pas l'avocat d'un point de vue anarchique qui prétendrait qu'il n'y a pas de règles, qui permettrait par exemple, d'ignorer les lois de l'asepsie, ce que l'on fait en cas d'urgence mettant la vie du patient en jeu.



Introduction (4)

Tenir compte des circonstances particulières à une situation, ne veut pas dire qu'il faut ignorer les principes généraux dans une situation.



Introduction (5)

- Il n'existe pas de liste finie et définie de compétences.
- Les infirmières n'ont jamais sérieusement couché par écrit les connaissances qu'elles retirent de leur propre pratique. Le fait de ne pas avoir consigné ce que nous faisons et observons sur le terrain, a privé la théorie en sciences infirmières de ce qui fait la spécificité et la richesse des connaissances comprises dans une pratique experte.



La différence entre connaissances pratiques et théoriques

- La **théorie** est un excellent outil pour expliquer et prévoir. Elle donne forme aux questions et permet l'examen systématique d'une séquence d'évènements. En établissant des liens de cause à effet entre les événements, les scientifiques en viennent au « **savoir** ». Les philosophes de la science tels que Kuhn(1970) et Polanyi (1958), font cependant observer que « **savoir** » et « **savoir-faire** » constituent deux types différents de connaissances.
- Il est également possible de développer, au-delà de telles formulations scientifiques, un « savoir-faire » qui puisse contrebalancer, voire élargir la théorie en vigueur.



Les cas modèles (paradigmes) et les connaissances personnelles

- Heidegger (1962) et Gadamer (1975) définissent **l'expérience** comme l'amélioration d'idées préconçues qui ne sont pas confirmées par la situation réelle.
- Ce n'est que lorsque l'événement améliore, élabore ou infirme cette prescience (= connaissance antérieure) qu'il mérite le terme **d'expérience**. Au fur et à mesure qu'une infirmière acquiert de l'expérience, **la connaissance clinique** se développe.



Enseignement

- Certains cas modèles sont suffisamment simples et marquants pour qu'on puisse les utiliser comme études de cas pour les étudiantes (*Benner et Wrubel, 1982*). Les enseignantes expertes présentent des cas modèles qui en apprennent plus que des principes ou des formulations abstraites.



Le modèle Dreyfus d'acquisition de compétences appliqué aux soins infirmiers (1)

Le modèle Dreyfus (*Dreyfus & Dreyfus, 1980, Dreyfus 1981*) établit que, dans l'acquisition et le développement d'une compétence, un étudiant, passe par 5 stades successifs : novice, débutant, compétent, performant et expert qui sont le reflet des 3 types de changements qui se produisent lors de l'acquisition d'une compétence.

- Le premier est le passage de la confiance en des principes abstraits à l'utilisation ;
- Le second est une modification de la façon dont l'apprenant perçoit la situation – il la voit moins comme un assemblage d'éléments pris çà et là que comme un tout dans lequel seulement certaines parties sont utiles ;



Le modèle Dreyfus d'acquisition de compétences appliqué aux soins infirmiers (2)

- Le troisième est le passage d'observateur externe à celui d'agent impliqué. Ce dernier ne se tient plus en dehors du processus, mais il est engagé dans la situation.

Les expressions « **compétence** » et « **actes qualifiés** » seront utilisés indistinctement .



Interprétation des données

- La façon dont une **infirmière experte** décrit une situation, permet à l'auditeur de se trouver au cœur de l'action ; on oublie qui raconte l'histoire, laquelle ne contient que les détails nécessaires pour permettre à d'autres infirmières de comprendre ce qui se passe.
- L'**infirmière débutante confirmée** laisse percevoir son angoisse dans sa description. Sa compréhension de l'événement n'est pas aussi complète ni aussi claire.
- A travers l'analyse de situations et d'après le modèle Dreyfus, il est possible de décrire les caractéristiques des comportements à chaque niveau de développement et d'identifier en termes généraux les besoins en matière d'enseignement /apprentissage à chaque niveau.



