

Table des matières

Liste des tableaux.....	iv
Liste des abréviations.	v
Résumé	vi
Remerciements.	ix
1. Introduction	1
2. Problématique.....	5
2.1. Survenue de la question de départ.....	6
2.2. Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers.....	7
2.2.1. Le métaparadigme infirmier	7
2.2.2. Modes de savoirs infirmiers	9
2.3. Revue exploratoire de la littérature	12
3. Concepts et champs disciplinaires infirmiers	21
3.1. Démarche de soins infirmiers.....	22
3.2. Examen clinique	27
3.2.1. Définition de l'examen clinique.....	28
3.2.2. Examen clinique infirmier et examen clinique médical	30
3.3. Pratique avancée	34
3.3.1. Définition et compétences de l'IPA	34
3.3.2. Types de pratiques avancées.....	36
3.3.3. Examen clinique dans la pratique avancée	38
3.1. Cadre conceptuel : les travaux de Patricia Benner.....	39
4. Méthode	43
4.1. Définition de la question de recherche (méthode PICOT)	44

4.1.1. Le type de question	44
4.1.2. Population/problème	45
4.1.3. Intervention/Intérêt	46
4.1.4. Comparaison	46
4.1.5. <i>Outcomes</i> (résultats)	47
4.1.6. Formulation de la question de recherche	48
4.2. Méthode de recherche des articles.....	48
4.3. Critères de sélection des articles.....	49
5. Synthèse des résultats et discussion	53
5.1. Synthèse des résultats des articles.....	54
5.1.1. Examen clinique : bénéfiques pour le patient et la pratique infirmière .	54
5.1.2. Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'examen physique	58
5.1.3. Une frontière floue entre les différents rôles.....	64
5.2. Développement des résultats en lien avec la question PICOT	68
5.3. Propositions pour la pratique	69
5.3.1. Implications pour l'enseignement	69
5.3.2. Clarifier les rôles.....	72
5.3.3. Vers une réorganisation des soins	73
6. Conclusion	75
6.1. Apports du travail de Bachelor	76
6.2. Facteurs contraignants et facilitateurs	79
6.3. Limites	80
6.4. Perspectives pour la recherche	81
7. Références.....	83
8. Appendices	88

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Comparaison des finalités du jugement clinique infirmier et médical..33
- 2 Niveaux de preuves 51
- 3 Facteurs facilitateurs à la pratique de l'examen physique infirmier 62
- 4 Obstacles à la pratique de l'examen physique infirmier 63

Liste des abréviations

ASSC	Assistante en soins et santé communautaire
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers en Suisse
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
ICS	Infirmière clinicienne spécialisée
IF	<i>Impact factor</i>
IPA	Infirmière de pratique avancée
IP	Infirmière praticienne
MSc	<i>Master of science</i>
PA	Pratique avancée
PEC	Plan d'études cadre du Bachelor en soins infirmiers

Résumé

Problématique

La profession infirmière doit faire face à de nombreux changements tels que l'évolution démographique et économique, qui va influencer de manière directe les besoins en matière de santé. L'intégration de l'examen physique clinique plus détaillé et systématique dans sa pratique semble ainsi être devenu nécessaire pour répondre aux besoins actuels. Pourtant, on constate que le débat est encore présent sur la profession à laquelle revient cette tâche et cela pose le problème de la délimitation des rôles entre le médecin, l'infirmière ou l'infirmière de pratique avancée. L'examen clinique fait-il partie du rôle infirmier et l'enrichit-il ou le dénature-t-il ? La démarche de soins infirmiers permet de se rendre compte des compétences auxquelles l'infirmière fait appel pour réaliser un jugement clinique et décider des actions à initier. Nous souhaitons donc déterminer dans quelle mesure l'examen physique s'y intègre de manière harmonieuse.

Concepts abordés

Nous avons choisi de développer le concept de la démarche de soins infirmiers car il est directement en lien avec un autre concept central de cette recherche, l'examen clinique infirmier, ce dernier étant à différencier de l'examen clinique médical. Enfin, nous définirons l'infirmière de pratique avancée, étant à l'origine de cette nouvelle compétence.

Méthode

Pour répondre à la problématique nous avons réalisé une revue de la littérature en définissant d'abord les mots-clés adaptés et les descripteurs leur correspondant. Ensuite, nous avons interrogé les bases de données Medline, Cinahl, PubMed, Cochrane, JBI et PsycINFO. Nous avons retenu 37 articles, que nous avons lus et analysés à l'aide de la grille adaptée de Fortin (2010), afin de retenir les 15 articles qui nous semblaient les plus pertinents pour répondre à notre question.

Résultats

Les résultats des études montrent que, globalement, l'examen physique est une compétence pertinente pour les soins infirmiers dans la mesure où il participe à l'élaboration du jugement clinique infirmier et la mise en place d'interventions rapides et adaptées face au changement de l'état de santé du patient. Mais il manque des preuves pour affirmer clairement un lien entre l'examen physique infirmier et l'amélioration de la prise en charge du patient. La surveillance et la détection de signes d'alarme font partie intégrante du rôle infirmier. L'examen physique est un des outils pour l'assurer, bien que la question des rôles des différents professionnels de la santé exerçant ce type d'examen fasse encore débat. Cependant, les infirmières formées mobilisent peu de techniques d'examen physique dans leur pratique quotidienne, mettant en évidence un décalage entre l'enseignement et la pratique, ce qui a soulevé des questions sur la

pertinence des programmes d'enseignement de ces compétences. En cherchant des explications à ce phénomène, les études ont mis en évidence des freins à la mise en pratique de l'examen clinique ainsi que des facteurs facilitateurs sur lesquels il est possible d'agir pour améliorer l'intégration de l'examen physique dans la pratique infirmière. La nécessité de bien définir l'examen clinique infirmier et les rôles de chacun des professionnels de santé par rapport à l'examen physique est apparue comme centrale.

Conclusion

Ce travail nous a permis de confirmer certains ressentis que nous avons au départ et d'apporter une vision plus approfondie de l'intérêt de l'examen physique en soins infirmiers. De nombreuses études corroborent les mêmes résultats, ce qui permet de relativiser les limites de ce travail, c'est-à-dire le faible échantillonnage et la provenance des études. Ce travail a également permis de formuler des pistes pour des recherches ultérieures. En effet, il apparaît nécessaire d'amener des preuves scientifiques du lien de causalité entre l'examen clinique et les bénéfices sur le patient, d'identifier dans quelle mesure l'examen physique est exercé au sein de la démarche de soins infirmiers ainsi que de déterminer de quelle manière l'enseignement peut être adapté aux besoins des étudiants pour favoriser sa mise en pratique.

Mots-clés

Examen physique ; pratique infirmière ; bénéfices

Remerciements

Le travail de Bachelor est une étape importante de notre formation. De nombreuses personnes ont contribué à sa réalisation par leur soutien, leurs encouragements et leurs précieux conseils. Nous leur adressons donc toute notre reconnaissance pour leur participation à ce projet.

Nous remercions en premier lieu notre directrice de travail de Bachelor, Madame Myriam Graber, pour ses conseils et son soutien tout au long de ce parcours qui nous ont permis d'orienter notre réflexion. Nous adressons également nos remerciements à Madame Grünenfelder, infirmière à Alfaset La Chaux-de-Fonds, pour ses éclairages et sa collaboration à l'élaboration de notre problématique. Un sincère merci également à Lydia Strautmann et Francesco Turri, ayant eu l'amabilité de relire nos écrits. Enfin, nous exprimons également notre gratitude à nos proches qui ont su nous redonner confiance et apporter leur soutien tout au long de cette démarche.

« Nous ne voyons que ce que nous connaissons »

(Goethe, XVIII^{ème} siècle).

1. Introduction

Ce travail de Bachelor consiste en une revue de littérature visant à développer un questionnement clinique par rapport à une problématique en soins infirmiers. Il a aussi pour but d'élaborer des propositions pour la pratique infirmière sur la base de résultats scientifiques et probants, en adoptant une posture réflexive et professionnelle.

La thématique de ce travail s'articule autour de l'intérêt à intégrer l'examen physique dans l'exercice professionnel des infirmières¹. L'examen physique fait partie de l'examen clinique, en plus de l'histoire de santé du patient et des examens complémentaires (Jarvis, 2010 ; Brûlé, & al., 2002). L'examen physique participe donc à l'évaluation globale de l'état de santé du patient et se caractérise par la pratique de l'observation, la palpation, la percussion et l'auscultation. Il s'agit d'une compétence nouvellement enseignée dans la formation initiale en soins infirmiers, avec la mise à jour du Plan d'études dans le cadre du Bachelor en soins infirmiers en 2012 (PEC 12). Il fait donc partie du référentiel des compétences² des étudiants infirmiers diplômés avec un titre Bachelor, particulièrement dans la

¹ N.B. : Le terme « infirmière » est volontairement utilisé tout au long de ce travail dans sa forme féminine. Cet usage ne reflète en rien une discrimination basée sur le genre, l'objectif étant d'en simplifier la lecture. Les divers autres termes et adjectifs employés liés à la fonction infirmière s'appliquent aussi bien aux personnes de sexe féminin que masculin.

² Le référentiel des compétences en soins infirmiers est un document d'évaluation qui décline les différentes compétences que l'étudiant doit acquérir. Les compétences exigées sont adaptées au niveau taxonomique et doivent être validées à chaque période de formation pratique dans les institutions socio-sanitaires.

compétence A1 : « Evaluer, de manière systématique et rigoureuse, l'état de santé physique et mental de la personne » (Haute école de Suisse occidentale, PEC 12, p.25). Dans la pratique, il n'existe cependant pas encore de texte juridique sur la profession infirmière qui inscrive la compétence de l'examen physique explicitement dans le rôle infirmier.

Nous avons retenu ce sujet en fonction de nos intérêts personnels et professionnels qui proviennent avant tout de notre formation pratique. En effet, lors de nos stages dans les différents contextes de soins (soins à domicile, foyer handicap, soins physiques aigus, gériatrie, psychiatrie, pédiatrie), il nous a semblé difficile d'intégrer certaines des techniques d'examen physique dans notre pratique ; en particulier la palpation, la percussion et l'auscultation qui sont des compétences exercées par les médecins, mais peu par les infirmières. Nous avons la sensation que notre future profession comprenait déjà passablement de responsabilités et d'un point de vue organisationnel, il nous semblait difficile d'y intégrer une tâche supplémentaire. Ainsi donc, nous voulions mieux comprendre les bénéfices de l'examen clinique pour notre profession et particulièrement pour le patient, qui reste au centre de notre pratique.

De plus, nous nous sentons toutes les trois concernées, car peu importe le contexte de soins dans lequel chacune de nous aimerait exercer sa profession, l'examen physique est applicable.

Plusieurs chapitres composent ce travail. En premier lieu, nous présentons brièvement l'institution à l'origine de la question de départ et les raisons qui motivent celle-ci. Ce chapitre démontre aussi en quoi la question de départ s'inscrit dans la discipline des sciences infirmières et se termine par une revue exploratoire de la littérature afin de faire un état des lieux des connaissances en lien avec la problématique. Dans le chapitre suivant, sont explicités les concepts-clé de ce travail ainsi que le modèle conceptuel dans lequel il s'inscrit et qui est issu des Travaux de Patricia Benner. En troisième lieu, nous précisons davantage la problématique avec la formulation de la question de recherche selon la méthode PICO(T) et nous exposons la démarche de recherche et de sélection des études et articles scientifiques retenus pour répondre à la question de recherche. Au chapitre suivant, sont synthétisés les résultats des articles qui sont ensuite développés en lien avec la question de recherche. Il en découle des propositions pour la pratique. Finalement, nous explicitons dans la conclusion les apports de ce travail, ses limites et les perspectives pour la recherche.

2. Problématique

2.1. Survenue de la question de départ

La question de départ de notre travail « En quoi un examen clinique multidisciplinaire (infirmiers, médecins...) présente-t-il un bénéfice ou non pour le client? » a été proposée par la fondation Alfaset. Cette dernière a pour mission de favoriser l'intégration sociale des personnes en situation de handicap. Fondée en 1962, avec le premier atelier protégé en Suisse, Alfaset compte à ce jour cinq centres de production (ateliers) et trois foyers d'accueil répartis dans le canton de Neuchâtel. Majoritairement, ce sont des personnes atteintes de troubles psychiques stabilisés qui sont accueillies. L'équipe interdisciplinaire travaillant auprès de ces personnes est principalement composée d'infirmières et infirmières-assistantes, d'éducateurs et assistantes socio-éducatives, de maîtres socio-professionnels et d'un médecin psychiatre qui passe une fois par semaine.

Nous avons rencontré une des infirmières de l'institution, à la Chaux-de-Fonds, afin de comprendre comment ce questionnement a émergé. Elle nous a expliqué que la question s'est posée au sein d'Alfaset lorsque l'examen clinique y a fait son apparition au cours de l'année 2014. Les infirmières avaient, à cette époque, des réticences face à cette nouvelle compétence demandée. Elles se sont notamment interrogées sur la pertinence pour le patient d'un examen clinique qui serait mené à la fois par

l'infirmière et par le médecin. Toutefois, à travers le suivi de formations continues dans l'évaluation clinique, les professionnelles ont compris les implications de l'examen clinique et l'ont progressivement accepté dans leur pratique.

Cette thématique de travail de Bachelor a retenu notre attention car nous avons des interrogations similaires à Alfaset concernant l'intérêt de l'examen clinique dans l'exercice infirmier.

2.2. Pertinence de la question de départ pour les soins infirmiers

Afin d'établir les liens entre notre question de départ et les soins infirmiers, nous nous basons sur les concepts du métaparadigme infirmier selon Fawcett (1978 ; dans Dallaire, 2000) et les modes de savoir de Carper (1978 ; dans Pépin et al., 2010).

2.2.1. Le métaparadigme infirmier

Fawcett (1978; dans Dallaire, 2000) a proposé quatre concepts centraux de la discipline infirmière, qui constituent le métaparadigme infirmier : la santé, la personne, les soins et l'environnement. Notre question

de départ, qui est issue de la pratique, peut être reliée à ces concepts comme suit.

Santé : ce concept est défini comme le « caractère subjectif, la manière unique avec laquelle la personne vit les événements liés à la santé ; c'est-à-dire, ce qui est vécu dans des situations relatives à la croissance, au développement et à des problèmes comme la maladie » (Fawcett, 1992 ; dans Dallaire, 2000, p. 75). L'examen clinique, qui recouvre plusieurs techniques permettant d'évaluer l'état de santé du patient, est l'un des éléments des compétences infirmières qui permet de révéler l'expérience vécue de la maladie du patient.

Personne : se définit comme l'être humain qui est intégré dans une famille, une communauté, un groupe et à sa culture ; ces aspects doivent être pris en compte dans la prise en charge infirmière. La personne (le patient) est au centre de notre question, car nous cherchons à savoir comment l'examen clinique infirmier peut améliorer les soins qu'elle va recevoir.

Soins : les soins sont « de nature humaine et relationnelle, et englobent diverses activités d'accompagnement, de soutien, de facilitation lorsque la personne vit une expérience de santé » (Pépin, Kérouac, & Ducharme, 2003, p. 75). Les diverses actions entreprises par l'infirmière sont vues comme un processus mutuel entre la personne soignée et l'infirmière. Elles comprennent des activités de recueil de données, de jugement clinique,

de planification, d'intervention, et d'évaluation (Fawcett, 2005). L'examen clinique peut être considéré comme un soin, dans la mesure où il entre dans les activités de recueil de données et d'évaluation. En effet, il a pour but de décrire l'état clinique du patient pour suivre son évolution ainsi que de détecter des anomalies. Ainsi, il permet de mettre en place des actions appropriées à l'état de santé du patient et d'ajuster les traitements et les interventions, notamment pour éviter une détérioration.

Environnement : se réfère à ce qui entoure la personne, tant d'un point de vue relationnel que matériel. Il renvoie aussi à ce qui l'entoure au niveau local, national, culturel, social, politique et économique. L'examen clinique avec le recueil des données, subjectives notamment, permet d'accéder à ce qui constitue l'environnement du patient.

2.2.2. Modes de savoirs infirmiers

Le terme « savoir » se réfère ici à un ensemble de connaissances. Carper (1978 ; dans Pépin et al., 2010) a décrit quatre modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier que Pépin et al (2010) ont ensuite définis à partir de ses travaux.

Le mode empirique : il pourrait se résumer à la dimension scientifique et fait référence aux savoirs issus de la recherche, de l'observation, de l'exploration et de la description des phénomènes. Il consiste à remettre en question les interventions infirmières et à y intégrer

les savoirs issus de la recherche en les conceptualisant et les structurant pour qu'elles puissent être validées. Ce savoir découle des questions « Qu'est-ce que c'est ? » et « Comment cela fonctionne-t-il ? » (Chinn & Kramer, 2008 ; dans Pépin et al., 2010). Le principe même de ce travail de Bachelor se superpose au mode de savoir empirique tel que défini ici. Nous partons d'une question issue de la pratique pour élaborer un savoir scientifique sur cette pratique.

Le mode esthétique : également appelé l'art des soins infirmiers, il renvoie aux ressources créatives de l'infirmière pour faire face à une situation ou entrer en relation avec le patient. Il découle des activités quotidiennes de l'infirmière et se réfère à la beauté d'un geste, à son adresse et à l'intensité d'une relation qui vont faire une différence pour l'autre et le transformer. Pour permettre à l'infirmière de mieux comprendre la signification des soins réalisés et de préserver ses propriétés humaines, Chinn et Kramer (2008; dans Pépin et al., 2010) lui proposent de se demander : « Qu'est-ce que cela signifie ? » et « Comment est-ce significatif ? ». L'objet de notre question de départ est justement de déterminer si l'examen clinique apporte une réelle plus-value au patient. La littérature fait émerger aussi la question de savoir si cette nouvelle compétence infirmière est en accord avec le sens de la pratique infirmière et si elle permet ou non de se rapprocher du patient, ce qui relie ce travail au savoir esthétique.



Le mode personnel : il pourrait se résumer par l'effort de compréhension de soi et de l'autre. Il prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmière ; difficile à quantifier, il englobe ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant au niveau intellectuel qu'intuitif. L'authenticité, l'ouverture, l'empathie découlent de ce mode de savoir et lui permettent d'avoir une approche plus fine et élaborée pour faire face à une situation donnée en mobilisant son propre vécu. On parle alors d'utilisation thérapeutique de soi. Chinn et Kramer (2008 ; dans Pépin et al., 2010) proposent deux questions simples à l'infirmière afin qu'elle développe sa connaissance d'elle-même et ait une pratique plus réflexive : « Est-ce que je sais ce que je fais ? » et « Est-ce que je fais ce que je sais ? ». Notre question de départ suppose également d'aller interroger ce mode de savoir personnel en lien avec l'introduction de l'examen clinique dans la pratique infirmière.

Le mode éthique : aussi appelé la dimension morale, il s'appuie sur des codes, des principes, et des valeurs. Il consiste à la prise en compte de ces derniers par l'infirmière lors des situations de soins. « Est-ce juste ? », « Est-ce responsable ? », telles sont les questions qui permettent à l'infirmière de développer une réflexion sur sa pratique et sa compréhension morale des situations rencontrées. Johns (2004 ; dans Pépin et al., 2010) rajoute que c'est également en justifiant ses actes et par le dialogue d'ordre moral, qu'elle pourra acquérir ce mode de savoir. Notre question de départ

conduit inévitablement à se poser des questions que l'on peut qualifier d'ordre éthique. L'élargissement des compétences infirmières, dont fait partie l'examen clinique, pose la question des motivations à ce changement. Est-ce que l'intérêt du patient est vraiment au centre de ce changement ? Est-ce que l'examen clinique sert simplement à décharger les médecins et à réduire les coûts de la santé ou est-ce que le patient en retire bel et bien un bénéfice ? C'est une des questions-clé de notre travail, qui permet de la relier de manière évidente au mode de savoir éthique.

2.3. Revue exploratoire de la littérature

Plusieurs éléments sont ressortis de la recherche exploratoire. D'abord, la majeure partie de la littérature sur la question de l'examen clinique infirmier provient de pays anglophones tels le Royaume-Uni, les Etats-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Canada, mais aussi du Japon et plus rarement de Suisse. Cette provenance de la littérature peut notamment s'expliquer par l'expérience de ces pays en matière d'examen clinique, ce dernier ayant été intégré dans le domaine infirmier plus précocement que dans la majeure partie des pays européens.

L'utilisation de l'examen clinique a toujours fait partie des soins infirmiers depuis Florence Nightingale, au XIX^e siècle. Auparavant, la pratique de l'examen clinique par les infirmières n'était pas basée sur un apprentissage théorique mais était essentiellement acquise sur le terrain (Reaby, 1991). De nos jours, la profession infirmière doit faire face à de nombreux changements et la pratique d'un examen clinique plus large et systématique semble être devenue nécessaire pour répondre aux besoins actuels. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois dans l'histoire de la profession que de nouvelles compétences s'ajoutent au rôle infirmier. A l'origine, la prise des paramètres vitaux relevait de la tâche du médecin. Le monitoring de la fonction cardiaque et l'administration de perfusions sont également passés du médecin à l'infirmière et ont alors changé de manière radicale le visage de la profession. Aujourd'hui, la profession infirmière doit une nouvelle fois s'adapter aux besoins du système de santé (Coombs & Morse, 2002).

Toute la littérature analysée fait ce même constat, quel que soit le pays d'origine. On observe depuis plusieurs décennies des changements à plusieurs niveaux : d'ordre démographique tels le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation des maladies chroniques et par conséquent de l'évolution des besoins de la population, mais aussi d'ordre économique avec des contraintes et des budgets toujours plus restreints, des temps d'hospitalisation raccourcis et des

problématiques d'accès aux soins. Ces facteurs ont un impact direct dans le domaine de la santé, lui aussi en changement structural avec le développement des soins à domicile, de la médecine et des nouvelles technologies et avec la diminution du nombre de médecins et de leurs heures de travail (Baid, 2006; Coombs & Morse, 2002; Duff, Gardiner, & Barnes, 2007; Lillibridge & Wilson, 1999; Wheeldon, 2005). Ce contexte est aussi réel en Suisse, comme le constate l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) : « En raison de cette évolution, le besoin en prestations infirmières et médicales va augmenter tout comme leur complexité. » (SBK – ASI, 2011, p.4). Dans ce contexte global, la profession évolue et les infirmières ont l'opportunité d'occuper des positions stratégiques dans les organismes publics de santé : dans les milieux de soins hospitaliers, ou ailleurs comme dans les milieux ruraux en l'absence de médecins généralistes ou en collaboration avec ceux-ci (Cahill, 1996; Schroyen, George, Hylton, & Scobie, 2005). Se développent également des cliniques gérées entièrement par des infirmières qui se concentrent sur la promotion de la santé et l'éducation, plutôt que le traitement de la maladie, en particulier dans le domaine des maladies chroniques, comme les thérapies contre le cancer, les soins des plaies, l'arrêt du tabac et les maladies coronariennes (Joanna Briggs Institute, 2009). Pour pouvoir occuper ces positions, les infirmières doivent étendre leurs compétences, dont l'examen clinique est une composante essentielle. Ainsi, depuis les années 1960, les

infirmières aux Etats-Unis qui valident le programme d'infirmière praticienne sont formées à l'examen clinique et le pratiquent avec un haut niveau de savoir, de compétence et de fiabilité (Reaby, 1991). En Australie, l'utilisation de l'examen clinique par les infirmières a commencé à être encouragée à la fin des années 80 et encore plus récemment en Nouvelle Zélande (Reaby, 1991). Au Royaume Uni, les soins infirmiers ont été plus lents à réaliser son importance (West, 2006), tout comme en Suisse, où il a été introduit dans la formation initiale au niveau Bachelor en 2012 (Haute Ecole de Suisse Occidentale, 2012), l'évolution des besoins de santé entraînant une adaptation nécessaire des soins infirmiers (Lindpainer et al., 2009).

A partir de ces constats, il s'agit de déterminer les catégories d'infirmières concernées par la pratique de l'examen clinique et dans quels contextes de soins. La littérature fait surtout référence aux milieux aigus (soins intensifs, urgences, médecine, chirurgie) et aux soins à domicile, probablement parce que ce sont les domaines où les infirmières peuvent le plus mobiliser ce type de compétences (Coombs & Moorse, 2002; Lillibridge & Wilson, 1999; Schroyen et al., 2005; West, 2006). Certains articles font également mention des consultations infirmières, que ce soit dans les milieux de soins aigus, au sein de cabinets médicaux (Halcomb, Salamonson, Davidson, Kaur, & Young, 2014) ou encore comme on l'a vu, au sein de cliniques infirmières (Joanna Briggs Institute, 2009). Ces nouvelles compétences ont tendance à être utilisées principalement par des infirmières

expérimentées, telles que des infirmières spécialistes ou de pratique avancée. Or, les articles ne fournissent pas une réelle définition de leur niveau de formation et de leurs compétences, et devant le nombre de termes différents utilisés pour y faire référence, il apparaît nécessaire de définir le concept de pratique avancée.

Par ailleurs, nous avons également constaté que dans la majeure partie de la littérature sur le sujet, c'est l'examen clinique physique qui est mis en avant, qui n'est pourtant qu'une partie de l'examen clinique. Le questionnaire de santé est donc mentionné sans être développé. Il est considéré que celui-ci, ainsi que l'observation et la prise de mesures (tension artérielle, pulsations, etc.) faisaient déjà partie intégrante de la pratique infirmière et du processus de soins, ce qui n'était pas le cas pour l'examen physique, dont en particulier l'auscultation et la percussion (Lillibridge & Wilson, 1999). Un certain nombre d'articles fait également apparaître une confusion par rapport à ce que recouvre l'examen clinique infirmier dans la communauté infirmière (Fennessey & Wittmann-Price, 2011 ; Lillibridge & Wilson, 1999). Ainsi, il nous apparaît également nécessaire de redéfinir le concept d'examen clinique qui est central dans notre question.

Un autre problème de définition est apparu de manière prédominante dans la littérature : celui de la définition du rôle infirmier et de ses frontières. En effet, les changements abordés précédemment influencent le rôle et la fonction infirmière, d'où un brouillage des frontières entre les rôles infirmiers

d'une part et ceux du médecin assistant d'autre part (Cahill, 1996; Wheeldon, 2005). La question se pose donc de savoir si l'évolution du rôle infirmier, adoptant de nouvelles tâches anciennement du domaine du médecin (dont fait partie l'examen clinique et en particulier plus récemment, l'examen physique), constitue soit une extension du rôle, correspondant à une délégation de tâches médicales aux infirmières, soit à une expansion du rôle, qui se définit par l'élargissement des compétences infirmières utilisées de manière autonome (West, 2006).

Aux yeux de certains auteurs, ces changements du rôle infirmier posent problème car ils risquent de conduire à une érosion des compétences infirmières fondamentales (Cahill, 1996; Wheeldon, 2005). D'autres auteurs estiment encore que l'examen clinique n'est pas de la responsabilité infirmière (Barrows, 1985; Colwell & Smith, 1985; Lont, 1992; Sony, 1992; dans Lesa & Dixon, 2007). Ce point est très débattu, notamment dans la littérature plus ancienne. Cependant la majorité des auteurs reconnaissent les potentiels bénéfiques d'une « *enhanced holistic care delivery* », et voient dans la situation actuelle une opportunité pour le développement de la profession d'infirmière (Howard, 1997 ; dans Wheeldon, 2005).

L'utilisation réelle dans la pratique des techniques d'examen enseignées durant la formation et leur pertinence est un sujet récurrent lors de nos recherches. Smith et Crawford (2004 ; dans Giddens, 2006) révèlent que les jeunes infirmières diplômées n'utiliseraient que très peu l'examen

clinique complet. Barbarito, Carney et Lynch (1997, dans Giddens, 2006) vont plus loin en soutenant que moins de la moitié des techniques enseignées seraient réellement utilisées dans la pratique. Par contre, les infirmières de pratique avancée l'utiliseraient davantage et avec un plus large panel de techniques (Reaby, 1991 ; dans Lillibridge & Wilson, 1999). Dans les années 1970, l'enseignement de l'évaluation physique est devenu un élément standard des programmes de Master et un élément essentiel de la formation en soins infirmiers aux États-Unis (Shinozaki & Yamauchi, 2009). Si l'enseignement de l'examen clinique est aujourd'hui courant dans les programmes de formation Bachelor (par exemple en Angleterre, Australie, États-Unis, Canada, Europe) et que la majorité des auteurs le recommandent (Shinozaki & Yamauchi, 2009; West, 2006), le manque de standards pour cette compétence est souvent évoqué dans la littérature, avec le besoin de déterminer s'il est adapté aux besoins des infirmières dans la pratique.

La question de la loi concernant l'examen clinique infirmier est peu évoquée dans la littérature, mais fait apparaître un vide juridique. En Suisse, la profession infirmière n'est pas réglementée et il n'existe pas de définition du rôle d'un point de vue légal à l'heure actuelle : la définition légale passe par les actes habilités et les qualifications exigées par les lois sur les assurances sociales qui prennent en charge financièrement les prestations, comme la LAMal. Selon l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP, 2016), une loi sur les professions de la santé (LPSan), analogue à la loi sur la

profession médicale (LPMéd), est en développement ; elle définira « les compétences génériques pour toutes les professions de la santé tandis que les compétences professionnelles spécifiques seront définies par le Conseil fédéral » (site internet de l'OFSP). Dernièrement, l'initiative parlementaire du 15 Avril 2015 pour accorder plus d'autonomie au personnel soignant (LAMal ; 11.418) visait la reconnaissance de la responsabilité infirmière mais a été rejetée par le Conseil National.

