



# Chapitre 118

## L'examen clinique infirmier, un outil de l'IOA (Infirmier Organisateur de l'Accueil)

*P. BOURSIN<sup>1</sup>, C. MAILLARD-ACKER<sup>2</sup>*

### Points essentiels



Voir la vidéo

- La conscience des démarches intellectuelles infirmières et l'apparition du vocabulaire clinique qui s'ensuit, évoluent depuis une dizaine d'années, sous l'impulsion de nos intuitions, de l'avancée de la législation et de la formation, et du soutien de nos collègues infirmiers étrangers et médecins français.
- Il s'agit de devenir plus performant, pour un meilleur service à la population, en apprenant à décrypter nos intuitions cliniques, et à approfondir, par le raisonnement clinique, ce que l'on sait.
- À l'accueil des urgences, l'examen clinique, observation précise et organisée, est un recueil de données dont l'objectif est de traduire la plainte du patient en signes évocateurs d'un problème de santé, autrement dit d'objectiver les problèmes de santé à partir de la subjectivité du patient, de passer du cadre de référence du patient à celui des soignants, pour pouvoir ensuite agir.
- Il comprend trois éléments : l'entretien clinique, qui, bien mené, fournit l'essentiel des informations ; l'examen physique qui le complète ; et les examens paracliniques, apportant peu d'informations en comparaison, mais venant confirmer ou infirmer les hypothèses issues des deux premiers éléments.
- L'examen clinique est l'un des principaux outils de l'IOA, nécessaire pour mener à bien sa démarche de soins. Il précède le jugement clinique, puis le tri et la mise en œuvre des interventions.

1. Urgences médico-chirurgicales, Hôtel-Dieu – Place du parvis Notre-Dame – 75004 Paris  
E-mail : perrineboursin@hotmail.com

2. Urgences médico-chirurgicales, Hôtel-Dieu – Place du parvis Notre-Dame – 75004 Paris

Comment les infirmiers raisonnent-ils pour analyser une problématique de santé à l'accueil des urgences ?

Quelles démarches et quels outils permettent aux IAO de décider *in fine* du tri et du lieu de soins le plus approprié ?

Signes cliniques, jugement clinique, raisonnement clinique, analyse clinique, examen clinique... ?

L'objet de ce travail est d'approfondir un ensemble de notions tournant autour du mot clinique, et de réfléchir à leurs liens avec notre pratique professionnelle, en particulier lorsque nous exerçons le rôle d'Infirmier d'Accueil aux urgences, loupe grossissante de notre pratique infirmière en général.

À l'origine, l'activité *clinique*, du grec [klinê] – *le lit*, est relative à l'activité du médecin qui, au chevet du patient, observe les manifestations de sa maladie et les réactions de celui-ci, en même temps qu'il l'interroge et l'écoute.

Au fur et à mesure du développement des différents métiers de la santé, cette activité est devenue celle de tout soignant, chacun selon sa spécificité et sa fonction.

Cependant, le mot *clinique* faisait, jusqu'à récemment, peu partie du vocabulaire infirmier français.

## 1. De l'usage des mots

Depuis une dizaine d'années, les experts de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) travaillent à la définition du rôle infirmier dans les services d'urgence.

### 1.1. 2004, la clinique lue à travers les lignes

En 2004, la SFMU publie un premier *référentiel* sur l'*Infirmier Organisateur de l'Accueil* (IOA), référentiel en cours de révision (1).

À cette époque, les experts définissent la mission générale de l'IOA ainsi : « accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et/ou constatés, et, en fonction de ces derniers, décider du lieu de soins adapté » (1).

Dans la fiche de poste proposée, la démarche d'évaluation permettant de définir les priorités et d'aboutir à un tri est peu détaillée. Elle s'effectue à partir d'« outils spécifiques utilisés dans le service [grilles de tri] et sur protocoles écrits et signés par le responsable médical » (1).

La décision du lieu de soin adapté se fait « après recueil et synthèse des informations. Celles-ci sont obtenues par une observation, un entretien et la connaissance de tous documents en possession du patient » (1). Une ébauche de l'activité clinique de l'IOA commence à se lire.