Stade 1 : Novice

- **Aucune expérience**
- **Dépend** entièrement des **règles** qui lui ont été enseignées pour les guider dans leurs actes.
- Leur **pratique** est limitée à gérer les paramètres mesurables (poids, température,...) ainsi qu'à mettre en œuvre des règles standards indépendantes du contexte.
- Cette étape est caractérisée par **une grande insécurité**.



Stade 2 : Débutante (1)

Elle a déjà fait face à **suffisamment de situations réelles** pour noter les facteurs signifiants qui se reproduisent dans les situations identiques.

Elle a besoin d'aide pour **établir les priorités** puisqu'elle agit selon les règles apprises.

Elle a besoin d'être encadrée dans le milieu clinique. Les soins qu'elle apporte aux malades doivent être vérifiés par des infirmières qui ont au moins atteint le niveau de « **compétent** ».



Stade 2 : Débutante (2)

- En termes d'enseignement et d'apprentissage

Il faut donner des informations très détaillées et très explicites.

Pour orienter les infirmières débutantes, de nombreux hôpitaux emploient des tutrices.



Stade 3 : Compétente

- L'infirmière **compétente** a une expérience de **2 ou 3** ans, dans **un même domaine ou service**.
- Elle commence à percevoir **ses actes** en **termes d'objectifs** ou de **plans à long terme** dont elle est consciente. Elle sait déterminer quels **aspects** d'une **situation** sont **importants** et lesquels elle peut **ignorer**.
- 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 aux situations imprévues**.
- En termes d'enseignement et d'apprentissage

Les infirmières peuvent à ce stade tirer bénéfice d'exercices de prises de décision et de simulations qui leur donnent de la pratique.



Stade 4 : Performante (1)

- L'infirmière **performante** perçoit les **situations comme des tous**.
- Ses actes sont guidés par des **maximes**.
Les maximes reflètent ce qui apparaît comme des nuances incompréhensibles de la situation à l'infirmière novice ou compétente ; elles peuvent signifier une chose à un moment et une autre complètement différente, plus tard. Une fois que l'on a une bonne compréhension de la situation, la maxime fournit cependant un indice sur ce qui doit être pris en considération.
- La **perception** est ici un mot-clé.



Stade 4 : Performante (2)

- 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**.
- C'est l'infirmière performante qui est capable de reconnaître une détérioration de l'état clinique du malade avant même qu'il y ait des changements explicites dans les signes vitaux – cette compréhension est appelée **signal d'alarme précoce**.
- On trouve des infirmières performantes chez celles qui travaillent auprès d'une **même population de malades depuis 3 à 5 ans**.



Stade 4 : Performante (3)

- En termes d'enseignement et d'apprentissage

L'infirmière performante apprend mieux quand on utilise **des études de cas** qui mettent à l'épreuve et sollicitent sa capacité d'appréhender une situation.

Le fait de lui donner des règles et des principes indépendants du contexte lui donnera un sentiment de frustration et la stimulera à donner des exemples de situations où le principe, la règle, seront contredits.

L'infirmière performante apprend mieux par une **méthode inductive** : quand on commence par un cas clinique et qu'on lui laisse utiliser ses moyens de compréhension de la situation.



Stade 5 : Experte (1)

L'infirmière **experte** ne s'appuie plus sur un principe analytique pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié. L'experte qui a une énorme expérience, comprend à présent de manière **intuitive** chaque situation et appréhende directement le problème, sans se perdre dans un large éventail de solutions ou diagnostics.

Il est difficile de se faire une bonne idée de ses capacités parce qu'elle agit à partir d'une compréhension profonde de la situation globale ; aux échecs par exemple, le maître, à qui on demandera pourquoi il a fait un coup particulièrement brillant plutôt qu'un autre se contentera de dire : « parce que je le sentais... Cela semblait bien ».



Stade 5 : Experte (2)

Les connaissances incluses dans l'expertise

Les infirmières expertes apprennent, par exemple, à reconnaître des changements physiologiques subtils.