Suite à cette recherche exploratoire, on voit que plusieurs thèmes apparaissent de manière récurrente en lien avec l'examen clinique : la pratique avancée, la question de la définition des rôles, des bénéfices et des risques de l'évolution du rôle infirmier, de la place de l'examen clinique au sein de cette évolution et de la pertinence de l'enseignement de celui-ci, pour déterminer s'il est efficace. Finalement, l'examen clinique fait-il partie du rôle infirmier ou le dénature-t-il ? Apporte-t-il réellement un bénéfice pour le patient ? Quel place occupe-t-il dans le processus de soin infirmier, peut-il s'y intégrer de manière harmonieuse ? Voici les questions auxquelles nous aimerions tenter d'apporter des éléments de réflexion.

Pour répondre à notre question, nous allons devoir préciser un certain nombre de concepts qui autrement pourraient paraître peu clairs. Nous avons vu précédemment que la littérature fait état d'un débat quant à savoir si l'examen clinique fait partie ou non des responsabilités d'une infirmière, s'il dénature son rôle ou si au contraire il l'enrichit. Pour nous, la démarche de

soin infirmiers ou le processus de soin infirmier (expression souvent retrouvée dans la littérature) est ce qui permet le mieux de rendre compte des compétences auxquelles une infirmière fait appel pour réaliser un jugement clinique et décider de ses interventions. Nous avons donc décidé d'orienter la question autour du lien entre la pratique de l'examen clinique et la démarche de soin infirmiers et allons dans un premier temps définir ce concept. Ensuite, nous définirons le concept d'examen clinique infirmier, car il est au centre de notre question et la littérature fait état d'un problème de définition de ce qu'il recouvre et surtout de ce qui le distingue d'un examen clinique médical. Puis nous définirons la pratique avancée, car ce concept est apparu comme incontournable à aborder, dans la mesure où il est à la base de l'introduction de l'examen clinique dans la pratique infirmière. Il est important de le définir afin de bien comprendre de quoi nous parlons quand nous évoquerons les infirmières de pratique avancée. Nous ne développerons cependant pas le concept de multidisciplinarité présent dans la question initiale car nous avons choisi de nous centrer sur la pratique infirmière de l'examen clinique et ses bénéfices, plutôt que d'être dans une comparaison entre les pratiques infirmières et médicales et/ou des autres professionnels de la santé.

3. Concepts et champs disciplinaires infirmiers

3.1. Démarche de soins infirmiers

La démarche de soins infirmiers est une approche globale de santé centrée sur la personne, sa situation de vie et non sur la maladie. Elle est complémentaire de la démarche médicale, son but étant de produire un jugement clinique sur l'état de la personne afin de prendre les décisions relatives aux soins à donner, qui seront ainsi réfléchis (Perlemuter, Quedavilliers, Perlemuter, Amar, & Aubert, 1999). Les auteurs ne différencient d'ailleurs pas « la démarche de soins » et le « processus de soins ». C'est une démarche dynamique, composée de plusieurs étapes qui vont du recueil de données à la connaissance du patient et de son état de santé et jusqu'à l'évaluation des soins fournis. Pour Perlemuter et al. (1999), il y aurait deux étapes : l'évaluation de la santé d'une personne d'une part et l'élaboration d'une stratégie qui vise la résolution du problème de l'autre. La première se conclut avec la production d'un jugement clinique et l'identification du problème, formulée avec un diagnostic infirmier. La deuxième étape, l'élaboration d'une stratégie, vise la résolution du problème et comprend les objectifs de soins, les actions à entreprendre, la planification de celles-ci, leur mise en œuvre puis leur évaluation.

Selon le Groupe infirmières enseignantes Xavier-Arnozan du CHR de Bordeaux (1987), ce seraient plutôt quatre étapes majeures qui constituent la démarche de soins, similaires à celles présentées ci-dessus.

1) Identification des besoins en soins infirmiers de la personne soignée : il s'agit de connaître le patient et de le situer dans son contexte. Pour cela, il est nécessaire de passer par une phase de recueil de données ou anamnèse, dans le but de recueillir de manière plus ou moins orientée, toute information en lien avec la situation. Ces données peuvent être mineures, comme les émotions, le ressenti et les représentations ; ou alors majeures, comme des indicateurs fiables et mesurables, des caractéristiques physiopathologiques ou comportementales (Perlemuter et al., 1999). Cette récolte peut être réalisée selon différents points de vue : avec une anamnèse selon les dimensions bio-psycho-sociales et spirituelles ou selon une théorie de soin infirmières. Elle peut aussi se faire avec plusieurs sources d'information : les dires du patient et des proches, l'observation, les membres de l'équipe soignante ou encore le dossier médical.

La situation est ensuite analysée pour donner sens aux données récoltées ; il s'agit de la décomposer pour comprendre les rapports entre ses éléments et la manière dont ils sont organisés. C'est lors de cette étape que l'infirmière fait appel à ce qu'on appelle le jugement clinique. Phaneuf (2008) le présente comme un cycle d'activités perpétuelles impliquant ce qui est reçu par les sens, associé à un traitement intellectuel de l'information où interviennent le raisonnement et le jugement. L'infirmière relie donc ses connaissances préalables à sa capacité d'observation, de sélection des données pertinentes, d'établissement de liens et de déductions logiques.

Pour l'auteure, la capacité à émettre un jugement clinique se développe avec l'expérience. Le processus intellectuel sera plus lent en début de carrière, comme le précise la théorie de l'excellence de Benner (que nous définissons dans la partie 3.4. « Cadre conceptuel »). Cette compétence exige également une certaine confiance en soi et engage la responsabilité de l'infirmière. Le jugement clinique est donc au cœur même de la démarche de soins.

A partir de cette analyse, il est possible de dégager les problèmes réels ou potentiels pour le patient, ses besoins en soins infirmiers, ainsi que ses ressources. Ces problématiques peuvent être de nature fonctionnelle (p.ex. constipation) ou au niveau du ressenti (p.ex. angoisse) et doivent être importantes pour la personne concernée. L'infirmière est alors en mesure de poser des diagnostics infirmiers qui sont une formulation codifiée du jugement clinique ; ceux-ci comprennent la difficulté en cours, les causes probables et les manifestations, c'est-à-dire ce qui est observé. Il est en général formulé de la façon suivante : « Problème (le nommer) ... relié à (causes) ... se manifestant par (signes et symptômes).

Les problématiques ou les diagnostics infirmiers, lorsqu'ils sont formulés, seront ensuite priorisés selon des critères d'urgence (lorsque le pronostic vital est en jeu), d'importance (qui peut varier pour l'infirmière ou le patient), d'effort et d'intérêt pour les deux parties. Selon l'ANADI (1990, dans Perlemuter et al., 1999, p.103), le diagnostic infirmier est « l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille, d'une

collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmier(e) est responsable ». Il est donc bien différent du diagnostic médical.

Le diagnostic infirmier doit être validé d'une part avec le patient ou son entourage, qui va confirmer ou non l'existence du problème et sa nature, mais aussi auprès de l'équipe soignante qui atteste de la pertinence de l'analyse réalisée (Perlemuter et al., 1999).

2) La planification : avant de chercher à résoudre les problèmes soulevés, cette étape a pour but de mettre en place des objectifs à atteindre pour la personne soignée. Les objectifs seront séparés en deux volets : d'abord l'objectif général puis les objectifs spécifiques. Le premier désigne ce vers quoi l'équipe infirmière souhaite tendre chez le patient. Il est exprimé en termes généraux. Les objectifs spécifiques englobent quant à eux les capacités qui devraient être atteintes pour obtenir le comportement souhaité chez le patient. Des objectifs intermédiaires peuvent également être posés. Quelques critères doivent être réunis pour que l'objectif constitué soit de qualité : il doit être observable, mesurable, pertinent, précis et réalisable dans le temps fixé. Les ressources ainsi que les limites du patient doivent également être identifiées. Elles permettront d'orienter les actions et de développer le potentiel de la personne soignée.

Les actions pourront être de nature variée : relationnelles, techniques, éducatives, préventives, de maintenance, curative et de réhabilitation et seront décidées toujours en accord avec la personne soignée. Elles sont

priorisées et planifiées de manière logique en suivant les priorités données aux objectifs de soins, avec généralement en premier les actions sur le patient lui-même puis en agissant sur son environnement.

3) La réalisation des soins : cette partie de la démarche est constituée par le soin en lui-même et les composantes qu'apporte l'infirmière, c'est-à-dire les connaissances et le savoir qu'elle a des techniques et des pratiques, son savoir-faire et enfin sa connaissance de soi et d'autrui. Les soins fournis se basent sur plusieurs principes pour être considérés de qualité : la sécurité, le confort, l'hygiène, l'efficacité et l'ergonomie.

4) L'évaluation et le réajustement : lors de cette dernière étape, il s'agit de mesurer l'efficacité des actions entreprises et de rechercher une évolution chez le patient. Pour cela, l'infirmière va se baser sur les dires ou le comportement du patient et sur son jugement clinique, donc en utilisant ses capacités d'observation et de récolte de données pour établir un constat. Elle va ainsi comparer le résultat attendu avec celui qui a été effectivement obtenu; elle pourra ensuite déterminer si l'objectif a été atteint, partiellement atteint ou dépassé par le patient.

L'évaluation entraîne une remise en question de la part de l'infirmière qui va se demander si ses objectifs étaient suffisamment précis, mesurables, observables et adaptés à la personne. Elle va les reformuler si besoin. Les actions sont également remises en question : correspondaient-elles aux objectifs ? Comment ont-elles été réalisées ? Il est aussi important de se

demander si les besoins ont été correctement identifiés et s'ils correspondaient aux besoins du patient, s'il y a eu un changement chez la personne ou un imprévu au sein de l'environnement qui a fait que l'action n'ait pas abouti (Perlemuter et al., 1999).

3.2. Examen clinique

L'examen de la littérature au sujet de l'examen clinique infirmier a révélé un important problème de définition. En premier lieu, les termes utilisés sont variés ; en voici quelques exemples : *health assessment, nursing assessment, focus assessment, body systems, head-to-toe assessment, physical assesement* (Anderson, 1998 ; dans Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Une revue des manuels d'examen clinique (dont Barkauskas, Stoltenberg-Allen, Baumann & Darling-Fisher, 1998; dans Miligan & Neville, 2001 ; Jarvis, 1996) révèle également une variété de définitions qui reflètent différentes interprétations. Ainsi, il n'est pas étonnant que les études montrent une confusion chez de nombreuses infirmières, pour qui le concept d'examen clinique, ce qu'il recouvre ainsi que la différence entre l'examen clinique infirmier et médical, n'est pas toujours clair (Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Lillibridge & Wilson, 1999). Nous allons donc clarifier ces deux aspects.

3.2.1. Définition de l'examen clinique

L'examen clinique est une observation minutieuse de la personne et de ses réactions dans son environnement, réalisé en utilisant les sens du toucher, de la vue, de l'ouïe et de l'odorat (Brûlé, Cloutier, & Doyon, 2002). L'examen clinique présente trois composantes : l'histoire de santé, l'examen physique et les examens complémentaires ou paracliniques (Jarvis, 2010 ; Brûlé, & al., 2002).

Questionnaire de santé – L'histoire de santé représente la partie la plus importante de l'examen. Elle permet de recueillir environ 70% de l'ensemble des informations et constitue la base des données qui oriente la suite de l'examen. L'histoire de santé comprend: l'identité du patient, la raison de la consultation, l'histoire des problèmes de santé actuels, les antécédents personnels et familiaux liés à la santé, le sens que la personne donne à son problème de santé et les impacts de ce problème sur sa vie quotidienne.

L'examen physique – L'examen physique permet de recueillir entre 20 et 25% des informations. Il consiste à faire l'examen du corps par les techniques d'inspection (observation systématique et détaillée du corps ou d'une région de celui-ci), de palpation, de percussion (frapper une surface du corps pour provoquer l'émission de son) et d'auscultation (écouter les bruits produits par les organes) en vue d'apprécier l'état structurel et fonctionnel du corps.

Examens complémentaires ou paracliniques – L'examen complémentaire permet de recueillir environ 10% des informations. Il permet de suivre l'évolution d'un problème de santé ou de préciser un diagnostic médical. Il nécessite d'avoir recours à du matériel pour obtenir diverses données objectives : les mesures physiologiques, les tests biochimiques, l'électrocardiogramme (ECG) et l'imagerie médicale en sont des exemples (Brûlé, et al., 2002). Certains de ces examens peuvent être réalisés par la décision de l'infirmière (comme l'ECG) mais d'autres sont prescrits par le médecin (comme les examens biologiques ou radiologiques). Certaines infirmières de pratique avancée peuvent quant à elles également prescrire ou ajuster certains traitements (Ambrosino et al., 2012; Morin & Eicher, 2013).

Le questionnaire fournit plutôt des données dites subjectives. Ce sont les symptômes, ce que l'individu dit au sujet de lui-même selon ce qu'il juge comme étant normal ou non, par exemple une douleur, une nausée, une peur ou un vécu familial. Le premier contact, la première impression sont des données subjectives, car elles reposent sur la perception du soignant: l'expression faciale, l'apparence physique, l'état de souffrance ou les comportements. Le rôle du soignant dans sa pratique clinique, est de rendre ses observations objectivables.

L'examen physique et les examens complémentaires fournissent des données objectives. Il s'agit de signes cliniques, donc visibles, mesurables ou observables par l'inspection, la palpation et/ou l'auscultation. Certains signes sont directement mesurables avec les outils usuels, c'est notamment le cas

pour le pouls, la tension artérielle (TA), la température corporelle, la saturation pulsée en oxygène, la diurèse ou les liquides corporels drainés. Ce qui vient d'être défini ci-dessus correspond à ce que la Haute Ecole de Suisse Occidentale transmet à ses étudiants, le manuel de référence étant celui de Jarvis (2010).

Dans la littérature étudiée, la plupart des auteurs parlent de l'examen physique mais rarement de l'examen clinique dans sa globalité. En effet, on considère que l'histoire de santé, l'observation et le relevé de mesures (p. ex. TA, pulsations) font déjà partie intégrante de la pratique infirmière, tandis que l'examen physique constitue la partie plus récente des compétences infirmières, en particulier l'auscultation et la percussion (Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Lillibridge & Wilson, 1999; West, 2006).

3.2.2. Examen clinique infirmier et examen clinique médical

Une des sources de confusion concernant le concept d'examen clinique pour certaines infirmières est qu'elles continuent de l'associer au domaine médical. Il est vrai que l'enseignement de l'examen clinique aux infirmières suit une approche bio-médiale avec une étude par système, ce qui peut participer à cette confusion. Il est donc nécessaire de bien définir le rôle infirmier dans la pratique de l'examen clinique par rapport au rôle du médecin quand il pratique le même examen.

Dans la pratique médicale, l'examen clinique sert à orienter le diagnostic médical. Quand une infirmière effectue un examen clinique, ce

n'est pas dans le but de tirer une conclusion définitive au sujet de la santé du patient. Cette étape fait partie du processus de collecte de données nécessaires à l'identification d'un ensemble de facteurs permettant de formuler un diagnostic de soins infirmiers qui aidera à l'élaboration d'un plan de soins efficace concernant l'état actuel et potentiel du patient (Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Le diagnostic infirmier fournit une représentation exacte du patient en l'état actuel dans le but d'établir une base d'informations, afin que l'offre en soins soit holistique. En effet, l'infirmière prend en compte la personne dans sa totalité y compris son environnement et ne s'intéresse pas tant à la maladie (domaine du médecin, centré sur le diagnostic de la maladie et ses traitements) qu'à la santé du patient (elle se préoccupe de son bien-être en général). Elle détecte les problèmes et les risques potentiels qui peuvent se manifester (Miligan & Neville, 2001). L'infirmière réévalue également le patient plus souvent que le médecin, ce qui démontre plus précisément la nature dynamique de l'examen physique au sein de l'évaluation des soins infirmiers (Crow, Chase, & Lamond, 1995 ; dans Fennessey & Wittmann-Price, 2011). La pratique de l'examen clinique par l'infirmière ne remplace donc pas celle du médecin mais les deux sont complémentaires ; on est dans une approche collaborative. La collaboration entre infirmières et médecins en regard des stratégies d'évaluation du patient et la communication autour des données récoltées permettraient d'ailleurs d'améliorer les résultats pour le patient (Fennessey & Wittmann-Price, 2011).

L'examen clinique médical permet donc, selon les circonstances, l'établissement d'un diagnostic médical, l'évaluation de l'évolution d'un problème de santé et des soins reçus, mais aussi le dépistage. Dans la pratique infirmière, l'examen clinique vise l'identification des besoins du patient, à la formulation de diagnostics infirmiers, à la mise en place d'interventions infirmières et à la surveillance de son état de santé. L'examen clinique est considéré comme un aspect important de la pratique infirmière de base et comme le socle du jugement clinique. Le lien avec la démarche de soins infirmiers est évident dans la littérature (Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Secrest, Norwood, & DuMont, 2005; West, 2006). Le médecin se situe plus dans une approche organiciste à visée diagnostique, là où l'infirmière est dans une approche plutôt holistique de la personne. Finalement, ce qui différencie l'examen clinique médical de l'examen clinique infirmier correspond à la distinction de base entre les deux professions ; n'ayant pas les mêmes buts, elles se complètent et ont besoin l'une de l'autre (Dall'Avantucci, Delmas, & Cloutier, 2010). Le Tableau 1 résume les différences entre le jugement médical et le jugement infirmier.

Tableau 1

Comparaison des finalités du jugement clinique infirmier et médical selon Phaneuf (2008) dans Dall'Ava-Santucci, Delmas, & Cloutier, 2010.

Objectifs du jugement médical	Objectifs du jugement infirmier
<p>Le jugement médical conduit à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier la maladie ; élaborer un traitement approprié • Guérir les symptômes • Éviter les complications • Empêcher les récives • Minimiser les séquelles de la maladie 	<p>Le jugement infirmier conduit à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les symptômes qui produisent une difficulté chez la personne pendant sa période de maladie, à en donner une interprétation logique • Planifier les soins et alléger les inconvénients de la maladie et prévenir les complications et les rechutes • Suppléer à ce que la personne ferait si elle en avait la force physique, les connaissances nécessaires et la force psychologique voulue • Aider à satisfaire ses besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels pendant ce temps • Si nécessaire, à l'aider à mourir dans la dignité

La Haute Ecole de Suisse Occidentale (2015) définit ainsi les buts de l'examen clinique infirmier au niveau Bachelor :

L'objectif de l'examen clinique infirmier au niveau Bachelor est centré sur une évaluation de l'état clinique actuel d'un-e patient-e afin de prioriser et d'adapter les interventions infirmières autonomes et médico-déléguées. En se basant sur les données ainsi récoltées, le personnel soignant est en mesure de faire des transmissions adaptées au médecin compétent et ce, de manière structurée et dans un langage professionnel. Toujours en partant des données recueillies, le personnel soignant priorise, organise et planifie les soins (Cahier d'information sur l'enseignement de l'examen clinique infirmier au niveau Bachelor, p.5).

3.3. Pratique avancée

Concernant les types d'infirmières utilisant l'examen clinique, ce sont principalement les infirmières de pratique avancée qui sont citées dans la littérature, sans qu'une réelle définition de leur niveau de formation et de leurs compétences soit fournie. Ainsi, elles sont désignées comme infirmière de pratique avancée (IPA), un terme générique englobant plusieurs sous-catégories d'infirmières ayant une formation supérieure. Dans nos différentes lectures, nous avons effectivement constaté que l'examen clinique et en particulier, l'examen physique, s'associe plus facilement à la pratique infirmière avancée qu'à la pratique infirmière de base, probablement car c'est dans ce cadre que l'examen physique infirmier s'est le plus développé (Reaby, 1961 ; dans Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Le concept de ce type d'infirmière est donc à définir plus précisément.

3.3.1. Définition et compétences de l'IPA

La pratique infirmière avancée désigne un niveau de pratique des soins infirmiers. Elle ne correspond donc pas à une nouvelle profession, mais à un développement de la profession infirmière à travers un élargissement des compétences pour mieux répondre aux besoins actuels en matière de santé (Roulin, Borrero, & Iori, 2014). La définition de la pratique avancée qui prévaut, est celle du Conseil International des Infirmières (CII).

Une infirmière praticienne en pratique infirmière avancée est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises

de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise est recommandée (CII, 2008 ; dans Ambrosino, Cavaye, & Demarthe, 2012, p.6).

Certains pays adaptent la définition du CII et en proposent une qui s'approche plus de leur contexte national. Néanmoins, toutes restent similaires à celle de la CII (Ambrosino, Cavaye, & Demarthe, 2012; Künzi, Jäggi, & Dutoit, 2013; McElhinney, 2010).

En Suisse, les institutions de formation et différentes associations professionnelles, se réfèrent au modèle d'Hamric, Hanson, O'Grady, et Tracy (2014) pour conceptualiser la pratique infirmière avancée (Roulin et al., 2014). Ann Hamric est une professeure en Sciences Infirmières aux Etats-Unis qui a axé ses recherches sur la pratique avancée (Ambrosino et al., 2012). Dans son modèle, les critères primaires pour l'exercice de la pratique infirmière avancée concernent la formation universitaire post-grade, la certification et la pratique centrée sur le patient. Sur la base de ces critères sont définis les compétences d'une IPA, avec comme compétence centrale la pratique clinique directe auprès des patients et de leurs familles, lors de situations de soins complexes. La pratique clinique influence et détermine l'ensemble des six autres compétences qui sont : (1) le *coaching* et (2) la *consultation*, à travers lesquels elles prodiguent des conseils aux patients, leurs proches ainsi qu'à l'équipe interdisciplinaire ; (3) la *collaboration* avec l'équipe interdisciplinaire ; (4) le *leadership*, qui implique un *leadership*

clinique face aux soins et à l'équipe interdisciplinaire en vue d'améliorer la qualité des soins, un *leadership organisationnel* face aux dispositifs institutionnels pour mieux répondre aux défis de santé et pour favoriser des conditions permettant une qualité de vie au travail et, finalement un *leadership politique* face aux systèmes de santé, aux organismes payeurs (p.ex. assurances) et la société dans le but d'une meilleure efficacité et reconnaissance ; (5) une autre compétence de l'IPA est la *pratique basée sur les données probantes*, c'est-à-dire la promotion de la recherche par l'intégration de preuves scientifiques dans les soins et du lien entre les chercheurs et l'équipe infirmière ; (6) la compétence de la *prise de décision éthique*, avec la connaissance des dimensions éthiques, permet la facilitation des échanges autour des questions éthiques dans les soins et la prévention de conflits éthiques. Pour assurer ces compétences, l'IPA doit adapter sa pratique au contexte et la spécialité dans lesquels elle exerce (Hamric, et al., 2014; Morin & Eicher, 2012; Roulin et al., 2014).

3.3.2. Types de pratiques avancées

Le concept de la pratique avancée est apparu au milieu du 20^{ème} siècle aux États-Unis, avec l'avènement des programmes d'infirmières praticiennes américaines en 1960 et sous l'impulsion de l'infirmière théoricienne H. Peplau (Jovic, Guenot, Naberis, & Maison, 2009). Par la suite, les infirmières de pratique avancée se multiplient et les rôles s'adaptent aux contextes des différents pays, donnant naissance à de nombreuses dénominations pour

désigner ce type d'infirmières. En effet, en 2010, une étude réalisée sur un échantillon de 32 pays, a identifié 13 différents titres infirmiers de pratique avancée (Ramis, Chiung-Jung, & Pearson, 2013).

Parmi tous ces titres, dans la plupart des pays, il ressort essentiellement deux types d'infirmière en pratique avancée : les *nurse practitioner* ou infirmières praticiennes (IP) et les *clinical nurse specialist* ou les infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) (Ambrosino et al., 2012; Morin & Eicher, 2012). En Suisse, on compte avant tout des ICS, les IP étant rares (Künzi, et al., 2013).

Globalement, l'ICS intervient en tant qu'experte en soins dans un contexte, dans lequel elle s'est spécialisée à travers sa formation. Ses connaissances sont attestées par un diplôme universitaire ou un certificat et une expérience clinique. L'ICS passe 10 à 20% de son temps en soins directs au patient. Elle soutient principalement l'équipe dans la gestion de situations de soins complexes et propose des pratiques provenant de résultats de données probantes dans le but d'améliorer la qualité des soins (Ambrosino et al., 2012). Le terme « avancée » pour décrire sa pratique renvoie à des développements au sein du champ de la pratique infirmière (Ambrosino et al., 2012 ; Morin, 2013).

L'IP est une infirmière de niveau master. Chez elle, le terme « avancé » prend une autre signification, car en plus de développer les compétences de l'ICS, elle est spécialisée dans une discipline médicale, par exemple en néonatalogie, gériatrie ou oncologie (Ambrosino et al., 2012).

Ainsi, elle s'approprie des tâches traditionnellement dévolues aux médecins, telles que le suivi des maladies chroniques, l'ordonnance de certains examens diagnostiques, l'interprétation des résultats ou la prévention en santé primaire et travaille de manière autonome, tout en restant en étroite collaboration avec les médecins. Environ 80% de son temps est consacré aux soins directs au patient (Ambrosino et al., 2012; Morin & Eicher, 2013).

Les rôles de chacun des deux types de pratique avancée dépendent du pays dans lequel ils se sont développés. Ainsi, dans des pays tels que les Etats-Unis, le Canada ou l'Australie, qui recourent aux infirmières de pratique avancée depuis plusieurs décennies, certaines tâches comme la prescription des médicaments font partie intégrante du rôle infirmier de pratique avancée. Tandis que dans d'autres pays, comme la Suisse, où les discussions sur la pratique infirmière avancée datent de ces dernières années, ce rôle est très peu développé et le profil professionnel n'est pas encore clairement défini partout, avec la plupart du temps un manque de législation nationale (Künzi et al., 2013).

3.3.3. Examen clinique dans la pratique avancée

Il a déjà été mentionné que l'examen clinique est un aspect fondamental de la pratique infirmière avancée. La question est de savoir quel rôle concret elle y joue et quelle différence il y a avec l'examen clinique de l'infirmière dite généraliste. La différence entre la fonction d'infirmière généraliste et celle d'une infirmière de pratique avancée ne se situe pas tant

sur des actes réalisés, mais est surtout liée aux niveaux de compétences (Jovic et al., 2009). L'évaluation physique par les infirmières généralistes permet de détecter de manière précoce les problèmes cliniques, d'améliorer la transmission de l'information aux médecins et aux autres professionnels de la santé et si nécessaire, il leur est possible d'orienter le patient vers les professionnels dont il a besoin. Les IPA, quant à elles, peuvent agir directement sur la base des résultats de l'examen clinique (Baid, 2006). Selon West (2006), toutes les infirmières devraient être formées d'une manière systématique à l'approche de l'examen physique, mais la prise de décision à un niveau supérieur de pratique devrait être du domaine de l'infirmière de pratique avancée.

3.4 Cadre conceptuel : les travaux de Patricia Benner

Au travers de la revue de littérature que nous avons réalisée, nous avons relevé dans différentes études, des références à la théoricienne Patricia Benner, née en 1942, infirmière et chercheuse américaine. En 1984, elle publie sa recherche : « *From novice to expert : excellence and power in clinical nursing practice* ». Plus tard, en 1988, elle écrit un ouvrage sur le *caring*. Enfin en 1994, puis en 1996, elle publie deux travaux qui complètent son premier livre (« De novice à expert »).

Patricia Benner s'intéresse dans ses travaux à la notion d'expertise dans les soins infirmiers. En effet, la théoricienne a dressé à partir de ses recherches un éventail de compétences qui ont permis l'identification de sept domaines de pratique d'infirmière experte, qui sont: la fonction d'aide, l'administration et la surveillance des protocoles thérapeutiques, une gestion efficace des situations en évolution rapide, la fonction de diagnostic et de surveillance, la fonction d'éducation et de guide et enfin la fonction de surveillance de la qualité des soins. L'examen clinique est abordé dans ses travaux, car il est utile à la fonction de diagnostic et de surveillance infirmière, dont le but est l'identification d'une détérioration ou de complications dans l'état de santé du patient (Benner, 1984 ; dans Lindpaintner et al., 2009). L'examen physique est là pour aider l'infirmière à explorer les expériences uniques des individus, à évaluer leur état émotionnel, leur fonctionnement et leurs stratégies de *coping*. C'est l'occasion d'investiguer la manière dont le patient perçoit ses symptômes et comment il vit sa maladie (Benner & Wrubel, 1989; dans Zambas, 2010).

Son approche de l'examen clinique permet donc de répondre en partie à la question qui est posée et d'apporter un éclairage par rapport aux controverses qui existent en lien avec l'introduction de cette nouvelle compétence dans la pratique infirmière. A travers ses travaux, Benner montre que l'examen clinique est conceptuellement en lien avec les responsabilités infirmières (Lindpaintner, 2007 ; Lindpaintner et al., 2009). Elle montre aussi comment il peut permettre de se rapprocher du patient :



l'examen clinique peut en effet constituer une opportunité pour prendre du temps avec lui et être ainsi une composante importante pour développer la relation thérapeutique. Les patients ont ainsi la sensation que l'infirmière se préoccupe d'eux et se sent concernée. C'est l'essence même du *caring* (Benner & Wrubel, 1989; dans Zambas, 2010) et les patients sont en général insatisfaits avec les soins reçus lorsque cela ne se produit pas (Benner, 2001; dans Zambas, 2010). L'examen clinique permet à l'infirmière de mieux connaître le patient, de suivre son évolution et d'avoir donc une évaluation plus fine qui se rapproche de la pratique experte selon Benner (Benner, 2001; dans Zambas, 2010). L'infirmière experte selon Benner (1984), possède une grande expérience (à partir de 10-15 ans de pratique) qui lui donne une vision intuitive des situations (c'est-à-dire une compréhension directe du sens et des particularités d'une situation sans réflexion consciente). Mais il ne suffit pas d'attendre que les années passent pour devenir une infirmière experte, pour Benner (1984), l'expérience doit être une démarche active, où l'infirmière se questionne constamment et améliore ainsi ses connaissances au fur et à mesure des situations rencontrées.