C'est dans la partie du référentiel consacrée à la formation de l'IOA que l'on trouve plus clairement exprimée l'évaluation clinique infirmière : les IOAs devront « savoir détecter et évaluer dans un court laps de temps les éléments essentiels à une première appréciation de l'état du patient et les manifestations somatiques et/ou psychiques, en collaboration avec le médecin [...]. Repérer et évaluer les signes cliniques, c'est mesurer l'écart entre une norme et l'existant. La procédure d'évaluation est une démarche commune à toute une équipe soignante. Elle est constituée de plusieurs étapes : 1. Observer le patient ; 2. Recueillir les données pertinentes permettant l'identification des besoins ; 3. Évaluer le degré de gravité. Trier. Le tri a pour objectif principal de déterminer rapidement le degré d'urgence que présente le patient à son arrivée [...] ; 4. Il se fait à l'aide d'un outil préétabli en fonction des critères de gravité définis en collaboration avec l'encadrement médical » (1). Le raisonnement clinique (observer, recueillir des données pertinentes) précède donc le jugement clinique (évaluer) et le tri.

## 1.2. 2008, la clinique au cœur des compétences de l'IOA

En 2008, la commission infirmière de la SFMU publie un *référentiel de compétences de l'Infirmier(e) en Médecine d'Urgence* (2).

Et, en 2008, les mots de la *clinique infirmière* semblent plus évidents puisqu'on retrouve 24 fois l'occurrence clinique dans ce texte de 66 pages, alors qu'on ne la trouvait que 4 fois dans le précédent référentiel de 48 pages.

Chaque compétence de l'Infirmier en Médecine d'Urgence mobilise ainsi : connaissances et savoirs ; compétences stratégiques / jugement clinique / résolution de problème ; et enfin compétences techniques.

Ainsi, un IOA doit être capable « de recueillir, d'analyser, de synthétiser un ensemble de données cliniques », « de faire preuve de discernement et d'objectivité », « de réaliser un entretien "d'accueil" ciblé et pertinent en moins de cinq minutes afin de déterminer le degré de gravité traduisant l'expertise en évaluation de l'état de santé en soins d'urgences », « de mettre en œuvre un certain nombre de mesures cliniques et paracliniques adaptées au patient afin d'établir un jugement clinique fiable sur les besoins en soins du patient pris en charge en urgence », « d'anticiper la dégradation d'une situation, de l'état d'un patient ou de la charge de travail dans les zones de soins et à l'accueil », « de porter un jugement clinique rapide et efficient en cas d'afflux de patients » (2).

## 1.3. 2009, évaluer une situation clinique, première compétence à acquérir pour les étudiants infirmiers

Par ailleurs, à la rentrée scolaire 2009, la formation initiale des infirmiers évolue et intègre l'université. Il s'agit d'acquérir dix compétences dont la première est d'« évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier » (3).

À l'occasion de cette entrée à l'université, un master 1 (M1) en Sciences Cliniques Infirmières (SCI) ouvre ses portes (École des Hautes Études en Santé Publique – Université d'Aix-Marseille). L'un des modules de ce M1 est consacré au raisonnement clinique infirmier et inclut la pratique de l'examen clinique, enseignement distribué par Pierre Verret, infirmier, chargé d'enseignement à l'université de Laval (Québec).

En juin 2010, les éditions de Boeck éditent *La Pratique infirmière de l'examen clinique*, coécrit par Philippe Delmas (infirmier français, docteur en sciences infirmières – Montréal), Josette Dall'Ava-Santucci (médecin français, ancienne chef du service de physiologie-explorations fonctionnelles de l'hôpital Cochin – Paris, et professeur émérite de l'université Paris 5), et Lyne Cloutier (infirmière québécoise, docteur en sciences cliniques infirmières, dont les recherches portent sur la pratique clinique des infirmières et l'organisation des soins de première ligne) (4).

Parallèlement à cette édition, est organisée à l'Hôtel-Dieu (Paris) une formation à la pratique infirmière de l'examen clinique, par les trois auteurs du livre, accompagnés de médecins de l'Hôtel-Dieu (5).

Dans ce long paragraphe mais court détour dans notre histoire récente, il s'agissait de montrer comment le vocabulaire, et donc la conscience de nos démarches intellectuelles réalisées à l'IOA, évoluaient rapidement depuis une dizaine d'années, sous l'impulsion de nos intuitions, de l'avancée de la législation et de nos formations, et du soutien de collègues infirmiers québécois et de collègues médecins français.

#### 1.4. 2012, conférence SFMU sur les bases du raisonnement soignant

L'une des dernières et importantes étapes fut l'une des conférences du programme *Infirmiers et Personnels de l'urgence*, lors du dernier congrès de la SFMU, en juin 2012, conférence donnée par des médecins concernant *Les bases du raisonnement lors des prises en charge soignantes* (6).

