

Analyses d'activités de soins

Guide : Ce dossier est composé de 2 exemples complets d'activités de soins prévalentes analysées. Ces analyses se réalisent toujours selon la même méthodologie (cf. *Annexe 1 : Méthodologie – Analyse d'activités de soins*). Cette méthodologie tient compte des points abordés dans le portfolio et elle privilégie **l'analyse réflexive**. En effet, l'enjeu majeur lors de ce type d'analyse consiste à porter une auto-évaluation sur le processus mis en œuvre lors de la réalisation de l'activité de soins et repérer les domaines de savoirs à améliorer pour progresser. C'est ce qui est attendu de tout étudiant(e) en soins infirmiers et de tout professionnel infirmier pour faire vivre un professionnalisme.

Dès lors, cette méthodologie repose sur 7 étapes chronologiques et complémentaires :

- 1. le lieu où se déroule l'activité de soins ;
- 2. la présentation de l'activité réalisée (de manière contextualisée) ;
- 3. les enjeux de cette activité pour votre apprentissage ;
- 4. la présentation succincte de la personne soignée ;
- 5. les éléments complémentaires si besoin en termes de présentation de la personne soignée ;
- 6. la fiche d'analyse concernant votre apprentissage ;
- 7. la fiche de synthèse concernant votre apprentissage.

Cette méthodologie a fait ses preuves en IFSI*. Une étude que nous avons réalisée sur 300 portfolios¹ et auprès des étudiant(e)s concerné(e)s a mis en évidence une progression constante dans la mise en œuvre et la rédaction des analyses de pratiques du portfolio sur les trois années de formation. Le processus de professionnalisation se développe essentiellement au travers des indicateurs d'« évolution des représentations », de « liens avec les valeurs professionnelles » et de la « pertinence du positionnement professionnel ».

1. Boissart, M. (2016, à paraître). *Le portfolio vecteur de socialisation professionnelle co-construite*. In Boissart, M et Savariou, B. (Coord). *Le portfolio entre ingénierie et reliance sociale*. Paris : L'Harmattan.

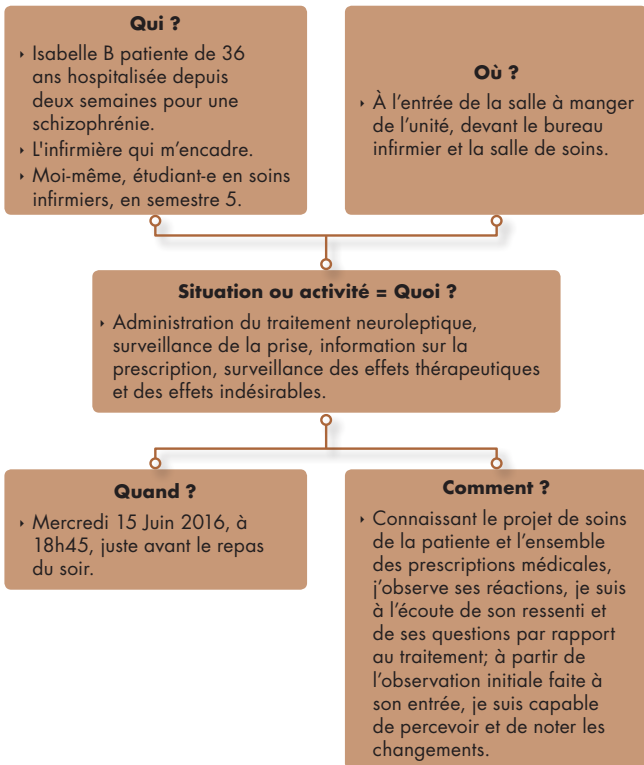
Activité de soins n°1

1. Lieu

Unité d'hospitalisations libres d'un secteur de psychiatrie du Sud-ouest de la France.

2. Présentation de l'activité réalisée

Contextualisation de l'activité :



3. Enjeux (Qu'est-ce que je recherche ?)

Je cherche avant tout à favoriser l'acceptation et l'observance du traitement, qui n'est jamais évidente pour une personne atteinte de schizophrénie, qui n'a pas conscience de ses troubles en phase aiguë.