Patricia Benner parle également des infirmières de pratique avancée. Selon Hamric et al. (2014), il ne faut cependant pas confondre la pratique experte telle que définie par Benner avec la notion d'infirmière de pratique avancée, qui est encore autre chose. La pratique avancée suppose une spécialisation, c'est-à-dire un élargissement des compétences et le développement d'habiletés dans un domaine spécifique des soins infirmiers

tel que les soins aux personnes âgées par exemple. Il s'agit aussi d'une pratique experte, qui implique non seulement une expertise pratique, mais aussi des compétences acquises lors d'études académiques post-graduées qui permettent une autonomie de pratique et de repousser les frontières professionnelles traditionnelles (Roulin et al., 2014). Cependant, Benner a décrit une expertise basée sur l'expérience clinique et non sur un rôle spécifique, ce qui signifie que même une infirmière généraliste avec une formation de base peut devenir une infirmière experte selon Benner.

Ayant précisé la problématique et les concepts centraux, nous pouvons à présent cibler notre question de départ par une question de recherche. Dans le chapitre qui suit, nous exposons cette question ainsi que la méthode de recherche des articles nous permettant d'y répondre.

4. Méthode

4.1. Définition de la question de recherche (méthode PICOT)

Suite à la recherche exploratoire et à la définition des concepts, nous avons pu cibler davantage notre question de recherche, tout en essayant de rester au plus près du questionnement d'origine. Pour aider à la formuler de manière spécifique et structurée, nous utilisons la méthode PICOT, acronyme de population/problème, intervention/intérêt, comparaison, *outcomes* (résultats) et enfin T pour temps. Avant de spécifier ces composantes, nous définissons le type de question clinique (intervention, pronostic, diagnostic, étiologie ou *meaning*), qui oriente la question PICOT (Melnyk & Fineout-Overholt, 2013).

4.1.1. Le type de question

La question de départ, provenant de l'institution Alfaset, est pour rappel « En quoi l'examen clinique multidisciplinaire présente-t-il ou non un bénéfice pour le client ». Parmi les cinq types de questions, la nôtre appartiendrait plutôt au type « Intervention » qui consiste à choisir le meilleur traitement ou soin pour le patient (Melnyk & Fineout-Overholt, 2013). En effet, l'examen clinique est une intervention infirmière et nous nous posons la question du bénéfice ou non de cette intervention.

4.1.2. Population/problème

Suite à notre première recherche, nous nous apercevons que la littérature n'est pas suffisante pour pouvoir cibler notre problématique sur un type de population particulier. De plus, le lieu de pratique nous ayant soumis la question ne visait pas non plus un contexte de soin en particulier ; il s'agissait plutôt d'un questionnement suite à l'arrivée de cette nouvelle compétence dans les soins infirmiers en Suisse. Nous avons donc choisi de traiter la question de l'examen clinique infirmier de manière générale, et pas uniquement dans un contexte de soin précis, bien que nous illustrions nos propos avec des exemples issus de différents contextes. La population concernée par notre question est donc large, il s'agira de patients adultes en milieu intra et extrahospitalier, car si l'examen clinique est principalement pratiqué dans les milieux hospitaliers, il est également de plus en plus utilisé au sein de cliniques entièrement gérées par des infirmières, principalement centrées sur la promotion de la santé et l'éducation.

Comme vu précédemment, la littérature scientifique autour de cette question provient de différents pays, bien que peu de textes concernent directement la Suisse ou même l'Europe. L'introduction de l'examen clinique comme compétence infirmière s'opère cependant au niveau international, avec une plus grande ancienneté en Amérique du Nord, d'où est issue la majorité de la littérature et dont la Suisse s'inspire. De ce fait, nous ne pouvons pas non plus centrer notre question sur le seul contexte suisse, mais les données recueillies pourront être transférables et fournir des pistes

pour le développement de l'examen clinique infirmier en Suisse, comme nous l'ont montré les quelques travaux helvétiques que nous avons pu trouver.

4.1.3. Intervention/Intérêt

L'examen clinique est une intervention infirmière et elle se situe au centre de notre question. La littérature faisant essentiellement référence à l'examen physique, qui est une partie de l'examen clinique tel que nous l'avons défini, nous avons décidé de centrer notre problématique sur celui-ci. En effet, les infirmières pratiquent depuis longtemps l'examen clinique même si cette compétence n'était pas nommée en tant que telle, tandis que l'examen physique (incluant l'observation, la palpation, la percussion et l'auscultation) constitue l'élément nouveau dans l'enseignement et la pratique infirmière actuellement en Suisse.

4.1.4. Comparaison

Dans la question de départ, il était question d'examen clinique « multidisciplinaire ». Les infirmières se demandaient s'il était pertinent de réaliser un examen clinique physique alors que le médecin le réalisait déjà. La littérature apporte des éléments concernant la comparaison entre les infirmières et les médecins dans la pratique de l'examen clinique, mais ce n'est pas le but de notre question. Ce point sera tout de même abordé dans la réflexion autour de la définition et de la frontière des rôles qui est un sujet de débat dans la littérature scientifique et à l'origine de la question de départ. Il s'agit de savoir dans quelle mesure l'examen clinique physique

infirmier représente une expansion ou une extension du rôle infirmier. Est-ce une nouvelle compétence pour une infirmière autonome? Est-ce une délégation de la part du médecin? L'examen clinique physique appartient-il au rôle propre infirmier ou est-ce un rôle médico-délégué? Les implications sont très différentes selon la réponse à cette question.

4.1.5. *Outcomes* (résultats)

La question de départ porte sur les bénéfices de l'examen clinique pour le patient. La recherche de résultats quant à l'efficacité de l'examen clinique infirmier pour le patient a été à la base de notre recherche dans la littérature. Or, nous avons constaté qu'elle apporte peu de réponses concrètes à cette question. En effet, il y a un manque d'études sur le sujet, et surtout des études méthodologiquement fiables, mais il en existe certaines ayant mesuré les résultats de la pratique de l'examen clinique par les IPA. Il est possible d'utiliser ces études, mais il n'est pas sûr que ces résultats soient transférables aux infirmières de tous les niveaux de formation confondus. Devant ce constat, nous avons décidé d'élargir davantage la question en recherchant les bénéfices de l'examen physique infirmier de manière générale et non uniquement, pour le patient. Nous souhaitons cependant garder le lien avec le patient dans notre question de recherche, car il est au centre de notre profession. Nous trouvons ainsi pertinent de replacer la question de l'évaluation physique dans toute la démarche de soins infirmiers, l'examen clinique se trouvant à la base de ce processus.

4.1.6. Formulation de la question de recherche

A l'issue de ce travail de lecture et de réflexion, nous arrivons à la formulation de notre question de recherche : *L'intégration de nouvelles compétences en examen clinique physique dans la pratique infirmière enrichit-elle la démarche de soins infirmiers ?*

4.2. Méthode de recherche des articles

Afin de trouver des articles pertinents pour notre question de recherche, nous avons défini des mots-clés en lien avec notre question PICOT. Ces derniers ont été traduits en anglais avec le site de l'office québécois de la langue française « Le grand dictionnaire terminologique ». Ensuite, nous avons recherché les descripteurs MeSH (*Medical Subject Headings*) et Ovid correspondants. Les termes MeSH ont été obtenus par le thésaurus de la base de donnée PubMed ; les termes Ovid par le système de recherche Ovid. Les descripteurs ont fourni les termes définitifs pour la recherche de la littérature sur les bases de données. L'Appendice A, à la fin du travail, présente les mots-clés et descripteurs utilisés.

Nous avons ensuite interrogé les bases de données Medline, CINAHL, PubMed, Cochrane, JBI (Joanna Briggs Institute) et PsycINFO en utilisant les descripteurs adaptés et différents filtres. Le principal filtre utilisé est celui de

la présence des mots-clés dans le titre et/ou le résumé et/ou les mots-clés dans les articles, afin de cibler au mieux les résultats en lien avec le sujet de recherche. Cette stratégie a suffi pour limiter les résultats à un nombre raisonnable d'articles potentiellement pertinents pour notre question. Nous n'avons pas ajouté de limite de dates car l'introduction de l'examen physique dans la formation infirmière est variable selon les pays et nous avons remarqué durant la recherche exploratoire, qu'une majorité des articles de source primaire date d'avant 2005 et nous voulions pouvoir y accéder. La démarche de recherche des articles dans les bases de données est résumée dans le tableau présenté dans l'Appendice B.

4.3. Critères de sélection des articles

Sur la base de la lecture des titres et des résumés des articles trouvés sur les bases de données, nous avons retenus 86 articles qui traitent de notre thématique. Pour certains articles retenus, nous n'avions pas accès au texte intégral, ainsi seuls ceux que nous jugions indispensables ont été commandés. À la suite de ces lectures, nous avons également recherché quelques références citées dans les articles dont nous avons vérifié l'existence sur les bases de données.

Au total, nous avons lu et analysé 37 articles, parmi lesquels 15 ont été sélectionnés pour la synthèse des résultats de notre travail, en nous basant sur plusieurs critères présentés ci-dessous par ordre d'importance :

- 1) Nous avons vérifié la pertinence du titre, du résumé et du contenu de l'article, devant être en lien avec notre question recherche.
- 2) Le deuxième critère est la construction méthodologique des articles, avec présence des chapitres suivants : résumé, introduction, méthode décrite, résultats, discussion. Ces derniers et en particulier, la méthode, sont nécessaires pour identifier les limites de l'article et la fiabilité de l'étude.
- 3) Pour choisir nos articles, à contenu équivalent, nous avons privilégié ceux avec le meilleur niveau de preuve hiérarchique, c'est-à-dire idéalement avec un niveau de 1 ou 2 sur une échelle de 4 (Melnyk & Fineout-Overholt, 2013). Nous avons tout de même conservé un article avec un niveau de preuve inférieur à 2, car nous l'avons jugé pertinent par rapport à notre question et il apporte une vision différente qui permet de compléter nos résultats. Le Tableau 2 illustre les quatre niveaux de preuves d'après SIGN (2008).

Tableau 2
Niveaux de preuves d'après SIGN (2008)

Niveaux	Description
1++	Méta-analyses de qualité élevée, revues systématiques d'essais contrôlés randomisés, ou essais contrôlés randomisés avec un risque de biais très faible.
1+	Méta-analyses bien menées, revues systématiques, ou essais contrôlés randomisés avec un risque de biais faible.
1-	Méta-analyses, revues systématiques, ou essais contrôlés randomisés avec un risque de biais élevé.
2++	Revue systématique de qualité élevée d'études cas-témoins ou d'études de cohortes. Études cas-témoins ou études de cohortes avec un faible risque d'effet de facteurs de confusion ou de biais et une probabilité élevée que la relation est causale.
2+	Études cas-témoins ou études de cohortes bien menées avec un faible risque d'effet de facteurs de confusion ou de biais et une probabilité modérée que la relation est causale.
2-	Études cas-témoins ou études de cohortes avec un risque élevé d'effet de facteurs de confusion ou de biais et un risque significatif que la relation ne soit pas causale.
3	Études non analytiques, par exemple séries de cas.
4	Opinion d'experts.

4) Les articles les plus récents ont été privilégiés ; toutefois, certains datant de plus de 10 ans ont été retenus, en raison de leur pertinence et du peu d'articles traitant spécifiquement des bénéfices de l'examen clinique physique.

5) L'*impact factor* (IF) est un possible indicateur de la valeur scientifique du journal qui publie l'article; un IF supérieur à 1.5 est recommandé (Melnik & Fineout-Overholt, 2013). Néanmoins, ce critère n'est pas déterminant dans notre sélection finale, car la plupart des IF trouvés à l'aide du moteur de recherche JCR (*Journal Citation Reports*, 2016), étaient soit absents (notamment pour les journaux récents datant de 2015 ou les plus anciens) ou alors inférieurs à la valeur préconisée.

L'Appendice C illustre notre méthode de sélection des articles pour la synthèse de résultats. L'analyse des articles retenus selon la grille adaptée de Fortin (2010) se trouve également en annexe (voir Appendice D).

5. Synthèse des résultats et discussion

5.1. Synthèse des résultats des articles

Nos recherches d'articles nous ont amenées à diverses thématiques, que nous développons ci-dessous : les bénéfices de l'examen physique, la question des rôles et enfin les freins et facilitateurs à son utilisation par les infirmières.

5.1.1. Examen physique: bénéfices pour le patient et la pratique infirmière

Lors de nos lectures, nous avons constaté que si de nombreuses recherches ont été menées sur la fréquence et les facteurs influençant l'utilisation des techniques d'examen physique, peu traitent des buts de celles-ci et des bénéfices pour le patient (West, 2006; Zambas, 2010), bien qu'il soit avancé que l'examen clinique doit faire partie d'une compétence centrale du rôle infirmier (Edmunds, Ward, & Barnes, 2010). En effet, il est généralement admis qu'un examen clinique plus détaillé permettrait d'améliorer les résultats sur la santé du patient (Crighton & Winter, 1997; Lesa & Dixon, 2007; West, 2006; dans Zambas, 2010) ; cependant, peu de recherches établissent formellement ce lien. Rushforth, Warner, Burge et Glasper (1998 ; dans West, 2006) affirment que les infirmières auraient ainsi une perspective plus holistique et une meilleure position pour déterminer des problématiques et intervenir plus rapidement (Considine, 2005 ; Wheeldon, 2005 ; dans Zambas, 2010) avec une meilleure anticipation des

complications (Schare, Gilman, Adams, & Albright, 1988; dans Lesa & Dixon, 2007) et des résultats positifs sur la santé du patient (Cutler, 2002; dans Duff et al., 2007).

L'examen physique s'avère bénéfique, non seulement pour la santé physique du patient, mais aussi lorsque celui-ci est atteint dans sa santé mentale. Tranter, Irvine et Collins (2012; dans Martin, 2015) affirment que les soins holistiques, incluant l'examen physique, auprès des personnes atteintes dans leur santé mentale permettent une meilleure qualité de soins et de vie du patient. En effet, l'évaluation physique impliquant de passer du temps auprès du patient, favorise une relation de confiance et thérapeutique et est utile pour les entretiens de prévention et de promotion de la santé (Martin, 2015).

Dans la pratique infirmière, l'examen physique est décrit comme une partie essentielle du jugement clinique (Fennessey & Wittmann-Price, 2011; Lesa & Dixon, 2007), le rendant plus fiable (Shortridge, Habif, Smith, & Starke, 1977; dans Lesa & Dixon, 2007). En effet, il permet d'enrichir la collecte de données et ainsi de formuler un diagnostic de soins qui aide à l'élaboration d'un plan efficace concernant l'état actuel et potentiel du patient (Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Pour l'infirmière, l'utilisation appropriée et structurée de l'examen physique lui permet de prendre des décisions éclairées et de travailler au développement de la pratique autonome (West, 2006). Brown (1987; dans Lesa & Dixon, 2007) va plus loin en mentionnant quelques points positifs pour les infirmières qui l'utilisent: une vraie valeur

dans le répertoire des compétences, plus de confiance dans l'interprétation des résultats des patients, une meilleure compréhension de la documentation et du langage médical, plus d'aisance lors du rapport d'informations et dans l'initiation d'actions infirmières et enfin une satisfaction personnelle avec une plus grande motivation à apprendre. Dans ce même ordre d'idée, Skillen, Anderson et Knight (2001; dans Lesa & Dixon, 2007), relatent que l'utilisation des compétences en examen physique augmente la satisfaction personnelle et améliore l'image professionnelle des infirmières. Selon Fennessey et Wittmann-Price (2011), cette meilleure communication et collaboration entre médecin et infirmière autour de données récoltées lors de l'examen physique aboutit à une amélioration des résultats pour le patient.

Dans un cadre plus théorique, Carvalho da Silva et Teixeira (2011) proposent de voir l'examen clinique et la démarche de soins sous l'angle d'un concept élaboré par le sociologue E. Morin : la complexité. Avec la pensée complexe, il s'agit de traiter les phénomènes, notamment les événements scientifiques, sans oublier la complexité des relations, ce terme signifiant « tout ce qui est relié ensemble » (Leopardi, 2006; Morin, 2007; dans Carvalho da Silva & Teixeira, 2011). La complexité, telle que vue par Morin, permet d'apporter une nouvelle dimension à toutes ces notions qui étaient étudiées séparément, sans tenir compte du contexte et de la relation entre le soignant et le soigné (Morin, 2008; dans Carvalho da Silva & Teixeira, 2011). On n'est donc plus dans un paradigme de ségrégation, mais de conjonction où le physique, le psychologique et le social sont étroitement liés.

Zambas (2010) propose une réflexion semblable sur la question à travers une perspective positiviste et naturaliste. La vision positiviste, implique une relation de cause à effet où l'objectivité et la systématique sont prônées, notamment pour l'établissement des caractéristiques pour les symptômes des pathologies (Petersen, 1994; dans Zambas, 2010). Selon ce paradigme, on part du postulat que certains symptômes et signes conduiront au même diagnostic, quelle que soit la personne qui les observe. La majorité des textes enseignent l'examen clinique infirmier dans cette vision, comparant le normal et le pathologique pour établir un diagnostic. L'auteur propose donc d'être dans l'autre perspective, naturaliste, avec une vision plus holistique des soins, axée sur le *caring*. Il est question cette fois de mettre en valeur ce que dit la personne et son expérience, d'essayer de la comprendre et d'individualiser les soins plutôt que de les généraliser (Crotty, 1998; dans Zambas, 2010). L'examen physique n'est alors plus uniquement là pour aider au diagnostic mais aussi pour aider l'infirmière à explorer les expériences uniques des individus, à évaluer leur état émotionnel, leur fonctionnement et leurs stratégies de *coping*. C'est l'occasion d'investiguer comment le patient perçoit ses symptômes et comment il vit sa maladie (Benner & Wrubel, 1989; dans Zambas, 2010). L'infirmière peut alors détecter des changements subtils et individuels qui ne sont pas toujours reconnus comme un signe ou un symptôme spécifique (Minick & Harvey, 2003; dans Zambas, 2010).

Enfin, en Suisse, malgré les doutes sur la faisabilité d'intégrer les nouvelles compétences dans la pratique, Lindpaintner et al. (2009), rapportent qu'à la fin de leur cursus, les étudiants sont plus systématiques et communiquent les données de manière plus professionnelle. Ils identifient l'examen clinique comme un des éléments le plus significatifs de leur formation (Lindpaintner et al., 2009).

On constate donc que l'examen clinique est une composante essentielle de la démarche de soins et qu'il est admis qu'il apporte des résultats positifs tant pour l'infirmière qui le pratique, que pour le patient. Cependant, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, il reste peu utilisé et nous nous intéresserons donc aux raisons de ce phénomène.

5.1.2. Facilitateurs et obstacles à l'utilisation de l'examen physique

Si l'enseignement de l'examen clinique est aujourd'hui courant dans les programmes de formation Bachelor (p.ex. Angleterre, Australie, Etats-Unis, Canada et Suisse), le constat issu de la littérature est net : la majorité des techniques d'examen physique enseignées dans la formation initiale ne sont pas ou peu utilisées dans la pratique (Birks, Cant, James, Chung, & Davis, 2013; Douglas, Windsor, & Lewis, 2015; McElhinney, 2010; Osborne, Douglas, Reid, Jones, & Gardner, 2015), ce qui remet en question sa pertinence.

L'instrument d'enquête le plus souvent utilisé par les chercheurs pour mesurer la pratique des techniques d'examen physique par les infirmières est

celui développé par Giddens (2007) repris dans Birks et al. (2013). Il s'agit d'un questionnaire divisé en sections de compétences fondées sur les 12 régions anatomiques et physiologiques sujettes à l'examen physique (p. ex. systèmes cardiovasculaire, neurologique), comprenant pour chacune des techniques d'inspection, de palpation, de percussion et d'auscultation avec un total de 121 techniques répertoriées. Ces techniques ont été identifiées dans les programmes d'enseignement en formation initiale en soins infirmiers aux Etats-Unis et sont similaires à celles enseignées en Suisse dans le programme de Bachelor. Dans l'enquête menée par Giddens, les résultats ont révélé que seules 30 des 121 techniques recensées étaient régulièrement pratiquées, dont la majorité étaient des techniques d'inspection (Giddens, 2007; dans Birks et al., 2013). Deux autres études réalisées en Australie ont rapporté des résultats similaires, avec seulement 34% des techniques qui étaient utilisées régulièrement pour la première (Birks et al., 2013) ou encore 7,5% pour la seconde (Osborne et al., 2015). Les compétences utilisées par la plupart des infirmières incluaient : l'évaluation de la température, de la saturation en oxygène, la pression artérielle, l'effort respiratoire, la peau, les plaies et du statut mental (Osborne et al., 2015). Douglas et al. (2015) ont de leur côté interrogé la population étudiante en fin de formation, révélant que sur les 126 techniques interrogées, en moyenne cinq seulement étaient utilisées systématiquement par les élèves durant leurs derniers stages ; celles-ci étant principalement de l'ordre de l'observation générale du patient

et ne faisaient pas appel à la palpation, la percussion ou l'auscultation (Douglas et al., 2015).

Ceci révèle que les techniques les plus utilisées sont principalement liées à la récolte des signes vitaux, réalisée de manière systématique par la plupart des infirmières (Lillibridge & Wilson, 1999; Reaby, 1991; Schroyen et al., 2005; Sony, 1992; Yamauchi, 2001; dans Osborne et al., 2015). Selon Osborne et al. (2015) cela poserait un problème majeur : l'évaluation des signes vitaux comme moyen de détection précoce de la dégradation de l'état de santé des patients n'est pas suffisante car une modification de ces paramètres est un signe relativement tardif, qui survient lorsque le corps ne parvient plus à maintenir son homéostasie. Ainsi, la prise de signes vitaux est non seulement insuffisante comme outil de détection précoce, mais elle peut même détourner l'attention de l'infirmière et dévaluer sa capacité d'évaluation complète et ciblée pour détecter des changements subtils dans l'état de santé du patient et permettre ainsi une intervention rapide (Osborne et al., 2015). Cela peut être en partie dû aux objectifs de sécurité des hôpitaux qui reposent sur la collecte de données en fonction de paramètres prédéfinis plutôt que sur l'évaluation clinique du patient, mais involontairement, cela pourrait avoir des conséquences graves pouvant aller jusqu'au décès du patient (Osborne et al., 2015). De plus, cette approche n'est pas propice au développement des compétences d'évaluation du patient par les étudiants (McCallum, Duffy, Hastie, Ness, & Price, 2013; Perkins & Kisiel, 2013; dans Douglas et al., 2015).



En résumé, les techniques utilisées le plus fréquemment concernent la prise de signes vitaux, évaluation du statut mental, des plaies, certaines techniques d'évaluation cardiovasculaire (remplissage vasculaire, palpation des pouls, palpation d'un œdème, température, couleur de la peau) et neurologique avec le réflexe pupillaire et l'évaluation de la parole, du niveau de conscience, l'échelle de Glasgow, ainsi que le système abdominal (Edmunds et al., 2010; Lesa & Dixon, 2007). Les techniques peu ou pas utilisées sont celles concernant l'évaluation du système musculo-squelettique, de la tête, du cou, des yeux, des oreilles, du thorax (où l'inspection est utilisée mais rarement la palpation ou l'auscultation) et de l'abdomen avec l'auscultation des bruits intestinaux, mais rarement la palpation (Birks et al., 2013; Douglas et al., 2015; Osborne et al., 2015). Il faut aussi noter que l'utilisation des techniques d'examen physique dans la pratique semble fortement tributaire du contexte clinique : par exemple, les infirmières en psychiatrie mobilisent moins de techniques et moins fréquemment que les infirmières de soins aigus (Martin, 2015 ; Birks et al., 2013). Ce constat soulève des questions : si l'examen physique est supposé améliorer la démarche de soins infirmiers et les résultats pour les patients, pourquoi est-il si peu mobilisé par les infirmières dans leur pratique ?

Pour expliquer cela, plusieurs études ont identifié les facteurs facilitateurs et les freins à sa mise en pratique. Si la nécessité ou la valeur de la technique semblent avoir peu d'influence sur la fréquence de son utilisation (Birks et al., 2013), d'autres ont davantage de poids. Dans les

deux tableaux suivants (Tableaux 3 et 4), nous avons résumé les facteurs facilitateurs et les obstacles qui ont été identifiés par l'étude de McElhinney (2010) et par d'autres corroborant ses résultats (Birks et al., 2013; Douglas et al., 2015; Lesa & Dixon, 2007; Duff et al., 2007; Martin 2015; Osborne et al., 2015).

Tableau 3

Facteurs facilitateurs à la pratique de l'examen physique infirmier (Résumés par Pouvrasseau, Reis da Silva & Z'Rotz, 2016)

Facteurs individuels
<ul style="list-style-type: none"> • Croyance que l'examen clinique infirmier a un impact positif sur les soins au patient • Confiance en sa propre capacité à mener un examen physique (qui augmente avec la pratique si elle est continue) • Motivation à continuer à utiliser ces nouvelles compétences (influencée par la confiance en ses capacités, la conviction de l'amélioration des soins au patient et par la valeur donnée aux compétences par les autres) • Confiance des collègues plus anciens en leurs capacités • Chez les IPA, l'autonomie dans leur pratique (liberté de poser les frontières concernant les rôles et de choisir un plan de soin approprié) • Possibilité de communiquer avec les médecins dans un langage professionnel commun
Facteurs organisationnels et institutionnels
<ul style="list-style-type: none"> • Opportunité de pratiquer dès que le module de formation est terminé • Examen physique reconnu et exigé comme rôle infirmier • Temps de pratiquer
Facteurs éducationnels
<ul style="list-style-type: none"> • Le contenu du module (savoir et aptitudes à faire un examen systématique, reconnaître la normalité). Sentiment d'être bien préparé.

Soutien social
<ul style="list-style-type: none"> • Supervision et soutien du personnel médical (considéré comme expert de l'examen physique étant donné que cela leur est enseigné depuis de nombreuses années contrairement aux infirmières) • Soutien des patients (qui acceptent que l'examen physique soit mené par une infirmière) • Soutien des pairs

Tableau 4

Obstacles à la pratique de l'examen physique infirmier
(Résumés par Pouvrasseur, Reis da Silva & Z'Rotz, 2016)

Facteurs individuels
<ul style="list-style-type: none"> • Manque de confiance à examiner certains systèmes du corps humain ou à utiliser certaines techniques : les bruits cardiaques, l'examen abdominal, les techniques plus complexes de palpation, de percussion et d'auscultation • Le fait que l'examen physique soit parfois perçu comme ne faisant pas partie de la responsabilité de l'infirmière, bien que ce soit plutôt une tendance liée à des techniques spécifiques qu'à l'évaluation globale
Facteurs organisationnels et institutionnels
<ul style="list-style-type: none"> • Le manque de temps, les interruptions fréquentes • Le monitoring avec un appui trop prononcé sur les nouvelles technologies aux dépens de la clinique
Facteurs éducationnels
<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'opportunités pour développer les connaissances en examen clinique durant la formation pratique (les stages)
Soutien social
<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'acceptation des médecins de la capacité des infirmières à réaliser un examen physique (lié notamment à l'ambiguïté des rôles)

- Le manque de soutien des collègues infirmiers, conflit de rôles, ambiguïté des rôles, manque de modèles infirmiers

Selon la population interrogée (étudiants, infirmières généralistes ou de pratique avancée, structures de soins où elles exercent) et la région (pays, région), certains facteurs facilitateurs et freins pouvaient avoir plus de poids que d'autres, mais globalement toutes les études nous amènent aux éléments que nous avons résumés dans ces tableaux.

Un des principaux obstacles à l'utilisation de l'examen physique rapporté dans les études est l'ambiguïté dans les rôles que cette nouvelle compétence infirmière peut provoquer et nous allons voir que ce sujet est encore largement sujet à débat.

5.1.3. Une frontière floue entre les différents rôles

Une des principales controverses à l'évolution des rôles est d'en assumer un qui était autrefois considéré comme celui d'une autre profession ; c'est le glissement de rôle ou extension selon Wheeldon (2005; dans Lesa & Dixon, 2007). Selon lui, si l'on considère l'examen clinique physique comme une tâche médicale, l'utilisation de celle-ci par les infirmières est considérée comme une extension du rôle et un détournement quant à leurs autres fonctions. Alors que si ces techniques sont vues comme s'intégrant dans les soins infirmiers dans une vision holistique, alors cela est considéré comme une expansion, comme un développement du rôle.

Du fait que l'examen physique soit une compétence partagée avec la profession médicale et d'autres professionnels de la santé, les frontières entre les responsabilités sont parfois brouillées (Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Doyal (1998; dans West, 2006) affirme que le problème réside dans le fait que ce rôle ne soit pas compris et que la formation n'évolue pas de manière simultanée. Il y a alors risque de conflits : pas seulement entre les infirmières généralistes et le médecin mais aussi avec les infirmières de pratique avancée.

Ce changement entraîne des craintes pour la profession infirmière, comme une perte des valeurs fondamentales, notamment la perte d'une vision des soins dite holistique (Scott, 1999a; dans West, 2006), mais aussi la peur d'être dans une imitation des techniques enseignées aux étudiants de médecine ou encore de voir l'infirmière de base comme une infirmière de pratique avancée, ce qu'elle ne souhaite pas forcément (Kitson, 1996; dans Zambas, 2010). Cahill (1996) juge nécessaire d'être clair quant aux rôles et d'accepter que si les deux professions sont étroitement liées, elles restent différentes. Selon lui, deux faits coexistent : celui de vouloir diminuer les heures de travail des jeunes médecins et de l'autre, la volonté de développer la pratique infirmière. Cependant, développer le premier point ne permettra pas forcément de développer le second, surtout s'il est défini médicalement. Ainsi, affirmer le fait qu'accomplir des tâches autrefois médicales permettrait d'améliorer le statut infirmier serait absurde (MacAlister & Chiam, 1995; dans Cahill, 1996), car ce qui pose problème n'est pas tant les frontières du rôle

infirmier, mais l'idée que s'approprier des tâches délaissées par les médecins soit le seul moyen pour les soins infirmiers de se développer (Cahill, 1996). Pour Farmer (1995; dans Cahill, 1996) il y aurait davantage à gagner avec une humanisation de la médecine qu'avec la médicalisation des soins.