Les points clés en étaient :

- « Le raisonnement clinique est une compétence majeure des professionnels de santé, notamment des infirmiers.
- Une meilleure compréhension du raisonnement des infirmiers est associée à des enjeux importants sur le plan de la formation initiale et continue, et de la pratique professionnelle.
- Le raisonnement clinique désigne l'habileté du soignant à évaluer les problèmes ou les besoins d'un patient, et à analyser les données afin d'identifier avec justesse ces problèmes et de les cerner dans l'environnement du patient.
- Les infirmiers raisonnent à toutes les étapes de la prise en charge d'un patient : sa rencontre, le recueil d'informations, la formulation d'hypothèses quant au problème du patient et la planification des actions de soins.

- Le raisonnement clinique repose sur la mobilisation de processus intuitifs et analytiques, et sur la mise en œuvre de connaissances organisées de façon spécifique dans la mémoire à long terme.
- Le raisonnement intuitif joue un rôle très important dans la démarche de soins.
- Le raisonnement des infirmiers pratiquant dans les services de médecine d'urgence pourrait être associé à un certain nombre de spécificités, au regard des particularités de cet environnement de soins.
- Les dispositifs de formation au raisonnement clinique doivent permettre de développer les processus mobilisés par les infirmiers pour raisonner et organiser efficacement leurs connaissances dans la mémoire à long terme.
- L'apprentissage du raisonnement clinique dans les instituts de formation en soins infirmiers est associé à des enjeux majeurs dans le contexte actuel de scientification et d'universitarisation du cursus de formation des infirmiers » (6).

Alors, quel est donc ce raisonnement clinique, cette démarche d'analyse clinique que nous pressentons et qui nous permet d'aboutir à un tri et au choix d'un lieu de soins adapté pour chaque personne que nous accueillons aux urgences ?

Encore deux derniers éléments essentiels à préciser avant de commencer à présenter l'examen clinique et sa pratique infirmière.

De notre pratique quotidienne, nous tirons des expériences qui nous permettent d'approfondir en continu nos connaissances, mais ce de façon plus ou moins consciente. Patricia Benner, infirmière américaine, docteur et professeur à l'université de San Francisco, décrit, en 1995, comment les plus jeunes d'entre nous ont peu d'expériences à confronter à leurs bases théoriques, alors que les plus expérimentés ont tellement intégré leurs expériences qu'ils ont souvent une vision intuitive de la situation, et des difficultés à expliquer leurs raisonnements (7). Pour tous, essayer de décrypter nos intuitions est un beau défi, et approfondir ce que l'on sait aujourd'hui du raisonnement clinique une manière de mieux comprendre ces intuitions, et de devenir plus performant.

D'autre part, Mohsen Adib Hagbaghery, infirmier iranien, docteur et professeur à l'université de Téhéran, a travaillé sur les facteurs facilitant et ceux inhibant la prise de décision clinique des infirmiers (8). Les facteurs personnels les plus importants influençant la prise de décision clinique des infirmiers ayant participé à cette étude sont le sentiment de compétence et celui de confiance en soi. Des facteurs extérieurs, comme l'organisation de la structure de soins, se sentir encouragés par l'accès à divers ressources, et la formation infirmière, influençaient positivement ou négativement leur capacité à prendre des décisions cliniques.

## 2. L'examen clinique d'un problème de santé, définitions

« La notion d'examen renvoie au fait d'observer, de considérer attentivement la personne tout en menant une étude minutieuse afin d'apprécier son état de santé mais aussi ses réactions. Le terme clinique renvoie à l'examen direct du patient à

l'aide de la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher et par le biais de certains appareils courants comme le stéthoscope, le tensiomètre et le marteau à réflexes » (4).

« L'examen clinique est une activité qui s'exerce donc auprès d'un patient. Il comporte deux grands axes complémentaires : l'histoire de santé et l'examen physique.

De façon plus explicite, l'histoire de santé, recueillie par l'entretien clinique désigne le bilan fait par la personne de son état de santé. Il tient compte des symptômes ou données subjectives exprimées par le patient qui évalue ainsi ce qui lui semble normal versus anormal. L'exploration du problème de santé peut être complète ou partielle selon les circonstances (première hospitalisation du patient ou suivi d'une maladie chronique). C'est une phase très importante puisqu'elle permet de recueillir 70 % des informations [...].