Souvent, la perception d'une situation dépend du contexte, c'est-à-dire que les changements subtils ne prennent de sens qu'à la lumière de l'histoire du malade et de la situation présente. Polanyi (1958) qualifie cette capacité de perception et de reconnaissance de l'infirmière experte de véritable « **savoir** » ou **connaissanceurship**.



Stade 5 : Experte (3)

Souvent, des termes descriptifs particuliers vont être employés pour décrire ces différences qualitatives.

Cet aspect de connaissances cliniques (le vrai savoir) est souvent négligé dans la recherche de l'apprentissage de technologies de pointe.



Stade 5 : Experte (4)

Les infirmières **performantes et expertes** accumulent des groupes de **cas modèles**, en fonction de différents types de malades, si bien qu'elles abordent le cas d'un malade en utilisant des situations passées concrètes, de la même façon qu'un chercheur utilise un modèle.

- C'est par l'enregistrement systématique et l'étude des cas modèles qu'il est possible de développer les connaissances qui en découlent = recherche clinique ?



Stade 5 : Experte (5)

L'étude des comportements performants et experts permettrait de décrire celui des infirmières expertes ainsi que ses conséquences, pour les malades. Ces connaissances peuvent être développées pour étendre encore le champ d'action des infirmières qui souhaitent et sont capables d'atteindre l'excellence.

Toutes les infirmières ne deviendront pas des expertes.



Stade 5 : Experte (6)

En termes d'enseignement et d'apprentissage

La documentation systématique des performances de l'experte constitue une première étape vers le développement des connaissances cliniques. Au fur et à mesure que les expertes documenteront leurs actes, il sera possible d'étudier plus avant et de développer de nouveaux domaines de connaissance.



La signification de l'expérience (1)

Le terme **expérience** ne fait pas seulement référence au **passage du temps**. Il s'agit plutôt de l'**amélioration de théories et de notions préconçues**, au travers de la rencontre de **nombreuses situations réelles** qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie (*Gadamer, 197 °; Benner & Wrubel, 1982*).

La **théorie** guide les infirmières et leur permet de poser les bonnes questions.

C'est ce **dialogue clinique** avec la théorie qui rend les améliorations possibles à l'infirmière expérimentée.

La théorie et la recherche sont générées à partir du monde réel, c'est-à-dire à partir des actes pratiqués par des expertes dans un domaine donné.



La signification de l'expérience (2)

- On peut parler d'**expérience**, lorsque des notions et des attentes préconçues sont remises en question, mises au point ou infirmées par la réalité (*Heidegger, 1962 ; Gadamer, 1970*). **L'expérience est donc nécessaire à l'expertise.**

L'infirmière **experte** perçoit la situation comme un tout, utilise comme principes des situations concrètes qu'elle a vécues et va directement au cœur du problème, sans prendre en compte un grand nombre de considérations inutiles (*Dreyfus, H., 1979 ; Dreyfus, S., 1981*).



Conclusions

Certains douteront qu'une telle pratique soit possible, mais les exemples nombreux que nous rencontrons au quotidien, sont issus de situations cliniques exceptionnelles dans lesquelles l'infirmière a tiré les enseignements de sa pratique ou a contribué au bien-être du malade.

L'infirmière spécialiste clinique (ISC) réalise des soins infirmiers de très haut niveau, ce qui la situe au niveau 5 selon Benner.

Ce processus nécessite la mise en œuvre d'un dispositif de formation qui articule des rapports cognitifs supplémentaires, des activités intégratives, l'adoption d'une posture réflexive et la possibilité d'exercer dans un environnement de pratique favorable.



Bibliographie

- Benner P. (2003). « *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers* » Paris : Editions Masson, 264 p.
- Frenette-Leclerc C-A. « *Sur le chemin de l'expertise* », <http://www.infiressources.ca>
- Frenette-Leclerc C-A. (1989) « *Du mode novice au mode expert : repères pour la formation professionnelle des infirmières praticiennes* », Mémoire de maîtrise
- Benner P. (2004). Judgment in Nursing Practice and Education Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical (Version électronique). Bulletin of Science, Technology & Society, 24 (3), 188-199



Merci