Un autre facteur renforçant cette délimitation floue des rôles est la valorisation des données recueillies par l'infirmière. L'impression est que les infirmières utilisent l'examen clinique pour aider le médecin mais en ayant une vision limitée de l'examen physique dans la pratique infirmière. Cela est accentué par le fait qu'un diagnostic infirmier est souvent perçu comme moins « utile » qu'un diagnostic médical. Ainsi, se crée une tension chez l'infirmière qui doit utiliser des techniques d'examen plutôt médicales, identifier des problématiques graves puis se limiter à ne poser qu'un diagnostic infirmier et appeler le médecin (Zambas, 2010).

D'autres auteurs affirment que l'important est que chacun dispose des compétences nécessaires pour une prise en soins sûre et efficace des patients (West, 2006). Le Greenhalgh Report (1994 ; dans Cahill, 1996) souligne la nécessité d'un partage des responsabilités entre le domaine médical et infirmier pour ces activités. D'ailleurs, pour différencier les rôles, il convient surtout de différencier l'évaluation médicale et infirmière (Crow, Chase, & Lamond, 1995; dans Fennessey & Wittmann-Price, 2011). En effet, le diagnostic infirmier, contrairement au diagnostic médical qui est utilisé pour identifier une cause sous-jacente aux symptômes présentés par le

patient, a pour but d'établir une base d'informations sur une représentation exacte du patient en l'état actuel afin que l'offre de soins soit holistique.

Tous les auteurs se rejoignent sur le fait que toute expansion du rôle infirmier ne devrait se faire que dans la recherche du meilleur intérêt pour le patient, le but étant d'améliorer les résultats sur la santé du patient, et non pas de savoir si une compétence est infirmière ou pas. Ainsi Pearcey (2008), reprend une suggestion de Barker, Reynolds, et Ward (1995) qui disent que les infirmières devraient arrêter d'essayer de définir les soins infirmiers mais plutôt se centrer sur les buts à atteindre. Et si pour atteindre ces buts, le rôle infirmier doit évoluer, en réponse à une évolution du système de santé et du profil des patients notamment, alors il est nécessaire de le prendre en considération. Cependant, il est apparu que les institutions attendent souvent des infirmières qu'elles réalisent leurs tâches habituelles en plus de celles de leur nouveau rôle. Or, si les infirmières étaient satisfaites de leurs nouvelles tâches médicales, elles déploreraient aussi que des tâches infirmières incombent désormais aux auxiliaires de santé (Pearcey, 2008; West, 2006).

5.2. Développement des résultats en lien avec la question PICOT

La majorité des auteurs évoquent la nécessité du développement des compétences en examen physique chez l'infirmière en raison de l'évolution du système de santé et du profil des patients. Ce contexte a conduit à une évolution des programmes d'enseignement pour s'adapter à cette réalité, en incluant l'examen physique dans la pratique infirmière. Notre but était de déterminer si l'intégration de ces nouvelles compétences permettait d'enrichir la démarche de soins infirmiers. Les résultats des études nous ont permis de constater qu'effectivement, ces compétences sont mobilisées de manière directe dans la démarche de soins, puisque les données récoltées seront employées pour l'établissement du jugement clinique et la pose d'un diagnostic infirmier, premières étapes de la démarche, tout en restant dans une vision holistique. La réalisation d'un examen physique, complet ou ciblé selon les situations, va donc permettre de déterminer des actions pour le patient, qui se veulent plus rapidement initiées et efficaces. De plus, une meilleure collaboration avec le médecin, plus de confiance dans l'interprétation des résultats et un langage commun sont des réelles plus-values de l'examen physique infirmier. Ces avantages ont des répercussions non seulement pour la profession infirmière, mais aussi et surtout pour les patients, pour qui les résultats seraient améliorés, bien qu'il manque encore de preuves scientifiques pour affirmer ce lien de causalité. Cependant, la mise en pratique de l'examen physique par les infirmiers se heurte à des

obstacles, ce qui limite son utilisation dans la pratique : le manque de temps, le manque de soutien par les pairs et l'institution, la place prise par la technologie et la mesure de paramètres vitaux de manière standardisée, le manque de pratique et de modèles infirmiers qui impactent la confiance des infirmières en leur capacité à mener un examen physique fiable et enfin le problème de la délimitation des rôles, l'examen physique étant une compétence désormais partagée entre différents professionnels de la santé.

En Suisse aussi, suite à la mise en place du programme d'enseignement de l'examen clinique au niveau Bachelor, les premiers retours des étudiants sont positifs, mais ceux-ci expriment des doutes sur l'intégration de ces compétences (en particulier l'examen physique) dans leur pratique (Lindpaintner et al., 2009).

5.3. Propositions pour la pratique

5.3.1. Implications pour l'enseignement

Face au constat de la maigre utilisation des techniques d'examen clinique chez les infirmières formées, certains auteurs recommandent d'identifier ce qui constitue les compétences vraiment essentielles à la pratique infirmière généraliste : diminuer le nombre de techniques enseignées dans un programme par ailleurs surchargé, permettrait de mettre

un plus grand accent sur l'enseignement et la pratique des compétences de base pour permettre aux étudiants de devenir compétents et confiants dans la réalisation d'une évaluation physique complète sur leurs patients (Giddens, 2007; dans Birks et al., 2013; Secrest et al., 2005; dans Douglas et al., 2015). Cependant, tous les auteurs ne se rejoignent pas sur ces conclusions. En effet, les raisons mises en évidence par les études pour expliquer l'absence de pratique de beaucoup de techniques a permis d'identifier certains des facteurs qui font obstacle à leur utilisation (Osborne et al., 2015; Douglas et al., 2015; Birks et al., 2013). Plutôt que de supprimer l'enseignement de techniques peu utilisées, agir sur ces facteurs permettrait une meilleure intégration des techniques d'évaluation physique dans la pratique quotidienne des infirmières. Les études ont surtout montré que certains systèmes et techniques étaient laissés de côté en raison d'un manque de confiance en la capacité de les réaliser ; ainsi il faudrait peut-être prévoir d'autres stratégies, ou plus de temps pour leur enseignement (McElhinney, 2010; Birks et al., 2013). Le fait que les étudiants n'aient pas l'opportunité de développer et pratiquer ces techniques durant leur formation peut expliquer le manque d'application pratique (Douglas et al., 2015). En effet, une grande partie des infirmières n'ont pas appris l'examen physique au cours de leur formation initiale, ce qui fait que les étudiants et les nouveaux diplômés évoluent dans un environnement qui n'encourage pas l'utilisation de l'examen physique (Milligan & Neville 2001; dans Lesa & Dixon, 2007).



De plus, les études n'ont pas pu démontrer une augmentation de la pratique de l'examen physique avec l'expérience ; au contraire, les infirmières plus anciennes ont tendance à mobiliser moins de techniques d'examen physique (Douglas et al., 2015 ; Osborne et al., 2015). Les infirmières nouvellement diplômées, donc novices, tendent à se conformer à la norme quand elles arrivent dans une unité et n'utilisent pas leurs connaissances en examen clinique (White, Gray, & Jones, 2009; dans Martin, 2015). Edmunds et al. (2010) regrettent le fait que selon certains participants, le changement de pratique se met en place uniquement si la culture organisationnelle le permet, et ces derniers adoptent alors une vision passive de leurs responsabilités. Cependant, si les infirmières sont encouragées à se sentir en confiance dans la réalisation de l'examen physique et à comprendre la nécessité de sa pratique, elles se conformeraient moins au groupe (Martin, 2015).

Il faut donc réfléchir à une manière efficace d'enseigner ces techniques pour assurer la confiance des futures infirmières en leurs capacités, dès l'obtention du diplôme (Douglas et al., 2015), tout en formant progressivement l'ensemble du personnel infirmier n'ayant pas bénéficié de l'enseignement pendant leur formation initiale, afin de créer un environnement favorable à l'apprentissage et à la mobilisation de ces compétences dans les milieux de pratique.

Plusieurs études mettent en avant que le défi pour les enseignants en soins infirmiers est d'enseigner l'examen physique dans le cadre d'un modèle

holistique et non médical (Bowmann & Duldt, 1993; Lillibridge & Wilson, 1999; Secrest et al., 2005; dans Lesa & Dixon, 2007; Fennessey & Wittmann-Price, 2011). En effet, pour certains auteurs, l'examen physique est encore enseigné selon une vision fragmentée du corps (Franco, 2000 ; dans Carvalho da Silva & Teixeira, 2011). Cela contribuerait à flouter les frontières entre les rôles et à renforcer l'impression que l'examen physique infirmier empiète sur le rôle médical et ne lui appartient donc pas.

5.3.2. Clarifier les rôles

Le problème du flou qui règne autour des rôles des différents professionnels de la santé par rapport à l'examen physique est apparu comme un frein important à sa pratique. Lorsque nous avons cherché à définir le concept d'examen clinique infirmier, nous avons constaté que cette notion même n'est pas claire dans l'esprit de beaucoup d'infirmières et de médecins.

Pourtant, dans les milieux où l'équipement pour l'exercice de l'examen physique est à disposition et où l'attente du rôle est claire, les compétences en examen clinique sont plus souvent utilisées (Edmunds et al., 2010). Il apparaît donc comme nécessaire de bien clarifier le rôle de chacun dans la pratique de l'examen physique : quand, comment et pourquoi réaliser un examen physique infirmier, médical ou par un autre professionnel de la santé. Nous pensons que cette clarification doit être faite dans l'enseignement adressé aux futurs infirmiers mais aussi aux futurs médecins

et autres professionnels pratiquant également l'examen physique, afin que chaque discipline soit au clair et sache comment collaborer efficacement avec les autres, ceci dans l'intérêt du patient. En effet, le patient doit toujours être au centre du débat par rapport aux rôles, car l'important n'est pas de déterminer si une compétence appartient à une discipline ou à une autre, mais bien de savoir de quelle manière elle peut être mise à son service.

Comme nous l'avons vu, la pratique de l'examen physique est aussi fortement tributaire du domaine de pratique et varie en fonction de la présence ou de l'absence d'autres professionnels de la santé (notamment les médecins). La clarification des rôles doit donc se faire de manière globale, mais aussi plus ciblée en fonction des spécificités de chaque service, au travers d'un cahier des charges bien défini et clair par rapport à l'examen physique. Les gestionnaires au sein des structures de soin doivent appuyer ces compétences infirmières et expliquer aux cadres, aux infirmiers comme aux médecins, en quoi elles consistent.

5.3.3. Vers une réorganisation des soins

Comme nous l'avons vu, il se peut que l'évolution du rôle infirmier, avec l'intégration de l'examen physique dans la pratique quotidienne, implique une abdication de certains aspects du rôle, en particulier les soins de base, qui sont désormais davantage délégués. Woodward (1997; dans Pearcey, 2008) affirme que les valeurs de la profession sont en train de changer et qu'il est désormais temps de réfléchir à ce qui devrait être

sacrifié. Il est notamment question des soins de base, qui étaient pourtant jusqu'alors perçus comme relevant du rôle propre infirmier, c'est-à-dire un rôle où l'infirmière est autonome dans sa réalisation, par opposition au rôle délégué. Or, l'examen clinique fait aussi partie du rôle propre infirmier, puisque comme nous l'avons vu, il permet le développement du jugement clinique, la prise de décision, et pose les bases pour la suite de la démarche de soins (Harris, 2002; dans Fennessey & Wittmann-Price, 2011). Il s'inscrit dans le rôle défini par Benner de « diagnostic et de surveillance infirmière », dont le but est l'identification d'une détérioration ou de complications dans l'état de santé du patient (Benner, 1984 ; dans Lindpaintner et al., 2009). Contrairement aux soins de base, ce rôle ne peut être délégué, l'infirmière en est la seule responsable. Ainsi, il s'agit peut-être de repenser l'organisation des soins, où l'infirmière délègue toutes les tâches qui peuvent l'être : par exemple les ponctions veineuses aux Assistant(e)s en Soins et Santé Communautaire (ASSC), les soins de base aux aides-soignantes, afin de pouvoir se concentrer sur le suivi des patients. L'infirmière ne réaliserait ces soins que lorsque cela serait pertinent pour l'évaluation infirmière afin de dégager le temps pour le suivi approfondi et systématique de tous les patients dont elle s'occupe, en mobilisant l'examen clinique et notamment l'examen physique. Cela suppose de repenser la composition des équipes.

6. Conclusion

6.1. Apports du travail de Bachelor

Ce travail nous a permis de développer une vision plus approfondie et critique sur l'examen physique en soins infirmiers et ses bénéfices. Globalement les résultats des études ont reflété nos interrogations et notre ressenti au début de ce travail. De manière identique à ce qui a été révélé par les études, nous reconnaissons l'examen physique comme un ensemble de connaissances utiles à notre compréhension des phénomènes, nous permettant de réaliser plus de liens entre la théorie et la pratique, de mieux décrypter la clinique du patient et donc de pouvoir intervenir plus rapidement et de manière plus efficace face à un changement dans son état de santé et ce, avant que les signes vitaux ne commencent à se péjorer. L'examen physique est plus performant que la prise des signes vitaux systématisée dans la détection d'une détérioration ou amélioration de l'état de santé du patient. En effet, il permet une observation plus fine, plus subtile, d'autant plus quand l'infirmière connaît bien le patient qu'elle évalue régulièrement ; c'est ce type d'évaluation qui se rapproche d'ailleurs le plus de la pratique experte de l'infirmière définie par Benner (1984). Cependant, malgré la pertinence de l'examen physique pour les soins infirmiers, comme nous l'avons observé au cours de notre formation et comme le montrent les études, la plupart des techniques ne sont pas utilisées par les infirmières dans la pratique. L'évaluation repose essentiellement sur la mesure des

signes vitaux de manière standardisée. Ceci s'explique en partie par le fait que l'examen clinique soit un enseignement récent en Suisse et que peu d'infirmières sur le terrain soient formées pour l'instant. Cela a des répercussions sur nous, en tant qu'étudiantes, avec une difficulté à mettre en pratique nos connaissances, mais aussi avec un manque de confiance dans notre capacité à intégrer l'examen physique dans notre pratique quotidienne lorsque nous serons diplômées, surtout pour ce qui est des techniques plus complexes de palpation, de percussion et d'auscultation, qui exigent de la pratique pour les maîtriser. En l'absence de suffisamment de maîtrise de ces techniques, il nous faut plus de temps pour les pratiquer, or cela n'est pas toujours possible selon la charge de travail.

Le fait d'avoir identifié les obstacles à la mise en pratique des savoirs en examen physique, qui sont liés à des facteurs individuels, organisationnels, institutionnels, éducationnels et au soutien social, nous ont permis de mieux comprendre nos difficultés lors de nos stages pratiques. Ceci nous a également permis de réfléchir sur des pistes pour l'enseignement ainsi que pour la pratique ; il s'agit surtout de mettre en avant les facteurs facilitateurs. Ainsi, d'un point de vue individuel, nous savons à présent que moins nous pratiquerons l'examen clinique, moins nous aurons confiance pour le réaliser. Pour aller à l'encontre de ce cercle vicieux, il sera de notre responsabilité de continuer à nous former sur un plan individuel et au travers de l'échange des savoirs et expériences avec d'autres professionnels, ainsi que de nous exercer le plus fréquemment possible afin de maintenir ces

compétences et de les développer. D'un point de vue éducationnel, nous pouvons agir dans notre pratique avec l'encadrement et le soutien de nos futurs étudiants dans l'exercice de l'examen physique. Pour contribuer à la clarification des rôles, nous nous sentons désormais mieux préparées, puisque la définition plus approfondie du concept de l'examen clinique, basée sur des connaissances actuelles, nous permet de mieux l'expliquer et d'en discuter avec les professionnels, pour lesquels ce concept s'avère parfois peu clair.

D'un point de vue méthodologique, nous avons eu l'opportunité de réaliser une démarche de recherche, avec des contenus qui nous ont été enseignés durant notre formation, autour d'un questionnement clinique issu de la pratique des soins. Nous nous sommes exercées à rechercher des preuves scientifiques par rapport à une problématique et à élaborer des pistes pour l'intégration de ces résultats probants dans la pratique sous un angle réflexif professionnel. Cette démarche sera utile dans notre future pratique.

6.2. Facteurs contraignants et facilitateurs

Dans la construction de ce travail, nous avons rencontré principalement trois facteurs qui étaient à la fois facilitateurs et contraignants : le temps, le travail en groupe et l'étendue du sujet. Le facteur temps était contraignant car nous ne pouvions pas avancer comme nous le souhaitions lors de certaines périodes, notamment durant les formations pratiques, ce qui nous donnait l'impression de prendre du retard. Néanmoins, ces moments nous ont aussi permis de prendre du recul par rapport à notre travail de Bachelor et de développer nos réflexions.

La collaboration au sein du travail en groupe a été globalement un élément facilitateur, car nous avons rapidement trouvé une méthode de travail commune et la prise en compte des points de vue de chacune a rendu le travail plus complet.

Quant à l'étendue du sujet, la littérature était importante et a mis en évidence de nombreuses pistes de recherche en lien avec l'examen clinique (enseignement, cadre juridique, délimitation des rôles entre les différents professionnels de la santé, etc.). Il était donc difficile au départ de cibler les sujets que nous voulions aborder de manière plus approfondie et surtout de prioriser et synthétiser les résultats issus des articles scientifiques retenus.

6.3. Limites

En termes de limites du travail, nous relevons que les échantillons de nos études sont souvent faibles, avec des infirmières issues de la même institution, voire du même contexte de soins. Cependant, étant donné qu'il existe aujourd'hui suffisamment d'études qui se sont penchées sur le phénomène et que toutes obtiennent des résultats similaires, et ce quel que soit le contexte de soins et la taille de l'échantillon, nous pouvons affirmer que ces données sont fiables.

Une autre limite qui peut être citée est celle de la provenance des études. En effet, la littérature scientifique autour de notre question de recherche provient de différents pays, mais peu de textes sont directement issus de la Suisse ou même de l'Europe. L'introduction de l'examen clinique comme compétence infirmière s'opère cependant au niveau international, avec une plus grande ancienneté dans les pays anglo-saxons, d'où est issue la majorité de la littérature et dont la Suisse s'inspire (Lindpaintner et al., 2009). Ainsi, les données recueillies peuvent malgré tout être transférables au contexte suisse et fournir des pistes pour le développement de l'examen clinique infirmier en Suisse, comme nous l'ont montré les quelques éléments de littérature helvétique que nous avons pu trouver.

6.4. Perspectives pour la recherche

À l'issue des différentes études menées sur la question, plusieurs recommandations peuvent être faites pour des recherches ultérieures. Tout d'abord, nous avons constaté un manque de littérature et de preuves scientifiques sur les bénéfices de l'examen physique pour les soins au patient. Nous avons principalement relevé qu'il favorise les résultats positifs sur sa santé, une diminution des complications et le développement de la relation thérapeutique. Toutefois, des recherches plus approfondies sur l'impact direct sur le patient seraient nécessaires pour évaluer l'efficacité et la pertinence de cette nouvelle compétence et ceci, selon la perspective du patient, qui reste au centre de notre pratique.

Fennessay et Wittmann-Price (2011) suggèrent d'étudier dans quelle mesure l'examen physique est exercé au sein de la démarche de soins infirmiers. En effet, la plupart des études mentionnent la notion de fréquence d'utilisation des techniques d'examen physique, mais peu mettent en évidence son degré d'utilisation dans la démarche de soins en général, c'est-à-dire sa contribution dans le recueil des données, dans le jugement clinique et la prise de décision, ainsi que pour les interventions et la fréquence des réévaluations.

La plupart des recherches recommandent de poursuivre les études afin de déterminer l'importance de l'examen clinique dans les formations initiales (Duff et al., 2007). Il serait utile d'évaluer plus précisément quelles

compétences spécifiques de l'examen physique sont réellement utiles dans la pratique clinique infirmière (Fennessay & Wittmann-Price, 2011), d'adapter le contenu des modules aux besoins des étudiants (Edmunds et al., 2010) par rapport à leur future pratique, afin de potentialiser l'utilisation de l'examen clinique pendant la formation. Martin (2015) a relevé la nécessité de tester l'efficacité de l'inclusion de l'examen physique dans l'éducation des infirmières en santé mentale avec des essais cliniques randomisés, par exemple en comparant la pratique de l'examen physique de deux groupes d'étudiants selon leur programme d'études.

7. Références

- Alligood, M.R., & Marriner-Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work*. (7^e éd.). St-Louis: Mosby-Elsevier.
- Altmann, T.K. (2007). An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or philosophy? *Contemporary Nurse*, 25(1-2), 114–123. doi:10.5172/conu.2007.25.1-2.114
- Ambrosino, F., Cavaye, M., & Demarthe, P. (2012). *L'infirmière de Pratique Avancée expliquée aux Infirmières* (Master en sciences cliniques infirmières inédit). Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- Baid, H. (2006). The process of conducting a physical assessment: a nursing perspective. *British Journal of nursing*, 15(13), 710-714.
- Birks, M., Cant, R., James, A., Chung, C., & Davis, J. (2013). The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. *Collegian*; 20, 27–33. doi:10.1016/j.colegn.2012.02.004
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall Health.
- Brûlé, M., Cloutier, L., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Paris : ERPI.
- Cahill, H. (1996). Role definition: nurse practitioners or clinicians' assistants? *British Journal of Nursing*, 5, 1382–1386.
- Carvalho da Silva, C.M., & Teixeira, E.R. (2011). Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. *Esc Anna Nery*, 15(4), 723-729.
- Confédération Suisse (2015, 15 Avril). Initiative parlementaire 11.418 : LAMal. Accorder plus d'autonomie au personnel soignant. Repéré à : <https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/bericht-sgk-n-11-418-2015-04-15-f.pdf>
- Coombs, M.A., & Morse, S.E. (2002). Physical assessment skills: a developing dimension of clinical nursing practice. *Intensive and Critical Care Nursing*; 18, 200-210.
- Dallaire, C., & Goulet, O. (2000). *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives*. Québec: Gaëtan Morin.
- Dall'ava-santucci, J., Delmas, P., & Cloutier, L. (2010). *La pratique infirmière de l'examen clinique*. Bruxelles : De Boeck.

- Douglas, C., Windsor, C., & Lewis, P. (2015). Too much knowledge for a nurse? Use of physical assessment by final-semester nursing students. *Nursing and Health Sciences, 17*, 492–499. doi: 10.1111/nhs.12223
- Duff, B., Gardiner, G., & Barnes, M. (2007). The impact of surgical ward nurses practising respiratory assessment on positive patient outcomes. *Australian Journal of Advanced Nursing, 24*(4), 52–56.
- Edmunds, L., Ward, S., & Barnes, R. (2010). The use of advanced physical assessment skills by cardiac nurses. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 19*(5), 282–287. doi:10.12968/bjon.2010.19.5.47058
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (2e edition). Philadelphia: Davis Company.
- Fennessey, A., & Wittmann-Price, R.A. (2011). Physical assessment: a continuing need for clarification. *Nursing Forum, 46*, 45–50.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière éducation.
- George, J.B. (2010). *Nursing theories*. London: Pearson Education.
- Giddens, J.F. (2006). Comparing the frequency of physical examination techniques performed by associate and baccalaureate degree prepared nurses in clinical practice: does education make a difference? *Journal Nursing Education, 45*, 136–139.
- Groupe infirmières enseignantes du CHR de Bordeaux, Ecole Xavier Arnoz. (1987). *La démarche de soins infirmiers, approche théorique*. (2e édition). France : Editions du Papyrus.
- Halcomb, E.J., Salamonson, Y., Davidson, P.M., Kaur, R., & Young, A.M. (2014). The evolution of nursing in Australian general practice : a comparative analysis of workforce surveys ten years on. *BMC Family Practice, 15*(52). doi : 10.1186/1471-2296-15-52.
- Hamric, A.B, Hanson, C.M, O'Grady, E.T., & Tracy, M.F. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. St-Louis: Elsevier
- Haute Ecole de Suisse Occidentale. (2012). Plan d'études cadre Bachelor Filière formation en soins infirmiers. Repéré à: http://www.heds-fr.ch/FR/bachelor/BachelorSI/formation-bachelor/Documents/PEC_Soins_infirmiers.pdf
- Haute Ecole de Suisse Occidentale (2015). Cahier d'information sur l'enseignement de l'examen clinique infirmier au niveau Bachelor.

Résumé à : [http://www.heds-fr.ch/FR/ecole/partenaires-liens/Documents/0 Information EC.pdf](http://www.heds-fr.ch/FR/ecole/partenaires-liens/Documents/0%20Information%20EC.pdf)

- Jarvis, C. (2010). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. (5^e éd.). Montréal: Beauchemin.
- Joanna Briggs Institute. (2009). Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. *Best Practice: evidence based information sheets for health professionals* 13(5), 1-4.
- Jovic, L., Guenot, C., Naberes, A., & Maison, P. (2009). Pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Étude exploratoire dans la région Ile-de-France. *Recherche en soins infirmiers*, 4(99), 117-132. doi: 10.3917/rsi.099.0117
- Künzi, K., Jäggi, J., & Dutoit, L. (2013). Recours dans les soins médicaux de base aux professionnels de la santé non médecins hautement qualifiés : avancement des discussions en Suisse. *Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien Bass AG*. Repéré à : http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/14208/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMd35_gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
- Lesca, R., & Dixon, A. (2007). Physical assessment: Implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review*, 54, 166-172.
- Lillibridge, J., & Wilson, M. (1999). Registered nurses' descriptions of their health assessment practices? *International Journal of Nursing Practice*, 5(1), 29-37.
- Lindpaintner, L.S. (2007). Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege. *Pflege*, 20, 185-190. doi: 10.1024/1012-5302.20.4.185
- Lindpaintner, L.S., Bischofberger, I., Brenner, A., Knuppel, S., Scherer, T., Schmid, A.,... Hengartner-Kopp, B. (2009). Defining clinical assessment standards for bachelor's-prepared nurses in Switzerland. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 320-327. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01286.x
- Martin, C.T. (2015). The value of physical examination in mental health nursing. *Nurse Education in Practice*, 1-6. doi:10.1016/j.nepr.2015.11.001
- Morin, D. (2013). Un institut promoteur de pratique infirmière avancée. *Forum Médical*, 18-20.

- Morin, D. & Eicher, M. (2012). La pratique infirmière avancée. *Revue Médicale Suisse*, 8, 1680- 1681.
- Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice*. (2nd Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McElhinney, E. (2010). Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module - an electronic Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3177–3187. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03304.x
- Milligan, K., & Neville, S. (2001). Health assessment and its relationship to nursing practice in New Zealand. *Contemporary Nurse*, 10(1–2), 7–11. doi: 10.5172/conu.10.1-2.7
- Office fédéral de la santé publique (2015, 16 Décembre). Projet de Loi Fédérale sur les professions de la Santé (LPSan). Repéré à <http://www.gesbg.admin.ch/aktuell/index.html?lang=fr>
- Osborne, S., Douglas, C., Reid, C., Jones, L., & Gardner, G. (2015). The primacy of vital signs – Acute care nurses’ and midwives’ use of physical assessment skills: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*; 52, 951–962.
- Pearcey, P. (2008). Shifting roles in nursing - Does role extension require role abdication? *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1320-1326. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02135.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). La pensée infirmière. (3e éd.). Montréal : Editions Chenelière Education.
- Perlemuter, L., Quedauvilliers, J., Perlemuter, G., Amar, B., & Aubert, L. (1999). Nouveaux Cahiers de l’Infirmière. Soins infirmiers I. Concepts et théories démarche de soins. (2e éd.). Paris : Editions Masson.
- Phaneuf, M. (2008). Le jugement clinique, cet outil professionnel d’importance. Repéré à http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le_jugement_clinique-cet_outil_professionnel_dimportance.pdf
- Ramis, M.-A., Chiung-Jung, W., & Pearson, A. (2013). Experience of being an advanced practice nurse within Australian acute care settings: a systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11, 161-180. doi:10.1111/1744-1609.12029.

- Reaby, L.L., (1991). Use of physical assessment skills by Australian nurses. *International nursing Review*, 38(6), 181–184.
- Roulin, M.-J., Borrero, P., & Iori, E. (2014). La pratique infirmière avancée: de quoi parle-t-on? *Soins infirmiers*, 4, 68-71.
- Shinozaki E., & Yamauchi T. (2009). Nursing competencies for physical assessment of the respiratory system in Japan. *Nursing Health Sciences*, 11, 285–292.
- SBK – ASI (2011) Les soins infirmiers en Suisse perspectives 2020. Document de positionnement de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). Repéré à : https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf
- Schroyen, B., George, N., Hylton, J., & Scobie, N. (2005). Encouraging nurses physical assessment skills. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 14-15.
- Secrest, J., Norwood, B., & DuMont, P. (2005). Physical assessment skills: A descriptive study of what is taught and what is practiced. *Journal of Professional Nursing*, 21 (2), 114-118.
- Wheeldon, A. (2005). Exploring nursing roles: using physical assessment in the respiratory unit. *British Journal of Nursing*, 14(10), 571–574.
- West, S. L. (2006). Physical assessment: Whose role is it anyway? *Nursing in Critical Care*, 11, 161-167.
- Zambas, S. I. (2010). Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: critique of a "sacred cow". *Journal of Nursing Education*, 49, 305–310. <http://doi.org/10.3928/01484834-20100224-03>.