Le terme physique dans l'examen physique renvoie au corps humain, à sa morphologie et à sa typologie. Il permet de recueillir des signes ou données objectives, manifestations particulières recueillies à l'aide de différentes techniques d'examen, comme l'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion.

Les examens complémentaires [paracliniques] sont les examens qui se réalisent avec d'autres instruments (comme un lecteur de glycémie [...]) pour collecter des données objectives complémentaires. Il peut s'agir d'examens biologiques sur échantillon mais aussi des examens liés à l'imagerie médicale. Ils permettent en général d'affiner le diagnostic médical ou [sont] utilisés en routine pour la surveillance d'une maladie chronique par exemple. De façon globale, ils permettent d'apporter 10 % des informations concernant l'état de santé du patient » (4).

« En fonction des situations de soins et de son jugement, l'infirmière pourra choisir entre plusieurs types d'examen clinique comme l'examen clinique complet de la tête au pied (lors d'une première entrevue avec un patient), l'examen clinique partiel (suivi régulier des patients hospitalisés ou en libéral), l'examen clinique centré sur un symptôme (suivi plus particulier d'un élément clinique comme une escarre) et l'examen clinique effectué en urgence (centré sur les fonctions vitales du patient) » (4).

Ainsi l'examen clinique est un recueil de données précis et organisé... L'examen clinique est donc un recueil de données précis et organisé dont l'objectif est de traduire la plainte du patient en signes évocateurs d'un problème de santé, autrement dit d'objectiver les problèmes de santé à partir de la subjectivité du patient, de passer du cadre de référence du patient à celui des soignants, pour pouvoir ensuite agir.

Il comprend trois éléments : l'entretien clinique, qui, bien mené, fournit 70 % des informations ; l'examen physique qui le complète et fournit 20 % des informations ; et enfin, les examens paracliniques venant confirmer ou infirmer les hypothèses issues des deux premiers éléments et apportant 10 % des informations concernant l'état de santé du patient.

Bien entendu, lorsque le patient est dans l'impossibilité de s'exprimer, il ne s'agit plus de traduire sa plainte par un entretien de qualité mais d'objectiver des signes évocateurs d'un problème de santé par un examen physique particulièrement rigoureux et par un usage judicieux des examens paracliniques à disposition.

### 3. L'examen clinique d'un problème de santé à l'accueil des urgences, la démarche de soin de l'IOA

#### 3.1. Observer

« La démarche de soins est une approche globale qui considère autant les problèmes en présence que leurs effets sur le fonctionnement d'un être humain. Cette méthode de résolution de problème permet à l'infirmière de construire un soin individualisé au patient, en utilisant, de la collecte de données à la planification de l'intervention, une démarche rigoureuse et méthodique.

La première étape est la collecte de données qui représente le processus à travers lequel les renseignements disponibles et nécessaires sont recueillis mais aussi vérifiés, colligés et communiqués [...] » (4).

L'observation est la base de cette collecte, observation en tant que processus délibéré de concentration et d'attention sur un sujet que l'on souhaite approfondir ; observation en tant que regard objectif, attentif et précis. Il s'agit de se concentrer et d'utiliser nos sens pour percevoir l'autre, mais il s'agit aussi de se concentrer pour mettre à contribution notre mémoire comparative et déductive.

Margot Phaneuf, infirmière canadienne et docteur, décrit le processus d'observation. Dans un premier temps, la réception des informations est plutôt passive : l'œil reçoit l'image de la personne ou de la situation, la manière dont elle se mobilise, dont elle entre en relation, dont elle respire, la couleur de son teint... l'oreille perçoit son ton de voix, ses paroles, ses plaintes, sa respiration altérée, sa logorrhée... le nez perçoit différentes odeurs, l'haleine cétosique, l'haleine alcoolisée... la main distingue divers sensations, la chaleur ou la froideur de la peau, une induration, une déformation... Très rapidement, ses informations vont être vérifiées activement par un questionnement intérieur du soignant (Qu'est-ce que je vois ? Qu'est-ce j'entends ? Qu'est-ce que je comprends ?), par son entretien clinique (questions semi-ouvertes, reformulations) et un examen physique réalisé activement (par exemple, celui de la fonction respiratoire : le patient semble avoir une respiration confortable, sa fréquence respiratoire et sa saturation en O<sup>2</sup> me le confirment-elles ? Si non, est-ce que je retrouve des signes de détresse respiratoire ?...).