Isabelle B. est en hospitalisation libre, je ne peux pas lui imposer son traitement sans son consentement. Je dois donc relayer l'information médicale, établir une relation de confiance et rechercher une alliance thérapeutique qui permettra à la patiente de poursuivre son traitement après l'hospitalisation, après une éducation thérapeutique personnalisée et avec probablement une reprise du suivi en hôpital de Jour.

J'utilise ce moment d'interaction pour observer son comportement, son contact, son humeur, son discours, ses symptômes délirants, ainsi que les effets indésirables des antipsychotiques.

4. Présentation succincte de la personne soignée

Mme Isabelle B, 35 ans, habite en ville avec un compagnon également suivi par l'équipe du CMP*. Sa schizophrénie s'est déclarée il y a 16 ans, alors qu'elle était en faculté de biologie, sous la forme d'un délire paranoïde, avec automatisme mental, hallucinations auditives et cénesthésiques, idées délirantes mystiques, de persécution, d'empoisonnement. De nombreux séjours sous contrainte à Ville-Evrard (établissement de région parisienne, où elle résidait alors) ont été nécessaires avant qu'elle accepte véritablement un suivi. Le vécu persécutif de cette période explique son déménagement il y a quelques années.

Elle reçoit des soins à l'hôpital de jour (un jour par semaine), mais depuis deux mois elle y venait peu, avec réticence. C'est pour cette raison que la psychiatre de la structure, devant un tableau clinique à nouveau très délirant, a négocié avec la patiente une hospitalisation libre pour rééquilibrer le traitement.

5. Éléments complémentaires (si besoin)

Mme Isabelle B est traitée au long cours par Haldol Décanoas® (neuroleptique à action prolongée).

Elle prend également du Lepticur® 10 mg (1 cp matin et soir, correcteur du syndrome parkinsonien induit par les neuroleptiques) et de l'Hept-A-Myl® (30 gouttes matin, midi et soir, pour prévenir les hypotensions orthostatiques).

À l'entrée, le psychiatre a ajouté Risperdal® (antipsychotique de 2^e génération), la posologie actuelle est d'un comprimé de 2 mg matin et soir.

Je tends à Mme B ses comprimés (antipsychotique et correcteur) et ses gouttes. Elle me remercie sans me regarder et s'éloigne vers sa table avec les médicaments, alors que l'usage dans le service prévoit que les traitements soient pris dès leur distribution. Surpris, je ne sais pas quoi faire. Je n'ose pas interpellier directement Mme B devant les autres patients. Je ne peux pas non plus la laisser partir avec des comprimés qu'elle n'a pas pris. Je dois aussi continuer à donner les traitements. Je propose à l'infirmière d'aller vers la patiente, ce qui suppose qu'elle continue l'administration des médicaments aux autres patients : elle accepte.

6. Fiche d'analyse concernant l'apprentissage de l'étudiant(e)

Représentations	
Savoirs	<p>Je mobilise pour la première fois des connaissances, jusque là très théoriques, sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la non conscience des troubles dans la psychose (UE 2.6 S2) ; - les problèmes de compliance aux traitements antipsychotiques, liés à la pathologie et aux effets secondaires (UE 2.11 S3) ; - la prise en compte des droits de la personne hospitalisée en psychiatrie (UE 1.3 S1) ; - les soins relationnels : observation (UE 4.2 S2), techniques d'entretiens UE 4.2 S3).
Perceptions	<p>Je suis surpris par le comportement inhabituel, « hors cadre » de la patiente, mais je perçois surtout le risque de non observance du traitement. Je sens que je ne peux pas interpellier Mme B directement au milieu des autres patients.</p>
Expériences	<p>C'est mon premier stage en psychiatrie. Dans les autres services, les patients prennent en général leur traitement, il faut simplement les y aider en cas de perte d'autonomie. Dans les rares cas de refus, ils l'expriment et je peux négocier après avoir écouté leurs raisons. Pour la surveillance, c'est aussi plus simple, il suffit d'observer, d'écouter pour aider, d'avoir des connaissances pour informer.</p>