Référence image :

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). *SIGN 50: a guideline developer's handbook*. Repéré à: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>

8. Appendices

Appendice A

Mots-clés et descripteurs

	Mots-clés français	Mots-clés anglais	Descripteurs Ovid	Descripteurs MeSH
I	Examen clinique	<i>Clinical assessment, Physical assessment, health assessment</i>	<i>Nursing Assessment</i>	<i>Physical Examination</i>
	Examen physique	<i>Physical examination</i>	<i>Physical Examination</i>	<i>Physical Examination</i>
	Examen clinique infirmier	<i>Clinical nursing assessment</i>	<i>Nursing Assessment</i>	<i>Nursing Assessment</i>
	Examen physique infirmier	<i>Physical nursing assessment</i>	<i>Nursing Assessment, Physical Examination</i>	
	Évaluation infirmière	<i>Nurse assessment</i>	<i>Nursing Assessment</i>	<i>Nursing Assessment</i>
	Soins infirmiers	<i>Nursing care Nursing</i>	<i>Nursing Care Nursing</i>	<i>Nursing Care Nursing</i>
	Pratique infirmière	<i>Nurse practice</i>	<i>Nursing Practice</i>	
	Pratique infirmière de base	<i>Registered nurses Nurses</i>	<i>Registered Nurse Nurses</i>	
	Enseignement soins infirmiers	<i>Nursing education</i>	<i>Nursing Education</i>	<i>Nursing Education</i>
C	Compétences, compétences infirmières	<i>Competence Nursing competencies Nursing Skills Physical assessment skills</i>	<i>Clinical Competence Professional Competence Clinical Skills</i>	<i>Clinical Competence Clinical Skills</i>
	Rôle infirmier	<i>Nurse's role</i>	<i>Nurse's Role</i>	<i>Nurse's Role</i>
	Extension de rôle Expansion de rôle	<i>Role extension Role expansion Shifting role</i>	<i>Nurse'Role</i>	<i>Nurse's Role</i>
	Pratique avancée	<i>Advanced practice nursing</i>	<i>Advanced Practice Nursing Nurse Practitioners</i>	<i>Advanced Practice Nursing</i>

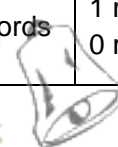
			<i>Nurse Clinicians</i>	
O	Démarche de soins infirmiers	<i>Nursing process</i>	<i>Nursing Process</i>	<i>Nursing Process</i>
	Jugement clinique	<i>Clinical judgment</i>	<i>Clinical Decision-Making, Clinical Judgement</i>	
	Bénéfices /résultats/ efficacité	<i>Outcomes</i> <i>Effectiveness</i>	<i>Outcomes</i> <i>Assesment</i> <i>Efficiency</i>	<i>Outcomes</i> <i>Benefits</i> <i>Efficiency</i> <i>Effectivness</i>
	Qualité des soins	<i>Quality of health care</i>	<i>Healthcare Quality</i>	<i>Quality of Health Care</i>
	Limites et barrières	<i>Limits, barriers</i>	<i>Limits, Barriers</i>	<i>Limits, barriers</i>

Appendice B

Démarche de recherche dans les bases de données

Base de données	Descripteurs	Filtres	Nombre d'articles
PubMed (Descripteur MeSH)	Nursing Assessment AND Physical examination	Aucun	0
	(Nursing Care[Title/Abstract]) AND Physical Examination[Title]	Humans, Title, languages [English, French, Portuguese, German]	1 résultat 0 retenu
	(Nursing Process[Title/Abstract]) AND Physical Examination [Title/Abstract]	Humans, languages [English, French, Portuguese, German]	7 résultats 3 retenus
	(Physical examination[Title]) AND Nursing[Title/Abstract]	Abstract	20 résultats 10 retenus
	(Nursing Education[Title/Abstract]) AND Physical examination [Title/Abstract]	Humans, Abstract, languages [English, French, Portuguese, German]	10 résultats 6 retenus
	(Registered Nurse[Title/Abstract]) AND Physical Examination [Title/Abstract]	Aucun	5 résultats 0 retenu
	(Clinical Competence[Title/Abstract]) AND Physical Examination[Title]	Languages [english, french, portuguese, german], abstract, humans	2 résultats 2 retenus
	(Physical Examination[Title] AND Nursing[Title/Abstract])	Humans Languages [English,	16 résultats 8 retenus

		French, Portuguese, German] Abstract	
	(Physical Assessment[Title]) AND Nursing[Title/Abstract]	Humans Languages [English, French, Portuguese, German] Abstract	36 résultats 26 retenus
	(Benefits) AND Physical Examination[Title/Abstract]) AND Nursing	Humans Languages [English, French, Portuguese, German] Abstract	10 résultats 1 retenu
	(Efficiency [Title/Abstract]) AND Physical Examination [Title/Abstract]) AND Nursing	Humans Languages [English, French, Portuguese, German] Abstract	3 résultats 0 retenu
Medline (Descripteur meSH)	Physical Examination [Title] AND Nursing Process [Topic]	Title	28 résultats 6 retenus
	Physical Examination [Title] AND Nursing Process [Title]	Title	2 résultats 1 retenu
	Physical Examination [Title] AND Nursing [Title]	Title	55 résultats 11 retenus
	Physical Examination [Title] AND Nursing [Topic]	Title, languages [English, French, Portuguese, German], Research areas [nursing]	87 résultats 14 retenus
	Physical assessment [Title] AND Nursing Process [Title]	Title	1 résultat 1 retenu
	Physical assessment [Title] AND Nursing Process [Topic]	Title	45 résultats 10 retenus
	Physical assessment [Title] AND Nurse's role [Topic]	Title	18 résultats 14 retenus
	Physical assessment [Title] AND Nurse's role [Title]	Title	0
	Physical examination [Title] AND Nursing Care [Title]	Title	5 résultats 1 retenu
	Physical assessment [Title] AND Nursing Care [Title]	Title	5 résultats 1 retenu
Cochrane (Descripteur MeSH)	Physical examination [title, abstract, keywords]	Title, abstract, keywords	24 résultats 0 retenu
	Physical examination [title, abstract, keywords] AND Nursing Process [title, abstract, keywords]	Title, abstract, keywords	1 résultat 0 retenu



	Physical examination [title, abstract, keywords] AND Nursing Process [All Text]	Title, abstract, keywords	8 résultats 0 retenu
	Nursing Process [title, abstract, keywords]	Title, abstract, keywords	67 résultats 1 retenu
	Nursing Process [title, abstract, keywords] AND Physical examination [All Text]	Title, abstract, keywords	5 résultats 0 retenu
	Physical examination [title, abstract, keywords] AND nursing [All Text]	Title, abstract, keywords	10 résultats 0 retenu
	Physical examination [title, abstract, keywords] AND nursing [title, abstract, keywords]	Title, abstract, keywords	2 résultats 0 retenu
	Physical examination [All Text] AND nurse's role [All Text]	Aucun	9 résultats 0 retenu
	Physical examination [title, abstract, keywords] AND nurse's role [All Text]	Title, abstract, keywords	2 résultats 0 retenu
	Physical examination [title, abstract, keywords] AND nurse's role [title, abstract, keywords]	Title, abstract, keywords	2 résultats 0 retenu
CINHAL (Descripteur MeSH, CINAHL Subject Headings)	Physical examination [TITLE] AND nursing process [ABSTRACT]	Title, abstract	9 résultats 2 retenus
	Nursing process [TITLE] AND Physical assessment [ABSTRACT]	Title, abstract	6 résultats 2 retenus
	Nursing process [ABSTRACT] AND Physical assessment [ABSTRACT]	Abstract	177 résultats 6 retenus
	Physical examination [TITLE] AND nursing [ABSTRACT]	Title, abstract	24 résultats 6 retenus
	Physical assessment [TITLE] AND nursing [TITLE]	Title	44 résultats 21 retenus
	Nurse's role [TITLE] AND physical examination [TITLE]	Title	0
	Nurse's role [TITLE] AND physical assessment [TITLE]	Title	0
	Nurse's role [TITLE] AND physical examination [TITLE]	Title	0
	Nurse's role [TITLE] AND physical examination [ABSTRACT]	Title, abstract	3 résultats 0 retenu
	Nurse's role [TITLE] AND physical assessment [ABSTRACT]	Title, abstract	5 résultats 0 retenu
Physical examination [TITLE] AND Nursing process	Title, abstract	2 résultats 0 retenu	

	[ABSTRACT] AND Outcomes [ABSTRACT]		
	Physical assessment [TITLE] AND Nursing process [ABSTRACT] AND Outcomes [ABSTRACT]	Title, abstract	1 résultat 0 retenu
	Physical assessment [TITLE] AND Nursing process [ABSTRACT] AND Outcomes [ABSTRACT]	Title, abstract	2 résultats 1 retenu
	Role extension [ABSTRACT] AND nursing [TITLE]	Title, abstract	36 résultats 4 retenus
	Role definition [TITLE] AND Nursing [TITLE]	Title, abstract	11 résultats 1 retenus
	Clinical assessment [TITLE] AND Nursing [ABSTRACT] AND Switzerland [ABSTRACT]	Title, abstract	2 résultats 1 retenus
	Physical assessment [TITLE] AND nursing practice [TITLE]	Title	13 résultats 7 retenus
	Clinical reasoning [TITLE] AND Nursing [TITLE] AND physical assessment [ABSTRACT]	Title, abstract	1 article 0 retenu
	Decision making [TITLE] AND Nursing [TITLE] AND physical assessment [ABSTRACT]	Title, abstract	0
	Physical assessment skills [TITLE] AND Nursing [TITLE]	Title	13 résultats 6 retenus
JBI (Descripteur MeSH)	Physical examination AND nursing process [dans ABSTRACT Puis dans KEYWORDS]	Abstract ou keywords	0
	Physical examination AND nursing process	Aucun	98 résultats 1 retenu
	Physical examination AND Nursing process AND Outcomes	Aucun	68 résultats 1 retenu
	Nursing AND general practice AND physical examination AND outcomes	Aucun	47 résultats 1 retenu
PsycINFO (Descripteur Ovid)	(Nursing Practice and Physical Examination).ab.	Aucun	1 résultat 0 retenu
	(Physical Examination and Nursing).ab.	Aucun	37 résultats 0 retenu
	(Physical assessment and Nursing).ab.	Aucun	21 résultats 6 retenus
	(Clinical Competence and Physical	Aucun	15 résultats

	Examination).ab.		0 retenu
	(Physical Examination and Nursing Process).ab.	Aucun	3 résultats 1 retenu
	(Physical Examination and Benefits).ab. and Nursing.af.	Aucun	4 résultats 0 retenu
	(Efficiency and Physical Examination).ab. and Nursing.af.	Aucun	2 résultats 0 retenu
	Quality of Health Care.af. and Physical Examination. ab. and Nursing.af	Aucun	0

Appendice C

Articles retenus et sélectionnés

Le tableau ci-dessous contient les références des 37 articles retenus après une première lecture, avec les critères de sélection des articles pour l'analyse plus approfondie : pertinence de l'article en lien avec la question de recherche, date de l'étude, niveau de preuve scientifique et l'*impact factor*. Une pertinence moyenne signifie que l'article ne contient qu'une faible partie correspondant à notre question de recherche. Les cases de fond gris clair se réfèrent aux critères d'exclusion ; tandis que les autres indiquent les critères d'inclusion. Les références en caractère gras représentent les articles sélectionnés pour la synthèse des résultats.

Articles trouvés	Pertinence	Date	Niv. de preuve	IF
1. Aldridge-Bent, S. (2011). Advanced physical assessment skills: implementation of a module. <i>British Journal of Community Nursing</i> , 16(2), 84–88.	Moyenne	2011	2+ : étude qualitative de cohorte bien menée avec faible risque de biais	-
2. Anderson, B., Nix, E., Norman, B., & McPike, H. D. (2014). An evidence based approach to undergraduate physical assessment practicum course development. <i>Nurse Education in Practice</i> , 14(3), 242–246. doi:10.1016/j.nepr.2013.08.007	Moyenne	2014	2+ : étude de cas-témoins avec un faible risque de biais	-
3. Baid, H. (2006). The process of conducting a physical assessment: a nursing perspective. <i>The British Journal of Nursing</i> , 15(13), 710–714. doi:10.12968/bjon.2006.15.13.21482	Moyenne	2006	3: rapport de cas	-
4. Birks, M., Cant, R., James, A., Chung, C., & Davis, J. (2013). The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: Issues for nursing education. <i>Collegian</i>, 20(1), 27–33. doi:10.1016/j.colegn.2012.02.004	Oui	2013	2++: Étude de cas-témoign	1.157
5. Bowler, S., & Mallik, M. (1998). Role extension or expansion: a qualitative investigation of the perceptions of senior medical and nursing staff in an adult intensive care unit.	Non	1998	2+: étude de cas-témoign	-

<i>Intensive & Critical Care Nursing : The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses</i> , 14(1), 11–20. doi:10.1016/S0964-3397(98)80057-8				
6. Cahill, H. (1996). Role definition: nurse practitioners or clinicians' assistants? <i>British Journal of Nursing</i>; 5: 1382–1386.	Oui (article à contre-courant)	1996	2++: Revue systématique d'étude de cohorte ou de cas-témoin	-
7. Carvalho da Silva, C.M., & Teixeira, E.R (2011). Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. <i>Esc Anna Nery</i>, 15 (4), 723-729.	Oui	2011	2+: Étude de cas-témoin	-
8. Colwell, C. B., & Smith, J. (1985). Determining the use of physical assessment skills in the clinical setting. <i>The Journal of Nursing Education</i> , 24, 333–339.	Moyenne	1985	1+: essai contrôlé randomisé avec faible risque de biais	-
9. Coombs, M. a., & Moore, S. E. (2002). Physical assessment skills: A developing dimension of clinical nursing practice. <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> , 18(4), 200–210. doi:10.1016/S0964339702000447	Moyenne	2002	3 : Etude de cas	-
10. Douglas, C., Windsor, C., & Lewis, P. (2015). Too much knowledge for a nurse? Use of physical assessment by final-semester nursing students. <i>Nursing and Health Sciences</i>, 17, 492–499. doi: 10.1111/nhs.12223	Oui	2015	2++ Étude de cas-témoins (transversale)	-
11. Edmunds, L., Ward, S., & Barnes, R. (2010). The use of advanced physical assessment skills by cardiac nurses. <i>British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)</i>, 19(5), 282–287. doi:10.12968/bjon.2010.19.5.47058	Oui	2010	2+ : Étude de cas-témoin (étude longitudinale qualitative descriptive)	-
12. Fennessey, A., & Wittmann-Price, R. A. (2011). Physical assessment: a continuing need for clarification. <i>Nursing Forum</i>, 46(1), 45–50. doi:10.1111/j.1744-6198.2010.00209.x	Oui	2011	1- : Revue systématique	-
13. Franco, M. T. G., Akemi, E. N., & D'Inocento, M. (2012). Avaliação	Non	2012	2- étude de cas-témoins	0.142

dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. <i>ACTA Paulista de Enfermagem</i> , 25(2), 163–170. doi:10.1590/S0103-21002012000200002			avec risque élevé de biais	
14. Giddens, J. (2006). Comparing the frequency of physical examination techniques performed by associate and baccalaureate degree prepared nurses in clinical practice: does education make a difference? <i>The Journal of Nursing Education</i> , 45(3), 136–9.	Oui	2006	2+ : étude de cas-témoins avec faible risque biais	0.696
15. Giddens, J. F. (2007). A survey of physical assessment techniques performed by RNs: lessons for nursing education. <i>The Journal of Nursing Education</i> , 46(2), 83–87.	Oui	2007	2+ : étude de cas-témoins avec faible risque de biais et probabilité élevée que la relation soit causale.	0.906
16. Giddens, J. F., & Eddy, L. (2009). A survey of physical examination skills taught in undergraduate nursing programs: are we teaching too much? <i>The Journal of Nursing Education</i> , 48(1), 24–29. doi:10.3928/01484834-20090101-05	Oui	2009	2+ : étude de cas-témoins avec un faible risque de biais	1.185
17. Harmer, V. (2010). Are nurses blurring their identity by extending or delegating roles? <i>The British Journal of Nursing</i> , 19(5), 295–299. doi:10.12968/bjon.2010.19.5.47062	Non	2010	3: rapport de cas	-
18. Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care (Review), <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 2. doi:10.1002/14651858.CD001271.pub2	Non	2005	1++: Méta-analyse	6.539
19. Lesa, R., & Dixon, a. (2007). Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. <i>International Nursing Review</i> , 54(2), 166–172. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00536.x	Oui	2007	1+ : Revue systématique	0.653
20. Lindpaintner, L. S. (2007). Der Beitrag der Körperuntersuchung	Moyenne	2007	3-4 : revue	-

zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege. <i>Pflege</i> , 20, 185-190. doi: 10.1024/1012- 5302.20.4.185				
21. Lindpaintner, L. S., Bischofberger, I., Brenner, A., Knuppel, S., Scherer, T., Schmid, A., ... Hengartner-Kopp, B. (2009). Defining clinical assessment standards for bachelor's- prepared nurses in Switzerland. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>, 41(3), 320–327. doi:10.1111/j.1547- 5069.2009.01286.x	Oui (article discutant de l'examen clinique en Suisse)	2009	4: Opinions d'experts	1.811
22. Majczak, J. A., & Hohl, M. (2015). The physical nursing examination of the hospitalized older adult. <i>Cogitare Enfermagem</i> ; 20(2), 314- 22.	Moyenne	2015	2+ : Étude de cas-témoins avec probabilité modérée que la relation soit causale	-
23. Martin, C. T. (2015). The value of physical examination in mental health nursing. <i>Nurse Education in Practice</i>. doi:10.1016/j.nepr.2015.11.001	Oui	2015	2+ : Étude de cohorte, avec faible risque de biais	-
24. McElhinney, E. (2010). Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module - an electronic Delphi study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 19(21-22), 3177–3187. doi:10.1111/j.1365- 2702.2010.03304.x	Oui	2010	2++: étude de cas-témoin (méthode Delphi)	1.702
25. Osborne, S., Douglas, C., Reid, C., Jones, L., & Gardner, G. (2015). The primacy of vital signs - Acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: A cross sectional study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, 52(5), 951–962. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.014	Oui	2015	2++ : étude de cas-témoins avec faible risque de biais (Transversale).	-
26. Pearcey, P. (2008). Shifting roles in nursing - Does role extension require role abdication? <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 17(10), 1320–	Oui	2008	2+ : étude de cas-témoin avec faible	1.922

1326. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02135.x			risque de biais	
27. Price, C. I., Han, S. W., & Rutherford, I. a. (2000). Advanced nursing practice: an introduction to physical assessment. <i>The British Journal of Nursing</i> , 9(22), 2292–2296. doi:10.12968/bjon.2000.9.22.5416	Non	2000	3: rapport de cas	-
28. Rushforth, H. (2008). Reflections on a study tour to explore history taking and physical assessment education. <i>Nurse Education in Practice</i> , 8(1), 31–40. doi:10.1016/j.nepr.2007.02.004	Non	2008	4 : opinion d'expert	-
29. Rushforth, H., Warner, J., Burge, D., & Glasper, E. A. (1998). Nursing physical assessment skills: implications for UK practice. <i>British Journal of Nursing</i> , 7(16), 965–970. doi:10.12968/bjon.1998.7.16.5611	Oui	1998	1-: revue systématique	-
30. Santos, N., Veiga, P., & Andrade, R. (2011). Importance of history and physical examination for the care of nurses. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 64, 355–358.	Non	2011	2+ : revue de littérature.	-
31. Secrest, J. A., Norwood, B. R., & Dumont, P. M. (2005). Physical Assessment Skills: A descriptive study of what is taught and what is practiced. <i>Journal of Professional Nursing</i> , 21(2), 114–118. doi:10.1016/j.profnurs.2005.01.004	Moyenne	2005	2+ : étude de cas-témoins (transversale) mais faible échantillon	0.352
32. Shinozaki, E., & Yamauchi, T. (2009). Nursing competencies for physical assessment of the respiratory system in Japan. <i>Nursing and Health Sciences</i> , 11(3), 285–292. doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00461.x	Moyenne	2009	2++: étude de cas-témoin (méthode delphi)	1.042
33. West, S. L. (2006). Physical assessment: whose role is it anyway? <i>Nursing in Critical Care</i>, 11(4), 161–7. doi:10.1111/j.1362-1017.2006.00161.x	Oui	2006	2++: revue de littérature.	-
34. Wheeldon, A. (2005). Exploring nursing roles: using physical assessment in the respiratory unit. <i>British Journal of Nursing (Mark</i>	Oui	2005	2++: revue systématique	-

<i>Allen Publishing</i>), 14(10), 571–4.				
35. Yamauchi, T. (2001). Correlation between work experiences and physical assessment in Japan. <i>Nursing and Health Sciences</i> , 3 (4), 213–224.	Moyenne	2001	2+: Étude de cas-témoins	-
36. Zambas, S. I. (2010). Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: critique of a “sacred cow.” <i>The Journal of Nursing Education</i>, 49(6), 305–310. doi:10.3928/01484834-20100224-03	Oui	2010	2++ : revue systématique.	1.353
37. Article cité par Fennessey & Wittmann-Price (2011), retrouvé dans les bases de données : Duff, B., Gardiner, G., & Barnes, M. (2007). The impact of surgical ward nurses practising respiratory assessment on positive patient outcomes. <i>Australian Journal of Advanced Nursing</i>, 24(4), 52–56.	Oui	2011	2++ : revue systématique.	0.779

Appendice D

Grilles de lecture des 15 articles sélectionnés (adaptées du Fortin, 2010)

Article : **Birks, M., Cant, R., James, A., Chung, C., & Davis, J. (2013). The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: Issues for nursing education. *Collegian*, 20(1), 27–33. doi:10.1016/j.colegn.2012.02.004**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise clairement les concepts à l'étude : l'utilisation de l'examen physique par les infirmières diplômées en Australie : enjeux pour la formation en soins infirmiers.
Résumé	<p>Le résumé synthétise le problème, la méthode et les résultats, même si la séparation entre ces éléments n'est pas matérialisée :</p> <p><u>Problème</u> : Le but des programmes de formation en soins infirmiers est de préparer des futures diplômées compétentes qui sont en mesure de fonctionner comme des infirmières professionnelles et sûres. Un élément de ces programmes est l'enseignement des compétences d'évaluation physique, avec la plupart des programmes enseignant plus de 120 de ces compétences. Des recherches antérieures menées en Amérique du Nord suggèrent que la majorité des compétences enseignées aux infirmières dans leurs programmes de formation initiale ne sont pas utilisées dans la pratique.</p> <p><u>Méthode</u> : Dans le cadre d'une étude plus vaste, un sondage en ligne a été utilisé pour explorer l'utilisation de 121 compétences d'évaluation physique par des infirmières australiennes. Le recrutement a eu lieu par l'intermédiaire d'invitations envoyées aux membres de la fédération australienne des soins infirmiers. Les données ont été extraites de 1220 questionnaires remplis et retournés par des infirmières qui étaient le plus souvent employées dans le New South Wales (Nouvelle-Galles du Sud) et qui étaient des infirmières expérimentées.</p> <p><u>Résultats</u> : Les répondants ont indiqué qu'ils utilisaient seulement 34% des compétences régulièrement. Ces résultats renforcent les données de la littérature qui montrent la plupart des compétences enseignées aux infirmières sont soit pas utilisées du tout (35,5%) ou ne sont utilisées que rarement (31%).</p> <p><u>Discussion</u> : Ces résultats ont des implications pour l'enseignement des compétences d'évaluation physique dans les programmes de soins infirmiers et soulèvent des questions sur l'intérêt d'un enseignement de vastes techniques dans le contexte de soins</p>

	actuels. D'autres recherches sur les obstacles à la utilisation des compétences d'évaluation physique en soins infirmiers et la nécessité d'une préparation à ces techniques pour l'infirmière généraliste sont susceptibles d'offrir des solutions à ces questions.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé ; la formation en soins infirmiers a notamment pour but de former les étudiants aux compétences nécessaires à l'évaluation physique des patients. Cependant, il existe un débat sur la question de savoir si les infirmières sont préparées de manière adéquate pour la pratique (Berkow, Virkstis, Stewart, & Conway, 2009). Ceci en dépit du fait que le programme de soins infirmiers nécessite en moyenne que les étudiants maîtrisent plus de 120 compétences observationnelles et d'évaluation (Giddens, 2007). Seule une soixantaine de ces dernières sont pratiquées aux USA, selon une récente enquête (Giddens & Eddy, 2009). Un conflit existe donc entre ce qui est enseigné et ce qui est nécessaire pour l'évaluation physique des patients. Cet article rapporte les résultats d'une étude qui avait pour but d'évaluer l'utilisation de l'évaluation physique par les infirmières dans la pratique (en Australie).</p> <p>Cette question est pertinente car dans la littérature, nous avons observé que ce constat était fréquent, ce qui pose des questions. Nous l'observons également durant nos stages et nous posons également des questions par rapport à l'utilisation de toutes ces techniques enseignées et de savoir si nous sommes suffisamment préparées.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise et présente des sources primaires. Les références à ces sources jalonnent la rédaction de l'article (introduction, background, discussion).</p> <p><u>Contexte :</u> Les exigences imposées aux infirmières nouvellement qualifiés, par des systèmes de systèmes de santé de plus en plus complexes, conjointement avec l'explosion de la connaissance et l'utilisation de la technologie, renforce davantage le besoin de nouveaux diplômés qualifiés (Halfer & Graf, 2006). Cependant, les études des 10 dernières années suggèrent que les diplômés ne répondent pas aux attentes de compétences du point de vue de l'employeur, ou ne sont pas «prêtes» pour la pratique (Berkow, Virkstis, Stewart, & Conway, 2009; Burns & Poster, 2008). De façon concomitante, diverses études ont décrit un décalage entre ce qui est enseigné dans les programmes de formation initiale et la capacité des nouvelles infirmières à fonctionner dans des situations cliniques (Lee et al., 2002; Maben ,Derniers , & Clark , 2006). Dans la plupart des universités australiennes, la formation de base consiste à enseigner aux élèves un nombre important de compétences différentes pour</p>

	<p>évaluer l'état d'un patient. Sur la base de textes de soins infirmiers standards, 120 compétences ont été identifiées comme étant exigées des étudiants (Giddens, 2007; Wilson & Giddens, 2000). La maîtrise réelle de toutes ces compétences n'est peut-être pas possible vu l'enseignement actuel.</p> <p>Dans une petite étude qui a interrogé les professeurs et 51 infirmières aux Etats-Unis, les répondants ont rapporté que la quasi-totalité des 120 compétences d'évaluation physique avait été enseignée dans le programme de soins infirmiers au niveau bachelor, alors que seulement 29% des compétences étaient régulièrement pratiquées (= chaque jour / semaine) dans la pratique clinique (Secrest, Norwood, et Dumont, 2005). Une autre étude interrogeant 193 infirmières a rapporté que les infirmières n'utilisaient que 30 compétences, ce qui incite l'auteur à s'interroger sur la pertinence d'un enseignement aussi vaste de techniques.</p>
Cadre de recherche	<p>Certains concepts-clefs sont mis en évidence et définis (partie « background »).</p> <p>L'examen physique fait partie de l'évaluation de la santé des patients : il inclut une séquence de collecte de données utilisant l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation (Baid, 2006). Les infirmières interprètent ensuite ces résultats en fonction du contexte, de l'histoire du patient.</p> <p>Secrest, Norwood et DuMont (2005) suggèrent que toutes les infirmières doivent être capables de détecter des altérations de l'état de leurs patients pour fournir des soins infirmiers appropriés.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude était d'évaluer l'utilisation des techniques d'évaluation physique par les infirmières dans la pratique (en Australie).</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p><u>La population visée</u> : infirmières diplômées pratiquant en Australie. La partie « demography » de l'article détaille précisément le profil des répondantes.</p> <p><u>Recrutement</u> : Les infirmières ont été recrutées avec l'assistance de la fédération des infirmières australiennes (Australian Nursing Federation (ANF)). L'ANF a publié une annonce dans son journal invitant à participer à une enquête. Vu le nombre restreint de réponses, le recrutement a été prolongé et des requêtes individuelles ont été envoyées par email par l'ANF à un échantillon aléatoire de leurs membres (infirmières diplômées). Les enquêtes ont été réalisées entre Octobre 2010 et Juillet de 2011.</p> <p><u>Taille de l'échantillon</u> : Sur un total de 1518 questionnaires retournés, 1220 ont été jugés complets et ont donc été soumis à une analyse .</p>
Considérations	<p>Accord du comité d'éthique de l'université obtenu.</p>

éthiques	
Devis de recherche	Approche quantitative par l'utilisation d'un questionnaire dans le but d'obtenir des données issues d'un large échantillon d'infirmières pratiquant en Australie. La possibilité de faire des commentaires permet de recueillir également des données de nature qualitative. Ce devis permet de respecter les critères scientifiques et permet d'examiner la question de recherche de manière adéquate.
Modes de collectes de données	<p>L'instrument d'enquête développé par Giddens (2007) a été modifié pour assurer la pertinence pour l'environnement australien (terminologie). Le questionnaire est divisé en sections de compétences fondées sur les régions anatomiques et physiologiques ou groupe régional : téguments, nutrition, la tête, les oreilles / yeux, cou / thorax , seins / colonne vertébrale, cardiovasculaire, musculo-squelettique , l'abdomen / anus, reproduction, neurologique et sensoriel. Au total, il y a 121 articles. On a demandé aux répondants d'indiquer leur utilisation des compétences : fréquence de la pratique sur la base de l'échelle de Likert sur 6 points (tableau 1).</p> <p><u>Catégories interrogées</u> : les compétences d'examen physiques concernant 12 régions anatomiques ou fonctionnelles du corps ont été interrogées, comprenant des techniques d'inspection, palpation, percussion et auscultation ; au total 121 compétences.</p> <p>Les répondants pouvaient choisir sur une échelle de 0 à 5 leur degré de pratique et ajouter un commentaire.</p> <p>Le sondage a été pré-testé électroniquement en ligne par un panel de conférenciers en soins infirmiers. Aucune modification n'a été jugée nécessaire et l'enquête a ensuite été mise en ligne pour que les participants puissent la compléter.</p>
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données est décrit clairement (cf. ci-dessus).
Analyse des données	<p>La méthode d'analyse des données récoltées est décrite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont été téléchargées et analysées à l'aide de logiciels statistiques (SPSS Inc. , 2007) .