Le troisième temps sera celui de la validation de ce qui est perçu par d'ultimes questions de clarification, et par le comportement ou les paroles de la personne qui confirmeront ou infirmeront ce que l'infirmier pense avoir compris.

Le quatrième temps sera celui de l'interprétation de ce qui est perçu, le jugement clinique (9).

### 3.2. Des données subjectives et objectives à recueillir

De façon courante, deux types d'informations sont recueillies grâce à l'observation.

« Les données subjectives, recueillies par l'entretien clinique, représentent les perceptions du patient par rapport à sa santé et singularisent les professionnels qui possèdent chacun un mode d'expression propre à leur discipline et à leur expérience personnelle. À ce niveau, certains modèles conceptuels en soins infirmiers proposent à l'infirmière un schéma exploratoire des informations à recueillir, sous forme d'instruments de collecte de données, pour explorer les éléments importants de l'histoire de santé du patient » (4).

Des moyens mnémotechniques existent en Amérique du Nord pour n'oublier aucun élément lors de ce recueil de données subjectives : les infirmiers québécois utilisent une méthode appelée PQRST AMPLE pour explorer un symptôme principal, les symptômes secondaires et/ou les signes associés, et l'histoire de santé.

	Notion	Explication	Exemple
P	Provoquer Pallier	Qu'est-ce qui provoque l'apparition d'un symptôme ? Qu'est-ce qui le soulage ?	Comment la douleur est-elle apparue ? Avez-vous trouvé un moyen de la faire diminuer ?
Q	Qualité Quantité	Description du symptôme.	Pouvez-vous décrire ce que vous ressentez ? Pouvez-vous situer cette douleur sur une échelle de 1 à 10 ?
R	Région irradiation	Région où se situe le symptôme ; autres régions concernées.	Montrez-moi, avec un doigt, où vous avez mal. Y a-t-il d'autres régions ?
S	Symptômes et signes associés	Autres symptômes associés au symptôme principal.	Y a-t-il autre chose qui ne va pas ?
T	Temps et durée	Moment d'apparition, durée.	Depuis quand avez-vous mal ? La douleur est-elle toujours présente ou est-elle intermittente ?

Le PQRST permet l'exploration du symptôme (10).

A	Allergies.
M	Médicaments et traitements habituellement pris.
P	<i>Past medical history</i> , l'histoire de santé, les antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, familiaux.
L	<i>Last oral intake</i> , la dernière prise alimentaire.
E	Évènement(s) ayant provoqué/précédé le problème de santé.

AMPLE permet le recueil des antécédents personnels (10).

Ces deux moyens mnémotechniques sont des outils à notre disposition pour structurer notre observation.

« Les données objectives, recueillies par l'examen physique, sont celles provenant des connaissances anatomiques et physiologiques de l'être humain ; elles représentent l'espace commun des différents professionnels de santé, étant évident que chacun, bien qu'utilisant les mêmes méthodes d'examen, oriente son examen physique différemment suivant ses fonctions et le but recherché. Ainsi ce dernier fournit une partie importante des données objectives nécessaires tant à l'infirmière qu'aux autres professionnels de santé » (4).

L'examen physique complet se déroule en quatre étapes : l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. Ces deux dernières ne font pas partie de la pratique courante infirmière en France, même si les infirmiers utilisent le stéthoscope pour prendre la pression artérielle ou écouter les bruits aériques dans l'estomac après la pose d'une sonde naso-gastrique.

Aujourd'hui, pour l'Infirmier d'Accueil aux urgences, réaliser un examen physique, c'est essentiellement inspecter les différentes fonctions du corps, et, en premier lieu, les fonctions vitales : la fonction neurologique, la fonction respiratoire, et la fonction cardio-vasculaire. C'est trouver les éléments normaux définissant ces fonctions (exemple pour la fonction respiratoire : une fréquence respiratoire normale, une saturation en oxygène normale, une respiration ample, silencieuse et confortable), et, s'ils ne sont pas retrouvés, de découvrir ceux qui divergent de la norme (toujours pour la fonction respiratoire : une polypnée ou une bradypnée, l'utilisation de muscles accessoires, des sueurs, des bruits inspiratoires ou expiratoires).

### 3.3. Interpréter ces données

Il s'agit de la deuxième étape de la démarche de soin. Appelée interprétation des données, elle conclue une analyse minutieuse et rigoureuse de ces données.