Table 1 Frequency of practice response scale.

Coding scale	Response definition
0	I do not know how to do this technique.
1	I know how to do this technique, but have never done this in my clinical practice.
2	I perform this technique rarely (a few times in during my career).
3	I perform this technique occasionally (a few times a year).
4	I perform this technique frequently in my clinical practice (every 2-5 times I work).
5	I perform this technique regularly in my clinical practice (every time I work).

	<ul style="list-style-type: none"> • Des statistiques descriptives (moyennes, pourcentages) ont été utilisées pour décrire les variables démographiques. • La corrélation de Spearman a été utilisée pour déterminer des associations entre les variables démographiques. • Pour chacun des éléments de l'échelle, la réponse médiane a été calculée à partir de la fourchette de réponse (entre 0-5) et cela a été utilisé comme indicateur principal de l'utilisation globale des compétences. • Les résultats de chaque section ont été rassemblés par catégorie (exemple : « tête », « cou », « thorax ») afin d'obtenir un score pour chaque section. • Les différences par rôles professionnels ont été examinées à l'aide de ces données groupées avec Wilcoxon rangs test. <p>L'enquête s'est avérée fiable (Cronbach alpha statistic of 0.989 for the 121 items.)</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures et de texte narratif.</p> <p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 : technique non apprise → 0 • 1 : technique apprise mais pas pratiquée → 43 (35.5%) • 2 : technique rarement utilisée → 37 (31%) • 3 et 4 : techniques utilisées fréquemment ou occasionnellement → 28 (23%) • 5 : techniques utilisées quotidiennement → 13 (11%) <p>Ces résultats suggèrent que la plupart des 121 techniques ont bien été enseignées mais ne sont pas ou peu pratiquées par les infirmières sur le terrain.</p> <p>Le rôle des infirmières interrogées influencent aussi les résultats. Exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières en santé mentale (2,6% de l'échantillon) utilisent moins les techniques d'évaluation cardiaque que les autres • Les infirmières sages-femmes (5,7 % de l'échantillon) utilisaient beaucoup plus les techniques en lien avec le système reproducteur que les autres <p>En complément des questionnaires, les répondants pouvaient faire des commentaires (2 sur 3 en ont fait). Un thème récurrent dans ces commentaires était des explications des raisons pour lesquelles</p>

	<p>certaines techniques n'étaient pas utilisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le domaine de pratique qui ne requière pas l'utilisation de certaines techniques (trop spécifiques). Alors que l'infirmière en soins intensifs les utilise beaucoup, l'infirmière en santé mentale va les utiliser moins. • Sentiment de perte de la capacité à réaliser l'évaluation physique en raison du manque d'opportunité et de l'augmentation des tâches administratives. • Les variations de fréquence d'utilisation peuvent se rapporter à des horaires de travail différents et également à la zone de répartition clinique des infirmières. Ex : infirmières travaillant de nuit pratiquent peu de techniques d'évaluation physique. <p>Cependant, une infirmière a suggéré que même si certaines de ces techniques ne sont pas pratiquées dans l'environnement clinique, la connaissance de la théorie derrière la technique a été utile dans sa pratique. « Je connais très bien [ces techniques], mais ne les ai jamais utilisées au lit du patient ! Cependant, cette connaissance a été utile lors de l'interprétation des notes du médecin, des observations et recommandations en ce qui concerne les soins aux patients. »</p> <p>Globalement, les raisons principales pour l'absence de pratique des techniques étaient le manque de temps et le rôle/la spécialité de infirmières qui requérait ou non l'utilisation de certaines techniques de manière plus ou moins fréquente.</p> <p>En outre, de nombreux commentaires posaient la question de savoir si certaines compétences en examen physique étaient du ressort des infirmières, celles-ci estimant que ces compétences étaient plutôt du domaine des autres professionnels de la santé tels les médecins : « La plupart des compétences acquises pendant la formation universitaire sont redondantes dans le milieu hospitalier, il n'y a tout simplement pas le temps de les utiliser. Elles sont en premier lieu du domaine du médecin à l'hôpital. »</p> <p>Il ressort des commentaires ci-dessus que l'utilisation de l'évaluation des compétences dans la pratique est fortement tributaire du contexte clinique.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et permettent de répondre à la question : les résultats de cette étude indiquent qu'un petit nombre de techniques d'examen physique sont régulièrement pratiquées dans l'environnement clinique. La majorité des techniques pratiquées « fréquemment ou occasionnellement » (18 sur 28), et « à chaque fois je travaille (9 sur 13) par des infirmières diplômées, impliquent l'inspection et l'observation</p>

	<p>générale d'un patient.</p> <p>Les résultats concordent avec les résultats d'études antérieures. Ces résultats concordent notamment avec la recherche menée par Giddens (2007) qui a identifié un ensemble de 30 techniques d'évaluation physique, pratiquées par des infirmières diplômées aux Etats-Unis, la majorité étant des techniques d'inspection.</p> <p>Cela soulève des questions qui devraient être débattues, comme de savoir s'il y a un intérêt à enseigner des compétences qui ne sont pas pratiquées. Dans son travail qui a donné l'impulsion pour cette étude, Giddens (2007) a suggéré que l'enseignement de ce nombre de compétences était, en fait, inutile étant donné qu'elles ne sont pas pratiquées.</p> <p>Les auteurs de la présente étude questionnent cette affirmation, en particulier quand on considère les facteurs qui influent sur la pratique ou l'absence de pratique de certaines techniques. Les résultats présentés ici suggèrent que la nécessité ou la valeur de la technique semble avoir peu d'influence sur l'incidence ou la fréquence d'utilisation. Au contraire, des questions telles que le temps disponible pour procéder à des évaluations physiques, le domaine de pratique clinique ou la spécialité et la présence ou l'absence d'autres professionnels de la santé comme les médecins semblent avoir plus d'influence.</p> <p><u>Barrières à la conduite de l'examen physique</u> : Les données qualitatives recueillies dans cette étude indiquent que le temps est un facteur-clé qui détermine non seulement le type d'évaluation pratiqué par les infirmières, mais aussi la profondeur de l'évaluation qu'elles réalisent. Par exemple, dans un service chargé, l'infirmière peut ne pas avoir le temps de procéder à une évaluation approfondie des voies respiratoires et peut seulement réaliser une inspection complète de facteurs tels que la fréquence respiratoire, la profondeur, l'effort et l'utilisation des muscles accessoires. L'infirmière peut omettre la palpation, la percussion et l'auscultation en sachant que l'équipe médicale va conduire un examen physique approfondi comme faisant partie de son rôle.</p> <p>Les résultats de notre étude concordent avec les autres; Skillen, Anderson, et Knight (2001) ont identifié le temps comme ressource nécessaire pour effectuer des évaluations physiques dans la pratique, et cela a également été suggéré comme une cause de l'insuffisance dans la profondeur des évaluations effectuées par les infirmières (Giddens, 2007).</p> <p>Importance des modèles : s'il existe une culture professionnelle qui décourage les infirmières d'utiliser l'entièreté de leurs compétences, la conséquence la plus probable est l'atrophie des compétences. Alors que la gestion des patients est de plus en plus complexe (West, 2006), il devient clairement évident qu'il est nécessaire de faire</p>
--	--

	<p>évoluer le rôle infirmier et d'élargir le champ de pratique.</p> <p><u>La question des rôles</u> : il est bien reconnu qu'il peut y avoir un flou entre les rôles des médecins et des infirmières avec l'évolution des soins infirmiers et des spécialités (Price, Han, et Rutherford, 2000). Qui a la responsabilité, alors, de mener l'évaluation physique ? Dans le passé, l'évaluation physique était communément reconnue comme faisant partie du rôle médical, cependant, l'incidence croissante des maladies aiguës et chroniques suggère une nécessité pour les infirmières de développer leur rôle afin d'être plus vigilantes et systématiques dans leurs évaluations des patients (West, 2006). Les résultats de cette étude indiquent que de nombreuses infirmières étaient peu au clair concernant certaines techniques d'évaluation clinique, à savoir si elles relevaient vraiment de leur rôle ou de celui d'un autre professionnel de la santé. Fennessey et Wittmann-Price (2011) suggèrent que l'évaluation physique est une compétence partagée entre les infirmières, le personnel médical et d'autres professionnels de la santé, tous les membres ayant la capacité, les compétences et les connaissances nécessaires pour effectuer des évaluations physiques si nécessaire. Mais de qui est – ce le rôle de mener par exemple une évaluation respiratoire chez un patient avec une exacerbation aiguë de sa maladie respiratoire? Est-ce le rôle du médecin qui a besoin de recueillir les informations pour réaliser son diagnostic, est-ce celui de l'infirmière qui doit identifier les problèmes réels ou potentiels afin de planifier et mettre en œuvre des interventions de nature holistique; ou est-ce celui du physiothérapeute, puisqu'il évalue le patient avant et après tout traitement de soutien ou d'exercices? Les frontières entre la responsabilité professionnelle de chacun des professionnels de la santé par rapport à l'examen physique peuvent ainsi être floues.</p> <p>Une étude récente menée par Edmunds, Ward et Carnes (2010) qui a exploré les compétences d'évaluation physique utilisées, a constaté un manque de clarté concernant les rôles, ce qui crée des divergences de point de vue sur qui devrait entreprendre l'évaluation physique et dans quelles circonstances.</p> <p>D'autres auteurs suggèrent que les meilleurs résultats pour les patients sont obtenus lorsque tous les membres de l'équipe interprofessionnelle jouent un rôle dans l'évaluation physique (avec chacun ayant ses propres objectifs) et travaillent en collaboration afin de partager leurs différents objectifs et leurs résultats (Fennessey & Wittmann-Price, 2011).</p>
Conséquences et recommandations	<p><u>Implications pour l'enseignement en soins infirmiers :</u></p> <p>Besoin d'identifier ce qui constitue les compétences vraiment essentielles à la pratique infirmière (généraliste). Diminuer le nombre de techniques enseignées permettrait de mettre un plus grand accent sur l'enseignement et la pratique des compétences de base pour</p>

	<p>permettre aux étudiants de devenir compétents et confiants dans la réalisation d'une évaluation physique complète sur leurs patients. « Doing so would allow core skills to be the main focus of pre-registration courses, thus freeing up valuable time in an already crowded curriculum”.</p> <p>Les programmes doivent-ils être modifiés pour correspondre à la pratique ou bien est-ce l'environnement des soins qui doit évoluer pour embrasser l'étendue des compétences auxquelles les futures infirmières sont préparés ?</p> <p><u>Recommandations pour la recherche</u></p> <p>Des recherches futures qui explorent plus en profondeur les facteurs qui influent sur l'utilisation des techniques d'évaluation physique par les infirmières (barrières et facilitateurs), ainsi que la nécessité d'un large ensemble de compétences dans divers domaines de la pratique, permettraient d'apporter des réponses à ces questions.</p> <p><u>Limites de la recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Échantillon d'infirmières issues de la même région, peut ne pas être suffisamment représentatif de la réalité sur le territoire australien• Biais possibles puisque il est possible que seules les infirmières ayant un intérêt pour le sujet aient répondu
--	---

Article : Cahill, H. (1996). Role definition: nurse practitioners or clinicians' assistants? *British Journal of Nursing*; 5: 1382–1386.

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre présente les concepts-clés et le sujet de l'article, à savoir la question du rôle infirmier : parle-t-on d'infirmières de pratique avancée ou d'assistantes du médecin ?
Résumé	<p>Le résumé synthétise de manière claire la recherche, bien qu'elle ne soit pas selon la trame « méthode, résultats et discussion ». Pour l'auteur, il y aurait deux types de rôles infirmiers se développant en parallèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'un ayant pour but de palier à la réduction des heures de travail des médecins assistants ainsi qu'à l'augmentation des coûts de la santé. Ce rôle peut conduire au développement, perçu ici comme un retour en arrière, d'un rôle d'assistante du médecin où l'infirmière perd le lien avec les principes et valeurs de base de son métier. ▪ Le second cherche à faire progresser la pratique des soins infirmiers et les soins aux patients. <p>Développer davantage le premier rôle ne permettra pas d'atteindre les buts du second, même si le titre d'infirmière de pratique avancée est donné. Malgré le fait que certaines infirmières apprécient ce nouveau rôle, les valeurs et caractéristiques des soins infirmiers sont menacés et l'auteur perçoit ce nouveau pas comme une régression, inacceptable pour la profession.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème posé par l'article est clair. L'auteur précise qu'il ne s'agit pas de critiquer les motivations, aspirations et valeurs de l'infirmière, mais plutôt de discuter de ce qu'impliquent les « nouveaux » rôles infirmiers. L'article se centre essentiellement sur les infirmières de bloc opératoire, cependant cette problématique peut aussi bien s'appliquer à d'autres rôles infirmiers, autrefois considérés comme faisant partie de la sphère médicale.</p> <p>La problématique et le phénomène décrits dans l'article, datant de 1996, restent pertinents dans le contexte actuel. En effet, si l'examen clinique n'est pas spécifiquement mentionné dans cette revue, les points soulevés par l'auteur et son argumentation sont similaires à ceux décrits actuellement pour ce nouveau rôle et restent donc tout à fait applicables.</p>
Recension des écrits	L'article est une revue de littérature, par conséquent une recension des écrits a été fournie et forme ainsi une synthèse quant au problème de recherche. La revue présente des sources primaires,

	bien que la méthodologie de recherche des articles ne soit pas précisée.
Cadre de recherche	La définition des concepts-clés est au centre de l'étude, puisque l'auteur cherche à définir le rôle infirmier en comparant deux visions qu'il considère comme opposées : l'apparition de nouveaux rôles pris du rôle médical pour suppléer le médecin ou visant à étendre celui de l'infirmière.
Buts et question de recherche	Le but de l'étude est énoncé de façon claire, concise. La recherche est basée sur la recension des écrits et propose une réflexion autour de l'arrivée de « nouveaux » rôles dans les soins infirmiers.
METHODE	
Population et échantillon	L'échantillon est constitué d'articles recensés et utilisés par l'auteur dans sa réflexion. La méthode décrivant les moyens utilisés pour trouver les études (mots-clés, bases de données, moyens de sélection,...) ne sont pas décrits.
Considérations éthiques	Aucune considération éthique n'est mentionnée dans l'article ici présent.
Devis de recherche	L'auteur étant dans une démarche de réflexion et de recherche de définition pour le rôle de l'infirmière, la méthode utilisée, à savoir la revue de littérature, est appropriée au problème posé et permet d'ébaucher une réponse.
Modes de collectes de données	Les outils (bases de données notamment) utilisés pour la revue de littérature ainsi que la méthode de recherche ne sont pas décrits.
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données, à savoir la méthode de recherche des articles n'est pas explicitée.
Analyse des données	Les méthodes d'analyse des données ne sont pas décrites. Les résultats sont décrits par la suite.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés tout au long de l'article, sous forme narrative pour étoffer la réflexion de l'auteur. Les thèmes sont donc associés entre eux, de manière logique pour représenter la problématique.</p> <p>Comme dit précédemment, l'article se centre principalement sur les infirmières assistantes en chirurgie ; cependant, les questions examinées peuvent également s'appliquer aux rôles infirmiers impliquant des activités qui, jusqu'à récemment, étaient considérées comme relevant de la pratique médicale. Greenhalgh, mandaté en 1992 par le Ministère de la Santé, a avancé qu'un certain nombre d'activités quotidiennes traditionnellement réalisées par le jeune médecin pourraient être réalisées par des infirmières correctement formées. Cette étude identifiait des actes spécifiques dont la responsabilité pourrait être partagée. Cela incluait le recueil de</p>

données de l'histoire de santé du patient, la prise de sang, la pose d'une voie veineuse périphérique, les demandes d'investigations complémentaires pour le patient ou la rédaction de lettres de décharge. Aucune différence statistique dans la qualité des soins n'a été trouvée lorsque ces activités ont été menées par une infirmière. Le rapport estime qu'entre 11% et 24 % du temps des médecins assistants est consacré à ces tâches. Ce qui est intéressant dans cet article, c'est le fait qu'il souligne la nécessité pour les médecins et les infirmières de partager la responsabilité de ces activités plutôt que de transférer l'entier dans le domaine de l'infirmière. Le rapport spécifie également que ces activités devraient faire partie du rôle de toutes les infirmières et ne pas seulement constituer une extension de rôle pour quelques-unes d'entre elles. Ces recommandations sont plus ou moins bien acceptées, bien que certaines infirmières craignent une dilution de leur rôle. Farmer (1995) suggère qu'il y aurait davantage à gagner avec une humanisation de la médecine qu'avec la médicalisation des soins.

- Amélioration du statut infirmier ? Le rapport Greenhalgh (1994) suggère que le partage des responsabilités dans les soins au patient serait dans l'intérêt de ce dernier et que le fait d'améliorer la qualité des soins serait un argument séduisant. Beaucoup d'infirmières croient que prendre la responsabilité de certaines tâches (notamment techniques) va effectivement améliorer la qualité des soins puisque l'infirmière est « le seul professionnel de santé qui comprend entièrement les besoins des patients et possède les compétences pour combler ces besoins ». Malheureusement, cet argument pourrait être transposé à presque tous les aspects de la pratique médicale (Hoover and van Ooijen, 1995).

Autre avis à l'encontre du changement de rôles : la croyance qui dit que le fait de pratiquer des tâches autrefois médicales permettrait de d'améliorer le statut infirmier ; cela serait absurde (MacAlister & Chiam, 1995). Selon l'auteur, ce qui pose problème n'est pas tant les frontières du rôle infirmier, mais l'idée que s'approprier des tâches délaissées par les médecins soit le seul moyen pour les soins infirmiers de se développer. Richardson & Maynard (1995) suggèrent qu'entre 30 et 70% des tâches médicales pourraient être réalisées par les infirmières ; mais plutôt que de se demander si elles pourraient remplacer les médecins, elles devraient s'interroger sur si elles doivent ne serait-ce, qu'essayer.

- Infirmière praticienne : bien qu'il semble aller de soi, ce rôle est rarement clairement défini. De plus, cette dénomination est une tautologie, car toute infirmière exerçant ne peut-elle pas se prétendre infirmière praticienne ? Ainsi, le manque de définition claire et universelle rend l'évaluation de ces rôles pratiquement

	<p>impossible. Read & George (1994) suggèrent même que par « infirmière praticienne », on entende « substitution du médecin ». D'ailleurs, les origines de ce rôle datent des années 60, aux USA, durant une période où il y avait un manque important de médecins. Le développement de ce rôle est aussi documenté comme faisant suite à augmentation des coûts de la santé (Ford & Walsh, 1994), mais les études fiables évaluant leur rôle manquent (Richardson and Maynard, 1995; Newbold, 1996).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>L'infirmière assistante en chirurgie (NSA)</u> : l'affirmation qu'elle serait plus autonome et dans une pratique plus professionnelle peut être démentie (Caballero, 1996). Premièrement, on serait dans un secteur davantage orienté sur les tâches que sur les soins infirmiers à proprement dire (Webb, 1995). De plus, dans ce rôle, les infirmières sont plutôt dans une logique de connaissances, de dextérité et de techniques, centrées sur des procédures plutôt que sur le patient et ne peuvent donc pas invoquer la vision « holistique ». Cela conforterait même ceux qui affirment que l'infirmière n'a pas sa place au sein d'un bloc opératoire. <p>La National Association of Theatre Nurses (NATN) souligne le fait important que les raisons d'un changement de rôle doivent être claires et il faut s'assurer qu'il permette d'améliorer la qualité des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>L'évolution de l'infirmière praticienne</u> : Dowling et al (1995) ont conclu que la portée des nouveaux rôles tels que ceux-ci n'est maximisée que lorsque les rôles sont développés comme une expansion des soins infirmiers et non pas comme une substitution du personnel médical. Les auteurs craignaient ainsi que si les infirmières continuent à assumer de nouveaux rôles médicaux, les soins infirmiers traditionnels et les valeurs holistiques ne disparaissent et qu'un nouveau rôle « d'assistante du médecin » se développe (Castledine, 1995b). - <u>La position actuelle</u> : le paradoxe est le suivant ; d'un côté, les infirmières semblent critiques envers l'aspect très technique et peu sentimental du médecin (Bradshaw, 1995) et gardent un ressenti quant à cet image qu'on leur attribue comme assistantes du médecin et d'un autre elles prennent des tâches médicales et deviennent effectivement leurs assistantes (surtout pour les NSA). - <u>L'avenir</u> : il faut clarifier la situation et que les parties comprennent que, bien qu'en étroitement liées, elles restent deux professions distinctes. Deux faits coexistent : la diminution des heures des jeunes médecins et d'autre part, la volonté de développer la pratique infirmière. Cependant, développer le
--	---

	<p>premier point ne permettra pas forcément de développer le second, surtout s'il est défini médicalement.</p> <p>Enfin, l'auteur conclut en disant que les infirmières sont des professionnelles qualifiées, flexibles et possédant des connaissances, capables ainsi de fournir des soins de haute qualité, de manière responsable et en soutenant les intérêts du patient. Cependant, cette flexibilité ne veut pas dire qu'elles doivent accepter les tâches délaissées par d'autres. Les soins infirmiers ne devraient pas être dilués, fragmentés et relégués au second plan pour de nouveaux rôles plus « techniques ».</p> <p>L'auteur conclut par cette phrase forte de Farmer (1995) : la médecine de seconde classe ne devrait pas se substituer aux soins infirmiers de première classe.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	Les résultats de l'article présenté sont issus des résultats des articles sélectionnés par l'auteur, ils concordent donc. Le caractère transférable des conclusions est important, puisqu'il s'agit d'une réflexion sur le rôle infirmier.
Conséquences et recommandations	L'auteur précise les conséquences des résultats pour la discipline et fait des recommandations en proposant de se centrer avant tout sur les intérêts du patient ; cela devrait être ainsi le principal motif pour le développement du rôle infirmier. De plus, des moyens plus rigoureux et systématiques devraient être trouvés pour évaluer le rôle infirmier (Richardson & Maynard, 1995). Enfin être responsable en s'adaptant aux besoins du système de santé ne veut pas dire se conformer à chaque fois qu'il est demandé à l'infirmière de changer de rôle. Les conclusions de l'auteur sont basées sur les résultats des études sélectionnées, clairement orientées en défaveur du développement du rôle infirmier.

Article : **Carvalho da Silva, C.M., & Teixeira, E.R (2011). Exame físico e sua integralização ao processo de enfermagem na perspectiva da complexidade. *Esc Anna Nery*, 15 (4), 723-729.**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre fait référence à l'examen clinique physique et à son intégration dans le processus infirmier selon la perspective de la complexité d'Edgar Morin. Ainsi, les concepts-clés de l'étude sont cités, mais pas la population à l'étude.
Résumé	<p>L'étude aborde le sujet de l'examen clinique physique et son intégration dans le processus infirmier selon la perspective de la complexité selon Morin. Les buts sont de décrire la complexité de l'examen clinique et son interaction avec la démarche de soins. Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur des entretiens avec dix infirmières. Les auteurs affirment ainsi que l'examen clinique physique utilisé comme une composante de la démarche de soins implique une certaine complexité des soins et une gestion de « l'ordre et du désordre » de la vie quotidienne.</p> <p>Le résumé synthétise brièvement la recherche, bien que les chapitres : problème, méthode, résultats et discussion soient implicites et peu développés.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles et présente une signification particulière pour la discipline infirmière puisqu'il s'agit de mettre en lien l'examen clinique physique et la démarche de soins. Cependant, il n'est pas fait mention du contexte actuel des soins et de l'évolution des rôles dans les soins infirmiers.</p> <p>L'examen clinique physique a pour but d'évaluer les caractéristiques du corps humain pour ensuite orienter les soins fournis. Caractérisée par le recueil de données, l'histoire de santé du patient ne consiste pas en un protocole rigide qu'il faut absolument respecter, mais on parle de besoins et demandes du patient, auxquelles on tente de répondre. Les soins infirmiers requièrent des connaissances autour de concepts fondamentaux comme la sphère biologique, sociale, psychologique qui vont caractériser et rendre l'examen clinique subjectif à la personne, spécifique à la personne soignée, car on considère les multiples nuances chez l'humain et son contexte. Ainsi, la complexité, telle que vue par Edgar Morin, permet d'apporter une nouvelle dimension à toutes ces données qui étaient étudiées séparément, sans tenir compte du contexte et de la relation entre le soignant et le soigné (Morin, 2008). On n'est donc plus dans un</p>

	<p>paradigme de ségrégation, mais de conjonction où le physique, le psychologique et le social sont étroitement liés. L'examen clinique est cependant encore enseigné selon une vision fragmentée du corps (Franco, 2000).</p> <p>L'auteur revient sur la démarche de soins en précisant qu'il s'agit de la méthode de travail de l'infirmière et qu'elle est constituée de cinq étapes inter reliées : la collecte de données, les diagnostics, la pose d'objectifs, les actions et l'évaluation. La démarche de soins est donc un processus, dynamique et intégré dans un contexte de soins.</p> <p>L'examen clinique physique fait partie de la première étape, qui va permettre la mise en place de toute la démarche. Ainsi, pour établir un jugement, l'infirmière a besoin de constamment associer les données à la personne et vice-versa, ce qui en termes de complexité reviendrait à relier un tout aux parties et inversement (Morin, 2008).</p>
Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise et fournit une synthèse globale de la situation, bien qu'elle reste théorique, notamment au niveau des concepts tels que la démarche de soins et la complexité, et ne fasse ainsi pas référence au contexte institutionnel et à la situation actuelle des soins. Cette recension présente cependant des sources primaires qui posent une base pour la suite de l'étude.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts-clés sont mis en évidence et brièvement définis sur le plan conceptuel et s'inscrivent dans un cadre de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>La complexité selon Edgar Morin</u> : elle se présente comme une alternative à des paradigmes plus « mécaniques et newtoniens ». Elle rejette ainsi le réductionnisme typique des sciences dites dures et propose une nouvelle manière d'aborder l'aspect complexe des phénomènes (Morin, 2007). Morin affirme que par le fait que l'existence humaine soit régie par la complexité, l'humain tente justement d'établir un ordre « artificiel », qui rivalise contre ce désordre. Avec la pensée complexe, il s'agit de traiter les phénomènes, même les événements scientifiques sans oublier la complexité des relations. <p>Le terme complexité signifie « tout ce qui relié ensemble » (Morin, 2007 ; Leopardi, 2006). On peut donc dire que chaque société est complexe à sa manière et en son temps. L'être humain est aussi vu comme complexe, capable de s'auto-organiser, d'établir des relations avec autrui à partir de sa propre dimension éthique, qui reflète ses valeurs, ses choix et ses perceptions du monde (Morin, 2005).</p> ▪ <u>L'examen clinique physique et la démarche de soins infirmiers</u> : l'examen physique est considéré comme l'étape initiale de la démarche de soins ; sa réalisation implique des compétences techniques, intellectuelles et cognitives (Resende, 2003). La

	<p>notion moderne de compétence est intimement reliée à la notion de résultat (Rios, 2006). Pourtant, pour que les résultats se concrétisent, il est nécessaire de s'intéresser à la complexité de ce processus, le lien entre les savoirs, dans une attitude transdisciplinaire. On attend donc de l'infirmier qu'il soit critique, sensible et capable de « transformer la réalité », en considérant les liens entre l'ordre et le désordre des choses.</p> <p>L'examen clinique physique comprend des compétences techniques comme l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. Pourtant, il est important de réfléchir à l'emploi des habiletés, aux finalités et la mobilisation des données obtenues au cours de la démarche de soins et surtout ce que cela implique pour la personne soignée.</p>
Buts et question de recherche	Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise ; il s'agit de décrire les caractéristiques de la complexité impliquées dans la réalisation de l'examen clinique et de son lien avec la démarche de soins. La population à l'étude n'est pas énoncée, cependant les buts découlent logiquement de la recension des écrits.
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon se compose de 10 infirmiers, de différentes unités, qui assurent des consultations infirmières, ambiance propice à l'utilisation de la démarche de soins. Plusieurs critères ont été utilisés pour la sélection des participants : minimum deux ans d'expérience, une pratique dans le domaine des consultations infirmières selon le Programme de Santé Familiale (PSF) et exerçant en milieu hospitalier.</p> <p>La méthode étant qualitative, la taille de l'échantillon est justifiée. Les critères ayant été utilisés pour la sélection des participants sont mentionnés, mais pas argumentés.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le Comité d'Éthique et d'Étude de la Faculté de Médecine de l'Université Fédérale (Fluminense), en août 2009, avec le numéro de référence suivant : 2867.0.000.258-09.</p> <p>Des noms fictifs ont été utilisés afin de protéger l'anonymat des participants, ceux-ci devaient être en accord avec leur participation à l'étude et ses objectifs et enfin, avoir signé un accord attestant de leur choix libre et éclairé.</p>
Devis de recherche	<p>L'étude est de devis qualitatif, puisque visant l'expression des opinions des participants, avec la finalité de pouvoir discuter des aspects liés à la complexité de l'examen physique utilisé dans la démarche de soins.</p> <p>La méthode de recherche consistant à interviewer des infirmiers sur leurs perceptions de l'examen clinique physique est une possibilité</p>

	pour atteindre les buts fixés.
Modes de collectes de données	<p>La technique des entretiens semi-structurés a été utilisée, avec les thématiques suivantes : la préparation pour l'examen physique, les instruments nécessaires, la subjectivité du patient, les impressions et inquiétudes émergeant de la relation, l'importance de la réalisation de l'examen clinique dans la démarche de soins. Les entretiens ont ensuite été enregistrés et retranscrits par écrit.</p> <p>De manière concomitante, 65 heures d'observation ont été réalisées sur le terrain, où a notamment été enregistrée la pratique de l'examen physique.</p>
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données est décrit de manière claire, avec les thématiques des questions posées aux participants. Les données sont recueillies sous forme d'enregistrement, de manière à limiter les biais. Il n'y a cependant pas de précisions quant à la personne qui a réalisé ces entretiens.
Analyse des données	La méthode d'analyse des résultats, donc des entretiens, est basée sur la méthode d'Analyse du Discours du Sujet Collectif, proposé par Fernando et Ana Lefèvre (2003). Cette technique se centre sur le discours et est orientée sur la théorie des représentations sociales (Leopardi, 2006). On utilise ainsi des expressions-clés, des idées centrales, ce qui permet d'identifier les positions et les sentiments communs entre les participants, permettant ainsi une objectivation des idées, de manière à produire des connaissances académiques (Lefèvre & Lefèvre, 2003). Autrement dit, on synthétise les dires des participants, issus d'un niveau professionnel équivalent, pour les regrouper selon des thématiques.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés sous forme narrative, les thématiques étant associées entre elles pour. Les résultats et la discussion sont présentés simultanément au cours de l'article. Les auteurs recourent à des citations de participants, présentées en italique.</p> <p>Les auteurs précisent que si la notion de complexité n'est pas explicitement ressortie des réponses des participants, des indices montrent cependant sa présence dans les soins infirmiers. Ainsi, selon les réactions du patient notamment durant l'examen physique (ex. gêne à se dévêtir), on pourrait déjà observer les concepts de Morin : l'ordre, le désordre, l'incertitude.</p> <p>L'ordre est lié à une certaine constance, une stabilité, une régularité. Entraînés par une rationalité scientifique qui valorise cet ordre, les professionnels de santé ont parfois tendance à croire que le patient leur « appartient », qu'ils peuvent décider pour lui et de son état de</p>

santé en lui transmettant les bonnes pratiques telles qu'enseignées en milieu universitaire, se croyant ainsi porteurs d'un savoir qu'eux seuls diffuseront. Selon ce mode de pensée, le patient devient un patient passif vis-à-vis de ce qu'il vit (Sabóia, 1997).

La communication peut être un moyen à utiliser pour faire face au « désordre », pour ainsi trouver un terrain d'entente avec le patient, qui permette à chacun d'atteindre des objectifs communs. Avec l'examen physique, le corps même du patient est une manière de communiquer, car celui-ci fournit des informations, notamment quant à l'aspect culturel, environnemental et personnel. Morin (2005) affirme que les trois instances : individu-société-espèce sont indissociables et en proportions égales. L'humain est à la fois un être biologique et culturel.

Un autre principe de la théorie de la complexité est l'hologramme. Celui-ci repose sur le fait que chaque point représente et englobe toute l'information de l'ensemble qu'il représente (Morin, 2008). En ce sens, chaque cellule de notre organisme regroupe l'ensemble de notre information génétique et ainsi, le tout est présent dans les parties et inversement.

Le diagnostic infirmier est l'étape qui suit l'examen physique dans la démarche de soins, c'est grâce aux données récoltées que la formulation de celui-ci est possible. Des variations et des divergences peuvent survenir entre la situation réelle et les conclusions tirées par le professionnel de santé. Cela peut être dû à la préparation de l'examineur, au patient et à ses variations physiques et psychologiques et à la conduite de l'examen physique même.

La démarche de soins exige l'emploi des connaissances acquises, mais surtout un emploi adéquat. Morin (2007) décrit cela comme le principe de réintroduction des connaissances, utiles lors de l'examen physique. La complexité exige du soignant qu'il soit en mesure de s'adapter, de revenir en arrière, pour pouvoir mieux avancer (Morin, 2008).

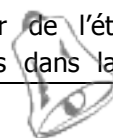
Les techniques professionnelles utilisées sont avant tout basées sur la recherche de l'ordre pour la prise en soins, or il faudrait qu'elles soient dans un processus plus intégratif, en prenant en compte la notion de désordre. Ainsi, il ne suffit pas de savoir comment obtenir des données à travers l'examen clinique ou quelle connaissance est derrière telle ou telle technique utilisée, mais l'infirmière doit chercher à développer des compétences cognitives, relationnelles et sociales, fondamentales pour le jugement clinique (Resende, 2008 ; Rios, 2006 ; Cerullo, 2010).

Ainsi, comme l'affirment de nombreuses études (Kimura, 1991 ; Teixeira, 2004 ; Sabóia, 1997 ; Silva & Ciampone, 2003 ; Carvalho & Kusumota, 2009), la formation en soins infirmiers se base, de

	<p>manière prédominante, sur des connaissances provenant des sciences dures, notamment biologiques, apprises de manière fragmentée. Il faudrait donc que des changements soient réalisés dans la formation, de telle manière que les professionnels exercent ensuite des soins qui se veulent transdisciplinaires et dans une vision complexe.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés et toujours mis en lien avec la théorie de la complexité de Morin. Ils concordent avec des études antérieures menées sur le même sujet, bien que d'une manière générale l'étude ici présente reste dans une perspective théorique et générale de l'application de l'examen clinique physique.</p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas définies au cours de l'article et la question du caractère transférable des conclusions est brièvement abordée en fin d'article.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs donnent des recommandations générales pour les soins infirmiers en affirmant qu'il est désormais urgent de changer de paradigme, de sortir d'une perspective mécanique et fractionnée pour aller vers une vision plus intégrative et complexe.</p> <p>Les données issues de la recherche qualitative apportent davantage une illustration de ce qu'avancent les auteurs que de réelles découvertes. Les auteurs font ainsi référence à des études variées de Morin et d'autres auteurs pour appuyer leurs résultats et conclusions.</p>

Article : **Douglas, C., Windsor, C., & Lewis, P. (2015). Too much knowledge for a nurse? Use of physical assessment by final-semester nursing students. *Nursing and Health Sciences*, 17, 492–499. doi: 10.1111/nhs.12223**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude : « Trop de savoirs pour l'infirmière ? L'utilisation de l'examen physique par les étudiants en fin de formation ».
Résumé	<p>Le résumé synthétise le problème, la méthode et les résultats, même si la séparation entre ces éléments n'est pas matérialisée :</p> <p><u>Problème</u> : Il y a un débat autour de la portée des compétences d'examen physique qui doivent être enseignées en soins infirmiers dans la formation initiale. Pourtant, ce débat n'est que très peu soutenu par des preuves sur ce qui est appris et pratiqué par les élèves en soins infirmiers.</p> <p><u>Méthode</u> : Cette étude a examiné le modèle et les corrélats de l'utilisation de l'examen physique chez 208 étudiants prochainement diplômés dans une université australienne, comprenant une évaluation de la connaissance, de la fréquence d'utilisation, et de la perception des obstacles à l'examen physique lors de la pratique clinique (stages).</p> <p><u>Résultats</u> : Sur les 126 techniques interrogées, en moyenne seules cinq ont été utilisées chaque fois que les élèves ont pratiqué (stages). Les techniques les plus utilisées étaient celles concernant l'inspection ou l'observation générale du patient, aucune ne faisait appel à la palpation, percussion ni à l'auscultation. L'utilisation des compétences a également été influencée par le domaine de spécialité. La plupart des techniques (70%) n'ont jamais été réalisées ou apprises et les étudiants percevaient l'examen physique infirmier comme une pratique marginalisée aussi bien dans le contexte universitaire que sur les lieux de pratique. Le manque de confiance était par conséquent un obstacle important à l'utilisation des techniques.</p> <p><u>Discussion</u> : Sur la base de ces résultats, les auteurs soutiennent que le débat actuel doit se déplacer vers la question de savoir comment nous pourrions mieux soutenir les élèves dans l'intégration de l'examen physique dans la pratique infirmière.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème à l'étude est clairement formulé, le but de cette étude étant de contribuer au débat actuel autour de l'étendue des compétences en examen physique enseignées dans la formation



	<p>initiale en soins infirmiers en examinant le pattern et les corrélats d'utilisation de ces compétences chez les étudiants en fin de formation.</p> <p>Le problème a une signification particulière pour la discipline concernée, puisqu'il est l'objet de débats depuis longtemps. L'utilisation de l'examen physique a toujours troublé la profession infirmière. Si l'observation a défini et légitimé la pratique infirmière (Sandelowski, 2000), la question est de savoir quel degré de connaissances et de compétences est approprié pour que les infirmières puissent pratiquer l'examen physique. Cette question a beaucoup été débattue et n'est pas encore résolue, car il subsiste encore des doutes en lien avec la légitimité de la pratique de l'examen physique par les infirmières (Lesa & Dixon, 2007). Plus récemment, le débat s'est déplacé vers la question de savoir si la formation permet de couvrir les besoins de l'industrie et de savoir quelles compétences sont pertinentes pour la pratique infirmière. Zambas (2010) va plus loin en affirmant que l'examen physique systématique est devenu une « vache sacrée » dans l'enseignement des soins infirmiers parce que, dans la pratique, il détourne l'attention de l'infirmière de l'expérience vécue du patient.</p>
Recension des écrits	<p>Une revue de littérature a été réalisée et permet de faire la synthèse des connaissances sur la question.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'examen physique est une compétence essentielle pour les infirmières (Fennessey & Wittmann-Price, 2011), • Mais un nombre croissant de littérature sur le sujet argumente que trop de techniques sont enseignées. Secrest et al. (2005) sont les auteurs d'une étude souvent citée dans ce sens. Ces auteurs ont soumis à un sondage 12 éducateurs enseignant l'évaluation physique et 51 infirmières, échantillonnés dans sept États des États-Unis, et les interrogeant sur l'utilisation 120 techniques d'évaluation physique énumérées dans les manuels de soins infirmiers standard. Les résultats ont montré que, bien que 92,5% des techniques aient été enseignées et pratiquées dans les programmes de formation en soins infirmiers, les infirmières utilisaient seulement 29% de ces compétences sur une base quotidienne ou hebdomadaire. Sur la base de ces résultats, les auteurs recommandent que le contenu des cours d'évaluation physique soit réévalué, avec des cours se concentrant sur ce que les infirmières ont vraiment besoin de savoir pour exercer leur profession. • Le problème évoqué de ce nombre croissant de techniques enseignées est que l'enseignement de l'examen physique est trop calqué sur un modèle médical. Or, les infirmières ne pratiquent pas l'examen physique de la même façon que les médecins. Il est donc nécessaire d'identifier les connaissances spécifiques à la

	<p>discipline infirmière qui sont nécessaires pour un réaliser examen clinique infirmier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recherche de Giddens (2007) est aussi influente dans la littérature. Cette enquête sur 194 infirmières diplômées travaillant dans une structure universitaire dans le sud-ouest des Etats-Unis a montré que seules 30 des 126 techniques d'examen clinique étaient pratiquées régulièrement. Sur la base de ces résultats, Giddens et Eddy (2009) ont enquêté sur 198 facultés à travers les États-Unis pour déterminer le contenu de l'enseignement en examen physique. Ils ont constaté que des 122 compétences incluses dans l'enquête précédente, 81 % auraient été enseignées dans la plupart des programmes. Ceci soulevant des inquiétudes sur la saturation du programme d'enseignement et une déconnexion apparente entre l'éducation et pratique, Giddens et Eddy (2009) ont exhorté à nouveau les infirmières enseignantes à considérer la diminution de l'enseignement en examen clinique. • Encore d'autres études sont allées dans ce sens : Shinozaki and Yamauchi's (2009) ; (Anderson et al., 2014)... • Etude de Birks et al. (2013) fait le même constat mais modère ses conclusions sur la base des données qualitatives recueillies en plus du questionnaire, qui a mis en évidence que les raisons principales du manque d'utilisation de certaines techniques d'examen physique étaient liées à un manque de temps et d'opportunités, à la présence ou l'absence d'autres professionnels de la santé pratiquant également l'examen physique (notamment les médecins) et variant aussi selon le domaine de pratique ou la spécialité de l'infirmière (p.ex. sage-femme/santé mentale/soins intensifs /travail de nuit). Sur la base de ces résultats, Birks et al. argumentent que la pertinence de chaque technique semble avoir peu d'influence sur la fréquence d'utilisation de celle-ci et que des recherches supplémentaires étaient nécessaires pour explorer les obstacles à la pratique de l'examen physique. • Il existe peu d'études sur la mobilisation des techniques d'examen clinique par les étudiants en soins infirmiers. Deux études plus anciennes (Schare et al., 1988 et Barbarito et al., 1997) ont montré que ces techniques étaient peu pratiquées durant les périodes de stage. Malgré le peu de données sur le sujet cela soulève des questions. • Peu d'études ont examiné les barrières à l'utilisation de l'examen physique. Sony (1992) a interrogé 114 infirmières nouvellement diplômées afin d'examiner les obstacles à l'utilisation des compétences en examen clinique dans la pratique après avoir reçu les enseignements. Alors que plus de 50 % des diplômés ont déclaré utiliser 42 des techniques interrogées, les raisons
--	--

	évoquées de la non utilisation des autres techniques étaient que : soit le médecin les avaient déjà effectuées, soit parce qu'elles étaient considérées comme non appropriées dans le contexte.
Cadre de recherche	Les concepts clés n'ont pas vraiment été définis.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon précise ; il s'agit de contribuer au débat actuel autour de l'étendue des compétences en examen physique enseignées dans la formation initiale en soins infirmiers en examinant le pattern et les corrélats d'utilisation de ces compétences chez les étudiants en fin de formation.</p> <p>Les questions de recherche sont énoncées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles techniques d'examen clinique les étudiants en fin de formation utilisent-ils durant leur période de pratique clinique ? • Quelles sont les barrières perçues à leur utilisation de ces techniques ?
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie: étudiants infirmiers en fin de formation initiale.</p> <p>Les participants ont été recrutés à partir d'un échantillon d'étudiants en soins infirmiers, au cours de leur dernier semestre au sein d'une université australienne. La population totale accessible représentait 654 étudiants. Ceux-ci ont été recrutés via email ou via un lien menant vers le questionnaire en ligne à remplir.</p> <p>La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction du nombre d'étudiants qui a choisi de répondre au questionnaire. Au total, 239 étudiants ont rempli le questionnaire (ce qui fait un taux de participation de 36,5%). Parmi ceux-ci, 31 ont été exclus de l'analyse en raison de réponses incomplètes. L'échantillon final était donc de 208 étudiants. La majorité des stages de 3^e année avait été réalisée en milieu de soins aigus : soins intensifs/urgences (45.7%), médecine (23,6%), chirurgie (23,1%), mélange de chirurgie-médecine (17.3%) et pré-opératoire (19,7%).</p>
Considérations éthiques	Etude approuvée par le comité d'éthique de l'université du Queensland.
Devis de recherche	Etude transversale (= l'observation d'une population dans sa globalité (ou d'un échantillon représentatif), à un instant donné dans le temps). Ce devis de recherche permet de respecter les critères scientifiques et permet à l'étude d'atteindre son but.
Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte des données était un questionnaire en ligne. Le sondage en ligne a été mené sur deux semestres, entre avril et novembre 2013. Il était divisé en deux parties :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un questionnaire basé sur le modèle de Giddens (2007) pour

	<p>évaluer l'utilisation des techniques d'examen clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un questionnaire pour évaluer la perception des barrières à la pratique de l'examen physique en utilisant l'échelle de Douglas : <i>Barriers to Nurses' use of Physical Assessment Scale</i> (Douglas et al., 2014), comprenant 38 items.
Conduite de la recherche	<p>Les auteurs ont mesuré les connaissances des étudiants et la fréquence d'utilisation de l'examen physique durant les périodes de pratique clinique (stages) en utilisant le questionnaire de Giddens (2006), interrogeant 126 techniques d'examen physique.</p> <p>Le questionnaire est divisé en sections de compétences fondées sur les régions anatomiques et physiologiques ou groupe régional : téguments, nutrition, la tête, les oreilles / yeux, cou / thorax, seins / colonne vertébrale, cardiovasculaire, musculo-squelettique, l'abdomen / anus, reproduction, neurologique et sensoriel. Au total, il y a 126 techniques ont été répertoriées. On a demandé aux répondants d'indiquer la fréquence d'utilisation des compétences sur la base de l'échelle de Likert, sur 6 points :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 = <i>I do not know how to do this skill</i> • 1 = <i>I know how to do this skill, but have never done this in my clinical practice</i> • 2 = <i>I perform this skill rarely (a few times during my degree)</i> • 3 = <i>I perform this skill occasionally (a few times each clinical placement)</i> • 4 = <i>I perform this skill frequently in my clinical practice (almost every time I work);</i> • 5 = <i>I perform this skill regularly in my clinical practice (every time I work).</i> <p>Pour les besoins de cette enquête, l'échelle a légèrement été modifiée puisque qu'ici le questionnaire s'adresse à des étudiants et non pas encore à des infirmiers diplômés (e.g. "<i>a few times during my career</i>" was changed to "<i>a few times during my degree</i>").</p> <p>Les répondants répondaient à chaque affirmation en choisissant quel chiffre entre 0 et 5 correspond le mieux à leur pratique.</p> <p>Les auteurs ont sélectionné ce modèle afin de permettre une comparaison avec les études précédentes utilisant également ce questionnaire. De plus, il avait déjà été adapté au contexte australien (Birks et al., 2013a). De plus, ce modèle a de plus déjà montré sa validité (Giddens, 2007).</p> <p>Pour évaluer la perception des barrières, les auteurs ont utilisé l'échelle de Douglas : <i>Barriers to Nurses' use of Physical Assessment Scale</i> (Douglas et al., 2014), comprenant 38 items. Cette échelle comprend 7 sous-échelles :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • dépendance à l'égard des autres et de la technologie ; • manque de de temps et interruptions • culture du service • manque de confiance • le manque de modèles de soins infirmiers • le manque d'influence sur les soins aux patients • et domaine de spécialité <p>On a demandé aux répondants d'indiquer dans quelle mesure ils étaient d'accord avec l'énoncé sur une échelle de type Likert à cinq points (1 = fortement en désaccord, 5 = fortement d'accord).</p> <p>A la fin du questionnaire, les répondants avaient la possibilité de laisser un commentaire.</p> <p>Cette échelle a été récemment développée et validée avec un échantillon d'infirmières actives en Australie (Douglas et al., 2014).</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont décrites.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont été importées via le logiciel <i>SPPSS statistiques version 21</i> pour l'analyse • Utilisation de statistiques descriptives • Les associations entre les caractéristiques des étudiants et l'utilisation des techniques ou les obstacles perçus ont ensuite été examinées à l'aide de t- tests et d'analyses de la variance • Les relations entre les barrières et l'utilisation de l'évaluation physique ont été explorées en utilisant les corrélations de Pearson. • Des données qualitatives ont été recueillies via la possibilité de laisser un commentaire et ont été codées pour l'analyse.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures et d'un texte narratif.</p> <p><u>Pour la fréquence d'utilisation des techniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Seules 5 compétences (comprenant chacune un ensemble de techniques) étaient utilisées sur une base quotidienne : évaluation de l'effort respiratoire, palpation et inspection du remplissage capillaire, palpation des extrémités pour évaluer la température, évaluation de l'état mental/du niveau de conscience et l'échelle de Glasgow. • Quinze compétences de base (12%) ont été identifiées par l'échantillon, l'évaluation cardiovasculaire et neurologique étant les plus courantes. En dehors de la palpation des extrémités,

	<p>aucune des compétences pratiquées n'impliquait de palpation complexe, de techniques de percussion ou d'auscultation. Toutes étaient des compétences liées à l'inspection générale ou à l'observation du patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y avait 23 compétences (18%) avec un score médian de trois ou deux, ce qui indique que les participants ont occasionnellement ou rarement effectué ces techniques. Celles-ci incluent de manière prédominante l'évaluation musculo-squelettique ainsi que l'évaluation de la tête, des oreilles, des yeux et des techniques plus complexes pour l'évaluation du thorax (inspection du thorax, mais plus rarement la palpation ou l'auscultation) et de l'abdomen (auscultation des bruits intestinaux, mais rarement la palpation). <p>Globalement les résultats montrent que la majorité des compétences évaluées n'est pas pratiquée ou pas apprise (70%). 42% des techniques ont été apprises mais ne sont pas pratiquées et 28% n'étaient pas connues des étudiants. Il n'y a pas d'association entre les caractéristiques des répondants (âge, sexe,...) et la fréquence d'utilisation des techniques.</p> <p><u>Pour les barrières perçues :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'influence du domaine de pratique /spécialité et le manque de confiance en premier 2. Le manque de modèles infirmiers 3. La culture du service 4. Le manque de temps et les interruptions 5. Dépendance envers les autres et la technologie et manque d'influence sur les soins au patient <p>Le manque de confiance semble diminuer avec l'âge.</p> <p>Sur les répondants au total 50 ont laissé un commentaire à la fin du questionnaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perception que les soins infirmiers étaient encore retranchés derrière une certaine hiérarchie qui continue de positionner les infirmières comme des subordonnées du médecin. Pourquoi réaliser un examen physique lorsque le médecin va le refaire 5 minutes plus tard ? • Peu de valorisation de l'examen clinique infirmier dans les lieux de pratique comme dans les lieux de formation ; pas de place pour la pratique durant les stages car les infirmières seraient trop occupées et les étudiants, qui doivent se débrouiller, ne disposent pas d'assez d'encadrement pour développer ces techniques. Il n'y aurait pas assez d'approfondissement et
--	--

	<p>d'entraînement à l'école.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culture dans les services ne serait pas facilitante (pas d'encouragement et d'encadrement) et il y a un manque de modèles infirmiers (peu d'infirmières pratiquent l'examen physique), ce qui explique aussi le manque de pratique durant les stages. <p>Cependant, l'examen physique est valorisé par les étudiants et considéré comme une compétence importante. Ceux-ci avaient envie d'être capables de le pratiquer.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions. Ils concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet et sont discutés à la lumière d'études antérieures. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses et découlent logiquement des résultats.</p> <p>Les résultats de cette étude suggèrent un scénario plus complexe que l'argument mis en avant dans les travaux précédents comme ceux de Giddens (2007). Ceux qui défendent l'idée de diminuer le nombre de techniques enseignées se basent sur la saturation du programme de formation initiale et sur un écart entre l'enseignement et la pratique (Giddens & Eddy, 2009). Parce que toutes les techniques enseignées ne sont pas pratiquées, il est admis que celles-ci ne sont donc pas nécessaires et devraient être éliminées du programme. Selon Giddens (2007, p.87), « la formation en soins infirmiers devrait refléter la pratique ».</p> <p>Cette étude a en effet montré une fois de plus que la majorité des techniques ne sont pas pratiquées. Or, le fait que les étudiants n'aient pas l'opportunité de développer et pratiquer ces techniques durant leur formation peut expliquer cela. Le petit nombre de compétences acquises et utilisées par les étudiants en soins infirmiers pourrait refléter une diminution des compétences de base. Si on suit la logique de « ce qui n'est pas pratiqué doit être éliminé de la formation », alors on peut se demander si d'autres domaines de la pratique infirmière ne pourraient pas être concernés. Et au fur et à mesure que les compétences infirmières sont déplacées vers la pratique avancée, il pourrait arriver que l'évaluation du patient disparaisse de la pratique de base.</p> <p>L'idée que l'utilisation de techniques et le niveau de compétences va augmenter avec l'expérience n'est pas démontré par les études scientifiques (bien qu'il y ait un manque de suffisamment d'études pour l'affirmer). Par exemple, Barbarito et al. (1997) ont constaté que l'utilisation des compétences d'évaluation physique n'a pas changé au fur et à mesure que les étudiants progressaient dans la formation.</p>

	<p>D'autres études qui ont comparé l'utilisation des techniques en fonction de l'expérience ou du niveau de formation n'ont pas montré de liens de causalité (Brown et al., 1987; Sony, 1992; Schroyen et al., 2005; Giddens, 2006).</p> <p>D'autres études ont étudié l'influence de l'éducation et de l'expérience sur l'utilisation des techniques d'examen physique chez les étudiants en médecine. Fait intéressant, la littérature médicale suggère que l'utilisation et la précision de l'examen physique ne s'améliorent pas après l'obtention du diplôme (Lok et al., 1998; Willett et al., 2007 ; Wu et al., 2007) et peut même en fait, diminuer au cours de la formation et des années d'expérience (Lee et al., 1998; Vukanovic-Criley et al., 2006) .</p> <p>Il convient de rappeler que l'évaluation physique était une composante importante au cours des dernières décennies du XXe siècle (Lesa & Dixon, 2007). La promesse de ce programme était d'élargir la juridiction et le contrôle sur la pratique infirmière en redéfinissant le travail du personnel infirmier. Pourtant, là où le travail infirmier a considérablement été restructuré, la voix des soins infirmiers a été soumise. Des facteurs externes ont entraîné une plus grande différenciation des activités infirmières, appelée <i>changing skill mix</i>, où les fonctions du travail infirmier ont été redistribuées vers des professionnels ayant des qualifications variées. Cette tendance a été accompagnée, du moins en Australie, par l'augmentation de la précarisation de la main-d'œuvre infirmière (Australian Bureau of Statistics, 2013).</p> <p>Les initiatives de l'hôpital visant la sécurité, comme les paramètres de détérioration dans un but d'alerte précoce (paramètres vitaux) n'aide pas les étudiants à développer des compétences d'évaluation du patient et de prise de décision (McCallum et al., 2013; Perkins & Kisiel, 2013). En effet, il pourrait être affirmé que le programme actuel de sécurité de l'hôpital a redirigé la pratique infirmière vers la collecte de données minimales pour détecter les stades finaux de détérioration clinique (Osborne et al., 2015)</p>
Conséquences et recommandations	<p>Pour se réapproprié l'examen physique comme une compétence essentielle de la pratique de base, il faut faire en sorte que les futures infirmières valorisent l'évaluation du patient et puissent démontrer une maîtrise des techniques sur le lieu de travail.</p> <p>Les auteurs concluent comme Birks et al (2013) que la question clé n'est pas de savoir s'il faut enseigner ou non les compétences d'évaluation physique, mais comment ces compétences peuvent être enseignées et pratiquées de manière plus efficace.</p>

Article : **Duff, B., Gardiner, G., & Barnes, M. (2007). The impact of surgical ward nurses practising respiratory assessment on positive patient outcomes. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 52–56.**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise les concept-clés : <i>respiratory assessment, patient outcomes, nurse, surgical ward</i> . Le titre indique que la recherche s'intéresse à la population des infirmières en service de chirurgie et à l'impact qu'elles ont sur les résultats positifs pour le patient en pratiquant l'évaluation physique de l'appareil respiratoire.
Résumé	Le résumé synthétise la recherche littéraire en trois parties : 1) objectif de la recherche, 2) résumé du problème/phénomène, 3) conclusions. Il indique qu'il s'agit d'une revue de littérature. Le résumé des résultats semble être inclus dans les conclusions.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le phénomène est clairement formulé et synthétisé avec des connaissances actuelles: L'évaluation respiratoire est une composante importante de l'évaluation globale de la santé du patient. Cependant, beaucoup d'infirmières continuent de considérer ces compétences d'examen clinique comme du domaine médical et non pas comme une activité infirmière (Wilson & Lillibridge, 1995). En effet, écouter les sons des poumons à l'auscultation et évaluer exactement la respiration est souvent absent de la routine des infirmières en service de chirurgie (Rushforth et al., 1998), contrairement à l'évaluation de la douleur, du score de sédation, l'oxymétrie et la spirométrie ou encore la prise des paramètres vitaux (température corporelle, pulsations, la fréquence respiratoire et la tension artérielle).</p> <p>Le problème correspond à un phénomène actuel aux soins infirmiers, car l'examen clinique, avec le changement des rôles infirmiers et de la nature des pratiques, devient de plus en plus important. L'examen clinique respiratoire permet une détection de problèmes respiratoires et une intervention précoce, par exemple lors d'œdème du poumon, de pneumonie, d'embolie pulmonaire ainsi que lors de décompensations asthmatiques ou de bronchopneumopathies obstructives (Rushforth et al., 1998).</p>
Recension des écrits	Une recension des écrits a été entreprise. Elle présente brièvement l'état des connaissances sur le phénomène à l'étude en se basant sur des connaissances scientifiques issues d'études datant de 1995 et de 1998 ; l'une étant une source primaire (Wilson & Lillibridge, 1995) et l'autre une revue de littérature (Rushforth et al., 1998). Elles semblent présenter une base solide pour l'étude.