« L'infirmière utilise alors son jugement clinique. [Il] permet de réunir les informations résultant de l'observation, de les examiner, de les relier entre elles, d'établir des liens avec ce qui est déjà connu sur le sujet et de les considérer d'un regard rationnel et critique, ce qui conduit l'infirmière à interpréter de manière synthétique ce qu'elle constate [...] Évidemment, le jugement clinique n'est pas spécifique à la profession infirmière car il est commun à tout professionnel de santé » (4). Il permet l'utilisation d'un vocabulaire commun.

### 3.4. Planifier et mettre en œuvre des interventions : troisième et quatrième, dernières étapes de la démarche de soin de l'IOA

Trier, c'est-à-dire planifier les interventions soignantes, en particulier médicales, correspond à cette étape de planification. Le tri se décide en croisant les conclusions de l'interprétation des données recueillies et une grille de tri.

Une fois ce tri effectué, il reste à mettre en œuvre les interventions : choisir le lieu de soin le plus adapté et y installer le patient ; lui expliquer le déroulement de ces interventions, les différentes étapes probables, les délais associés ; tracer cette

démarche de soins et ses conclusions ; informer ses collègues. Les logiciels informatiques judicieusement utilisés peuvent être d'une grande aide pour cette dernière étape de la démarche de soin de l'Infirmier d'Accueil.

## 4. Conclusion

L'objet de ce travail était d'approfondir un ensemble de notions tournant autour du mot *clinique*, pour mieux réaliser le raisonnement de l'Infirmier d'Accueil aux urgences, et détailler les différentes étapes de sa démarche de soins.

Nous n'avons pas parlé ici de diagnostics infirmiers puisqu'il est bien entendu évident que l'essentiel des problèmes de santé pris en charge à l'accueil d'un service d'urgences sont des problèmes traités en collaboration avec les médecins, s'agissant de défaillances physiologiques ou mentales aiguës. Les infirmiers impliqués dans le suivi de maladies chroniques vont, eux, développer leur raisonnement clinique pour analyser les problématiques d'adaptation aux problèmes de santé de leurs patients.

## Références

1. Société Française de Médecine d'Urgence. Référentiel Infirmier Organisateur de l'Accueil. 2004 ; 48 pages.  
15/12/2012 <http://www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/iaoa2004.pdf>
2. Société Française de Médecine d'Urgence, Piedade I, Ducasse JL, Duval G. Les compétences de l'Infirmière en Médecine d'Urgence. 2008 ; 66 pages.  
15/12/2012 [http://www.sfm.u.org/documents/File/referentielsSFMU/Referentiel\\_IDEU\\_VF2008-06-1.pdf](http://www.sfm.u.org/documents/File/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf)
3. Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier.  
15/12/2012 [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete\\_du\\_31\\_juillet\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf)
4. Cloutier L., Delmas P., Dall'Ava-Santucci J. La pratique infirmière de l'examen clinique. Bruxelles, De Boeck 2010 : 406 pages.
5. Farrayre A. Diplômes infirmiers québécois remis en France. 2011.  
15/12/2012 [www.infirmiers.com/actualites/diplomes-infirmiers-quebecquois-remis-en-france.html](http://www.infirmiers.com/actualites/diplomes-infirmiers-quebecquois-remis-en-france.html)
6. Société Française de Médecine d'Urgence, Pellacia T., et al. Les bases du raisonnement lors des prises en charge soignantes. 2012 ; 8 pages.  
15/12/2012 [http://www.sfm.u.org/urgences2012/urgences2012/donnees/fs\\_tout\\_art.htm](http://www.sfm.u.org/urgences2012/urgences2012/donnees/fs_tout_art.htm)
7. Benner P, traduit par Ovion L. De novice à expert : excellence en soins infirmiers. Paris, Elsevier Masson 1995 : 252 p.
8. Hagbaghery M.A., Salsali M., Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. BMC Nurs. 2004 ; 3 : 2.
9. Phaneuf M. La collecte des données, base de toute intervention infirmière.  
15/12/2012 [www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/La\\_collecte\\_des\\_donnees\\_base\\_de\\_toute\\_intervention\\_infirmiere.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/La_collecte_des_donnees_base_de_toute_intervention_infirmiere.pdf)
10. Brûlé M., Cloutier L. L'examen clinique dans la pratique infirmière. Saint Laurent (Québec), ERPI : 2004, 676 pages.