Cadre de recherche	<p>Le concept-clé, celui de l'évaluation de l'état respiratoire (<i>respiratory assessment</i>), est brièvement défini dans le résumé au début de l'article : l'examen de l'état respiratoire qui comprend l'évaluation de l'amplitude et du rythme respiratoire, le travail ventilatoire, l'utilisation de muscles accessoires, la symétrie du mouvement de la poitrine et l'auscultation des plages pulmonaires.</p> <p>Le concept est aussi délimité dans la recension des écrits, à travers l'explication du rôle qu'il joue dans la pratique infirmière.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche est clairement défini, non pas dans la partie de l'introduction mais dans le résumé au début de l'article. Il s'agit d'explorer la manière de laquelle est incorporé l'examen clinique du système respiratoire dans la pratique infirmière, d'identifier les barrières à cette mise en pratique ainsi que les résultats de l'examen sur l'état des patients.</p> <p>Il n'y pas de questions ou d'hypothèse de recherche formulée, mais on peut les deviner à travers la formulation des buts de la recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'étude a visé la population infirmière ; on peut supposer qu'elle cible les infirmières pratiquant dans des contextes de soins aigus, car déjà lors de l'introduction et du résumé, il est question de ce type d'infirmières. L'échantillonnage du nombre d'articles sélectionnés n'est pas précisé.</p>
Considérations éthiques	<p>Aucune considération éthique n'est mentionnée, par ex. comme critère d'inclusion des articles.</p>
Devis de recherche	<p>L'article en question est une revue de littérature. Ce moyen est approprié à l'étude du phénomène et permet d'atteindre le but de l'étude, étant une exploration sur les connaissances actuelles en matière de l'examen respiratoire physique en soins infirmiers. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte de données (bases de données).</p>
Modes de collectes de données	<p>Aucun outil de mesure n'a été employé, s'agissant d'une revue de littérature.</p> <p>Le mode de collecte des données s'est fait en questionnant les bases de données.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données est décrit brièvement. Les auteurs ont questionné les bases de données CINAHL, PubMed et Medline et ont sélectionné des revues dont elles ont lu la table des matières. Une évaluation critique sur les articles retenus a été faite pour vérifier la qualité et les résultats des articles. Les mots-clés utilisés pour les bases de données ne sont pas indiqués dans l'article.</p> <p>La période durant laquelle elle a été menée n'est pas mentionnée.</p>

	<p>L'article le plus récent utilisé pour la revue date de 2006, avant la publication en 2007, ce qui indique jusqu'à quand les auteurs ont collecté des données et mené leur recherche.</p> <p>Les auteurs n'indiquent pas s'ils ont eu recours à du personnel compétent pour minimiser les biais au recueil de articles, mais ayant des titres de doctorats et professeurs, on peut supposer qu'ils soient suffisamment compétents pour mener ce type de recherche.</p>
Analyse des données	Les méthodes d'analyse ne sont pas décrites. Le résumé des résultats est compréhensible.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats de la revue de littérature sont clairement présentés sous forme de texte narratif divisé en quatre parties (introduction, <i>safety and quality agenda, incidence of respiratory complications, nurses and respiratory assessment, barriers to respiratory assessment</i>), chacune représentant un aspect du phénomène étudié.</p> <p><u>Qualité et sécurité</u> : Les complications respiratoires participent à l'apparition d'effets indésirables. Les études montrent que là où il y a des infirmières d'un niveau Bachelor, on a une baisse de la mortalité dans les unités des soins généraux (Cho & al., 2003 ; Aitken & al., 2003) et une baisse de l'apparition d'évènements indésirables qui augmentent la durée d'hospitalisation, les coûts de la santé et bien sûr les effets négatifs sur le patient. Ainsi, les auteurs soutiennent que si les infirmières sont formées et utilisent l'examen clinique dans leur pratique quotidienne, elles peuvent détecter précocement des problèmes potentiels, notamment les complications respiratoires postopératoires (McQuillan et al., 1998 ; Quality in Australian Health Care Consortium, 1998). Les compétences décisionnelles de l'infirmière sont aussi améliorées pour entreprendre rapidement les actions appropriées, avec des résultats positifs sur la santé du patient (Cutler, 2002). En effet, lorsque l'examen clinique comprend l'évaluation de la fréquence respiratoire, le type de respiration, l'auscultation en plus de l'oxymétrie et de la spirométrie, les résultats sur la santé des patients sont significativement améliorés. Or de nos jours, on s'appuie trop sur les technologies aux dépend de la clinique, alors qu'elle est indispensable (Zeitz & McCutcheon's, 2002 ; Joanna Briggs Institute, 1999).</p> <p><u>Incidence des complications respiratoires</u> : les complications pulmonaires postopératoires comme l'embolie pulmonaire sont plus communes chez les personnes âgées qui représentent environ 20% des patients en chirurgie, mais aussi chez les personnes obèses. Les patients avec des comorbidités de type bronchopneumopathie obstructive, asthme ou des maladies cardiaques sont considérées comme un groupe à risque élevé pour ce type de complications</p>

(Kremer, 1998). Lors de maladies pulmonaires chroniques, de diabète et/ou des facteurs de risques préexistants comme des incisions abdominales hautes ou incisions thoraciques, de tabagisme, d'obésité, de périodes prolongées d'anesthésie, le risque pour les personnes âgées est aussi majoré (Bailes, 2002). Les symptômes classiques de l'infection et des œdèmes pulmonaires sont souvent absents ou non-spécifiques, ce qui signifie qu'une vigilance spéciale est requise de l'infirmière.

L'évaluation respiratoire et les soins infirmiers: l'examen respiratoire a été introduit dans la formation en Amérique du Nord et au Canada depuis le début des années 1970 et en Australie dans la fin des années 1980. Les programmes de l'évaluation respiratoire ont continué de se développer lors des dernières décennies avec la majorité des universités incluant aujourd'hui les habiletés d'examen clinique dans leur programme d'étude (Wilson & Lillibridge, 1995), mais avec un potentiel de développement, comme l'affirme Reaby (1997) dans son sondage auprès de 25 institutions en Australie offrant une formation initiale en soins infirmiers : seules quatre écoles incluent l'examen respiratoire dans leur programme d'étude.

L'arrivée du rôle de la *Nurse Practitioner* (infirmière de pratique avancée) en Australie, Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni en fin des années 1990 a aussi encouragé une expansion du rôle infirmier en relation avec l'évaluation respiratoire. L'examen respiratoire, est devenu une partie intégrante du rôle infirmier dans les unités de soins intensifs, unité de soins coronaires et les unités d'urgences. Et de manière plus large encore, une évaluation respiratoire compétente est maintenant considérée par beaucoup d'auteurs comme une condition fondamentale de la pratique infirmière (Longson & Copley, 1989 ; Goodfellow, 1997; Kessenich, 2000).

Barrières à la mise en pratique de l'examen respiratoire : malgré les articles préconisant l'utilisation régulière de l'évaluation respiratoire, les infirmières démontrent une réticence à incorporer cette habileté dans leur pratique clinique (Considine & Botti, 2004). Souvent, les infirmières dans les unités de soins généraux manquent de confiance et de savoirs en lien avec l'évaluation respiratoire, mettant en exergue le besoin de former les infirmières à ces habiletés et de souligner son importance par des recherches scientifiques, pouvant ainsi faciliter le changement de pratique (Considine, 2005). Beaucoup d'entre elles continuent aussi de considérer ces compétences d'examen clinique comme du domaine médical et non pas comme une activité infirmière (Wilson & Lillibridge, 1995). De plus, il existe un manque de soutien à la fois de la part des collègues et de l'administration vis-à-vis de l'incorporation de l'examen physique et de multiples tâches non-infirmières qui sont toujours réalisées par les infirmières (Rushforth, 1998). La littérature révèle aussi des manifestations de résistance au changement et la perception d'un

	<p>manque de temps ou d'autorité pour mener un examen respiratoire par les infirmières (Funk et al., 1991).</p> <p>Il n'est pas indiqué dans l'article si les trois auteures ont fait évaluer les données par des experts, mais cela ne semble pas pertinent pour une revue de littérature.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche pour chacun des buts. La discussion se fait surtout autour de la pertinence de l'incorporation de l'examen de la fonction respiratoire dans la pratique infirmière, puisque les infirmières doivent aujourd'hui fournir des services de qualité à de coûts raisonnables en des temps appropriés. L'examen respiratoire permet alors de détecter de manière précoce des problèmes respiratoires postopératoires, ce qui facilite une intervention précoce et adaptée et réduit les complications, comme les atélectasies, la pneumonie ou l'embolie pulmonaire. De plus, les infirmières étant 24 heures sur 24 auprès de patients sont plus susceptibles de détecter des changements de l'état de santé du patient et sont donc bien placées pour incorporer cette compétence clinique à leurs habiletés techniques.</p> <p>Les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures qui les corroborent (Considine, 2005 ; Yamauchi, 2001 ; Oliver & Butler, 2004). L'étude de Considine (2005) notamment, souligne que les infirmières jouent un rôle central dans la prévention des complications en lien avec un dysfonctionnement respiratoire, qui peut évoluer vers des problèmes tel que l'arrêt cardiaque et vers une plus grande mortalité.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses, dans la mesure où ils intègrent chaque résultat d'analyse du cadre de la recherche.</p> <p>Les conclusions découlent logiquement des résultats, en les synthétisant : l'examen clinique contribue à une amélioration des résultats sur le patient et en conséquence une réduction des coûts de soins et de santé par la réduction des temps d'hospitalisation. Cependant, l'examen respiratoire reste en 2007 un challenge pour les infirmières en service de chirurgie. En effet, la littérature relève des barrières dans l'introduction de ce changement dans la pratique infirmière.</p> <p>Dans un temps de restrictions budgétaires, d'augmentation de la complexité des soins et de développement des technologies, il est essentiel pour la profession infirmière de bien comprendre l'efficacité que peut apporter cette habileté.</p> <p>Les limites de l'étude ne sont pas définies.</p>

Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs précisent les obstacles et décrivent l'état des lieux des connaissances actuelles sur le phénomène et en discutent, en précisant qu'il y a encore des barrières à l'incorporation de l'examen respiratoire dans la pratique infirmière.</p> <p>Ils mettent en avant un manque de recherches sur le lien entre l'enseignement de l'examen respiratoire et sa mise en pratique. Ils recommandent plus de recherches, ce qui permettrait de déterminer l'importance de l'examen clinique dans les formations initiales sur les résultats des patients en postopératoire.</p>
---------------------------------	--

Article: **Edmunds, L., Ward, S., & Barnes, R. (2010). The use of advanced physical assessment skills by cardiac nurses. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 19(5), 282–287. doi:10.12968/bjon.2010.19.5.47058***

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise les concepts-clés du phénomène et de la population à l'étude : <i>advanced physical assessment, cardiac nurses</i> . Il indique que l'article traite de l'utilisation par les infirmières spécialisées en cardiologie des compétences d'examen clinique de pratique avancée.
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : but de la recherche méthode, résultats discussion, conclusion et les mots-clés. Il ne résume pas le problème ou le phénomène qui a motivé cette étude.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Il est pertinent dans le contexte actuel des soins infirmiers. En effet, contrairement à l'approche traditionnelle, où l'examen clinique de pratique avancée faisait exclusivement partie des compétences d'ordre médical (McGee & Castledine, 2003 ; West, 2006), il a pris ces dernières années de plus en plus d'importance dans le rôle infirmier (Massey, 2006 ; Scott & McInnes, 2006). Selon Riley et al., (2005), l'examen clinique doit faire partie d'une compétence centrale dans le rôle infirmier.</p> <p>Le phénomène à l'étude est clairement circonscrit. Une revue de littérature démontra que la plupart des recherches sur l'examen physique avancé a été menée au Canada, Australie et Etats-Unis. Les habiletés les plus fréquemment utilisées sont reliées au thorax, aux poumons, au système cardiovasculaire et à l'abdomen (Colwell & Smith, 1985 ; Sony, 1992 ; Wilson & Lillibridge, 1995 ; O'Farrel et al., 2000 ; Anderson et al., 2001).</p> <p>Beaucoup d'études ont relevé que ces savoirs sont seulement utilisés lorsqu'un problème est suspecté (Sony, 1992 ; O'Farrel et al., 2000). Ce qui ressort le plus est que les infirmières n'utilisent qu'une partie sélective des habiletés enseignées en pratique et ceci est largement influencé par le contexte dans lequel elles travaillent. Plusieurs facteurs affectant l'utilisation de l'examen clinique ont été identifiés, notamment le manque de confiance, de compétence, de soutien, de ressources, de temps et d'opportunités pour mettre les habiletés en pratique. Ces barrières identifiées dans diverses études ne semblent pas avoir changé depuis les deux dernières décennies.</p>

Recension des écrits	Les auteurs ont entrepris une recension des écrits, synthétisant l'état des connaissances récentes sur le phénomène à l'étude en se basant sur des connaissances scientifiques issues d'études datant de 1987 à 2006. Ces études présentent une base solide pour cette recherche, car ces diverses références sont pour la plupart récentes et certaines sont des sources primaires.
Cadre de recherche	<p>Les concepts-clés sont liés aux buts de l'étude. Ils ne sont pas clairement mis en évidence, mais le plus important est défini sur l'examen clinique et les contextes de soins en cardiologie.</p> <p>Le concept-clé de l'examen physique est brièvement expliqué avec la notation de ses quatre composantes centrales : inspection, palpation, percussion et auscultation. Le concept est mieux compris à travers la lecture de la recension des écrits, mentionnant le rôle qu'il joue dans la compétence infirmière et les quelques types d'habiletés qu'il inclut (i.e. examen du thorax).</p> <p>Il y a aussi une précision quant aux types d'institutions au sein desquelles exercent les infirmières spécialisées en cardiologie, notamment dans les cliniques de consultations infirmières de douleur ou dans des cliniques centrées sur l'insuffisance cardiaque. Il est spécifié qu'elles ont un rôle croissant dans l'examen clinique. Les autres rôles qu'elles jouent ne sont pas spécifiés, mais cette brève description paraît suffisante pour la compréhension de l'étude.</p> <p>Pas d'explication sur le concept d'<i>advanced practice assessment skills</i>.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les buts de la recherche sont clairement énoncés sous le chapitre de la méthodologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déterminer quelles habiletés en examen clinique sont utilisées par des infirmières spécialisées en cardiologie dans la pratique clinique après qu'elles aient accompli un module d'évaluation clinique du patient. - Explorer les facteurs qui influencent l'utilisation de ces habiletés. <p>Pas de question ou d'hypothèse de recherche formulée, mais les questions peuvent être devinées à travers les buts. Ces derniers reflètent le contenu de la recension des écrits.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée dans l'étude était celle des infirmières spécialisées en cardiologie, qui ont accompli un module d'évaluation du patient et qui travaillent dans ce milieu de soins.</p> <p>L'échantillonnage est décrit de façon détaillée. Il s'agit d'un échantillonnage par commodité, où les unités d'échantillonnage sont choisies par le chercheur en raison de leur accessibilité et de leur</p>

	<p>disponibilité.</p> <p>Sur les 140 étudiants qui ont accompli le module, il y avait 14 infirmières spécialisées en cardiologie, lesquelles ont reçu une invitation à participer à l'étude avec une feuille d'explication et un formulaire de consentement. Sur les onze qui ont accepté à participer à l'étude, quatre ne travaillaient plus en cardiologie, réduisant l'échantillon à sept infirmières. Ces dernières travaillent dans divers endroits et contextes, notamment dans des cliniques <i>nurse-led</i> ou au sein d'unités de soins intensifs.</p> <p>La méthode d'échantillonnage paraît appropriée. Elle n'est pas justifiée sur des bases statistiques ou par une saturation de données.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par le <i>Central Office of Research Ethics Committee (COREC) for South Wales</i>. Les participants ont eu des informations par écrit quant à l'étude et ont dû remplir un formulaire de consentement.</p>
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une étude longitudinale qualitative et descriptive. Le devis qualitatif choisi permet surtout de répondre au 2^{ème} but de l'étude, celui d'explorer les facteurs qui influencent la mise en pratique de l'examen clinique. Mais aussi de déterminer d'un point de vue qualitatif quelles habiletés sont utilisées par les infirmières dans la pratique.</p> <p>La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte de données : l'entretien semi-directif, une observation non-participative dans les contextes cliniques des participants et des données issues d'un journal de bord sur l'autoévaluation des activités. Ils sont clairement décrits dans l'article.</p> <p>Le choix du devis permet de respecter les critères scientifiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crédibilité : les chercheuses combinent plusieurs méthodes de collectes de données avec entre autres l'observation sur le terrain et passent un temps prolongé pour l'étude. - Transférabilité : les conclusions peuvent être appliquées à d'autres contextes identiques. - Confirmabilité : les données sont récoltées de façon la plus objective pour le devis, utilisant l'observation non-participative sur le terrain, un entretien semi-directif. - Fiabilité : à travers la stabilité des données et la constance dans les résultats, étant corroborés par de nombreuses études antérieures. <p>Le temps de l'étude s'est étendu sur trois ans (2004-2007), un temps semblant adéquat pour ce type d'étude.</p>
Modes de collectes	<p>Pour mesurer les variables, des outils appropriés ont été utilisés. Ils</p>

de données	sont clairement décrits dans l'article. Les auteurs n'indiquent pas si les instruments ont été créés ou importés.
Conduite de la recherche	Le processus de recherche et de collecte des données est décrit. Pour la recherche, l'auteur a questionné les bases de données reconnues suivantes : EBSCO et CINAHL.
Analyse des données	<p>Pour analyser les données récoltées lors des entretiens, les chercheurs ont utilisé l'approche selon Newell & Burnard (2006). Ce processus implique six étapes qui sont décrits. Pour la récolte de données de la deuxième session d'entretiens, l'analyse s'est fait de la même manière qu'à la première, mais avec une approche inductive et les données ont été codées.</p> <p>Après cette première analyse, les données des observations et des journaux de bord ont été analysées par approche déductive. Les analyses ont été faites par les trois chercheuses individuellement puis collectivement.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats de cette étude sont présentés sous forme de texte narratif, avec quelques transcriptions des dires des participants. Le texte est divisé en cinq sous-chapitres, chacun d'eux correspondant à un thème central qui émerge des résultats. Les quatre premiers se centrent sur l'utilisation des habiletés, tandis que le dernier est ciblé sur les facteurs d'influence.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Identification et utilisation des habiletés avancées en examen clinique</u> : l'étude relève que la mise en pratique des habiletés varie ; l'examen cardiaque et respiratoire sont les habiletés les plus fréquemment utilisées. Lorsque les habiletés ne sont pas pratiquées, les infirmières affirment perdre confiance alors qu'au contraire, une utilisation régulière l'améliore. Certaines participantes relatent être plus confiantes lorsqu'elles réalisent l'examen sans supervision ou observateurs. 2) <u>Caractéristiques personnelles</u> : l'utilisation et le développement des habiletés sont en lien avec les caractéristiques personnelles des infirmiers: il y a ceux qui sont proactifs, qui prennent le leadership et l'initiative d'entreprendre des examens physiques et de développer les services de soins et d'autres se décrivent comme « freinant » le développement, étant d'avis que ce n'est pas de leur responsabilité. 3) <u>Rôles</u> : l'utilisation a été influencée par les perceptions des barrières et la collaboration entre les rôles professionnels et leurs droits. Il en ressort différentes visions des infirmières sur le fait d'entreprendre ou pas un examen physique et lors de quelles circonstances. Plusieurs pensent qu'utiliser les habiletés avancées est approprié seulement dans certains types d'institutions.

	<p>D'autres sont d'avis que cela est pertinent pour toutes les infirmières vu que les soins sont ainsi améliorés. Certaines estiment que les frontières entre les rôles professionnels sont clairement délimités, alors que d'autres trouvent qu'elles sont brouillées.</p> <p>4) <u>Perception des soins infirmiers et développement personnel</u> : l'utilisation a été influencée par leur perception des soins et de sa propre pratique des soins. En effet, certaines pensent que l'examen aide à améliorer une approche holistique des soins infirmiers. Il y a une acceptation globale des infirmières en cardiologie qui croient que ces habiletés seront une pratique courante pour les infirmiers dans le futur. La plupart, avec l'exercice de l'examen physique, ont augmenté leur satisfaction personnelle. Selon certains participants le changement de pratique se met en place uniquement si la culture organisationnelle le permet (Etat, direction).</p> <p>5) <u>L'environnement physique et le soutien social</u> : l'utilisation des habiletés est influencée par l'environnement physique et le soutien social, de la part des médecins, des patients ou des responsables des unités de soins.</p> <p>Il n'est pas indiqué si les auteurs ont fait évaluer les données par les participants ou par d'autres experts, mais chacun a analysé les données individuellement avant de le faire collectivement, ce qui a permis de comparer les résultats et les évaluer entre eux.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés selon le cadre de recherche et pour chacun des buts énoncés. Malgré la petite taille de l'échantillon de l'étude, les résultats concordent avec les études antérieures sur le sujet et sont discutées à la lumière de celles-ci, et les conclusions en découlent logiquement.</p> <p>Concernant les résultats liés à l'utilisation limitée des habiletés avancées en examen clinique par les infirmières spécialisées en cardiologie, ils concordent avec une série d'études antérieures qui suggèrent que les examens les plus souvent pratiqués par les infirmières sont ceux liés aux systèmes cardiorespiratoire et abdominal (Colwell & Smith, 1985 ; Sony, 1992 ; Wilson & Lillibridge, 1995 ; O'Farrell et al., 2000; Anderson et al., 2001 ; Secrest et al., 2005 ; Schroyen et al., 2005). Ces résultats soulèvent des questions sur le contenu du module qui doit être enseigné aux infirmières spécialisées en cardiologie. Il semblerait que ce soit le modèle médical de l'examen clinique du patient qui continue à être enseigné aux infirmières, et non pas le modèle infirmier. Comme de nombreux auteurs l'attestent, les enseignements devraient peut-être davantage s'adapter aux besoins des apprenants (Reaby, 1990 ; O'Farrell et al.,</p>

2000 ; Anderson et al., 2001 ; Carroll, 2004 ; Ormrod & Casey, 2004 ; Woods et al., 2004 ; Secrest et al., 2005).

Quant aux facteurs qui influencent l'utilisation des habiletés, les résultats mettent en évidence que la performance du rôle est influencée par le professionnalisme de l'individu et l'environnement de travail, qui inclut l'organisation des soins de l'institution ainsi que le système de santé publique. Les auteures soulignent ces constats, avec la théorie du rôle (*Role Theory*) décrit par Biddle (1979) et Conway (1978).

Il s'avère que dans les milieux où l'équipement pour l'exercice de l'examen clinique est à disposition et où les attentes vis-à-vis du rôle sont claires, les habiletés avancées de l'examen clinique sont plus souvent utilisées. Barrows (1985) relate aussi que le facteur majeur de l'utilisation des habiletés était la définition de rôles. Plus récemment, Sibbald et al. (2004) trouvèrent que l'impact des mélanges des compétences professionnelles sur les systèmes de santé n'a pas vraiment été évalué et les conséquences ne sont pas envisagées.

Dans l'étude, certaines infirmières ont même affirmé que le cours leur a permis à élargir leur perspective sur la profession des soins infirmiers. Ces affirmations sont soutenues par d'autres études, Lesa et Dixon (2007) ont notamment suggéré que ces habiletés puissent contribuer à une évaluation plus holistique du patient et améliorer ainsi les résultats des patients. Skillen et al. (2001), relatent que l'utilisation des habiletés d'examen physique augmente le sens de satisfaction personnelle et améliore l'image professionnelle des infirmières.

Les différences mises en évidence dans l'étude sur la motivation à entreprendre des examens cliniques peuvent s'expliquer par le degré de soutien que les infirmières perçoivent, dépendant du contexte, des attitudes et des valeurs des infirmières. En effet, la perception du soutien des autres professionnels ainsi que la confiance en soi jouent un rôle important dans l'utilisation des habiletés de l'examen clinique en pratique. Les infirmières qui ont confiance en elles sont capables de sélectionner avec un jugement clinique les habiletés appropriées selon les conditions du patient plutôt que de les exercer par routine ou sous pression médicale. Ce résultat est soutenu par l'affirmation de Barrows (1985) qui relate que si les infirmières sont assertives et ont confiance en elles, elles arrivent à mieux appliquer les habiletés en pratique.

Dans les structures, où l'examen clinique est considéré comme faisant partie du rôle infirmier, elles reçoivent plus de soutien pour l'exercer. Ce constat est corroboré par les études de Skillen (2001) et Barrows (1985).



	<p>Pour conclure, l'étude soulève le fait que les valeurs, les attitudes et les croyances des infirmières adoptées au travers de l'éducation et de leur expérience pratique influencent le rôle professionnel qu'elles prennent au travail, leur expérience étant forgée par le système de santé.</p> <p>Les limites de l'étude sont clairement énumérées : les observations non-participatives peuvent influencer la performance des participants ; l'échantillon a été plus petit que prévu ; manque de données pour l'analyse ; des étudiants des chercheuses ont participé à l'étude, ce qui peut représenter un biais, bien qu'elles aient mis en place des moyens pour les limiter (Barnes et al., 2008).</p> <p>La question du caractère transférable des conclusions n'est pas explicitement soulevée, mais elle est supposable.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les auteures recommandent de faire plus de recherches pour adapter le contenu du module <i>Clinical Patient Assesment</i> de façon pertinente aux besoins des infirmières spécialisées en cardiologie, en mettant le focus sur le développement de l'individu et les habiletés cliniques psychomotrices.</p> <p>Elles préconisent également une collaboration plus étroite entre les centres de formations et les cliniciens pour l'apport du module et le développement des habiletés en pratique. De plus, il serait approprié que les rôles soit explicitement définis, et si la compétence de l'examen clinique de pratique avancée semble importante, des systèmes de soutien doivent être mis en place pour encourager les infirmières à l'appliquer. Selon les auteurs, il faudrait aussi sélectionner les infirmières avec une vision de la profession infirmière plus large, car ce sont celles qui tendent à mieux appliquer leurs savoirs en examen clinique en pratique. Pour cela, le développement d'un outil de sélection s'avère utile. Davantage de recherches doivent être réalisées pour identifier les défis rencontrés par les infirmières en cardiologie.</p> <p>Les données et surtout toutes les études antérieures qui les soutiennent, sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>

Article: **Fennessey, A., & Wittmann-Price, R. A. (2011). Physical assessment: a continuing need for clarification. *Nursing Forum*, 46(1), 45–50. <http://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00209.x>**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre nomme le concept clé de l'article, celui de l'examen physique (<i>physical assessment</i>). Il précise qu'il y a nécessité de clarification de ce concept. Il ne spécifie cependant pas la population à l'étude, donc que l'article s'intéresse à l'examen physique en soins infirmiers.
Résumé	<p>Le résumé pose le cadre de la recherche en la synthétisant brièvement mais clairement: problème, méthode, résultats, conclusion et mots-clés.</p> <p>L'examen physique, composante-clé de la démarche de soins infirmiers (<i>nursing process</i>), est enseigné aux infirmières dans leur formation initiale. Néanmoins, peu de recherches ont été menées sur les habiletés qui sont effectivement utilisées par rapport à ce qui est enseigné.</p> <p>Il s'agit d'une revue intégrative qui a pour but d'explorer l'état des connaissances de l'examen clinique en soins infirmiers et leur application dans la pratique.</p> <p>Les résultats mettent en évidence qu'il n'est pas encore clair quelles habiletés sont incluses dans l'examen clinique infirmier. Il y a donc la nécessité de réaliser des études plus approfondies pour clarifier si les habiletés enseignées sont utilisées réellement en pratique clinique et à quel degré.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Les auteurs expliquent le problème du peu de recherches menées corrélant les compétences d'examen physique, c'est-à-dire les habiletés enseignées qui sont effectivement utilisées en pratique, et les relations qu'elles peuvent avoir avec la prise de décision clinique des infirmières.</p> <p>Il s'agit d'un problème actuel et pertinent dans le contexte des connaissances actuelles en soins infirmiers. En effet, l'évaluation clinique a été, en comparaison à d'autres professions, récemment introduite dans la pratique infirmière mais elle en fait aujourd'hui partie intégrante (Harris, 2002). Elle consiste en la première étape de la démarche infirmière, et l'examen physique est un élément-clé de cette évaluation. En effet, avec l'histoire de vie et l'évaluation psychologique, l'examen physique apporte les fondations pour les autres étapes de la démarche de soins infirmiers : diagnostic et plan de soin.</p>

Recension des écrits	<p>Pour expliquer la problématique et présenter les connaissances actuelles en lien avec l'examen physique en soins infirmiers, les auteurs référencent plusieurs sources démontrant qu'une recension des écrits a été entreprise.</p> <p>La recension explique bien l'état des connaissances actuelles et récentes sur le phénomène à l'étude en se basant sur des connaissances issues de seize articles scientifiques, datant de 1984 à 2007. Elle semble une base solide pour l'étude, car elle utilise des connaissances issues d'études scientifiques, dont certaines étant des sources primaires (Giddens, 2007 ; Lillibridge & Wilson, 1999 ; Yamauchi, 2001), démontrant la fiabilité de l'état des connaissances.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts-clés sont mis en évidence et définis. Ils sont liés au but de l'étude. Il n'y a pas de notion de base philosophique ou de base théorique.</p> <p>Le concept de la démarche de soins infirmiers (<i>nursing process</i>) est brièvement décrit par la mention des étapes qui la composent : évaluation, diagnostic, objectifs et plan de soin, interventions et évaluation. Le lien est fait avec le concept de l'examen physique (<i>physical assessment</i>), incorporé dans cette démarche.</p> <p>Les auteures explicitent l'examen physique en présentant une synthèse d'affirmations de divers auteurs. Pour ce faire, les auteures abordent différents points de l'évaluation physique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition de l'évaluation clinique faisant partie intégrante de la démarche de soins infirmiers et qui inclut l'examen physique. - Ce qu'apporte l'examen physique, son importance dans la pratique infirmière pour une prise de décision clinique adaptée, la surveillance adéquate de l'état clinique du patient, l'augmentation de la confiance en soi de l'infirmière, l'amélioration de l'expérience des patients et le développement de la relation du patient avec l'infirmière. - Mise en évidence des différences entre l'évaluation physique médicale et infirmière.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est clairement énoncé : explorer l'état des connaissances de l'examen clinique physique en soins infirmiers en lien avec l'ensemble de la démarche infirmière, de discuter de la pertinence de cette compétence pour les soins infirmiers, et de mettre en lien ces compétences avec la pratique actuelle et la prise de décision clinique.</p> <p>Il n'y a pas de question de recherche ou d'hypothèse formulée, mais les questions de recherche sont supposables à travers les buts de l'étude. Ces derniers reflètent le contenu de la recension des écrits.</p>
METHODE	

Population et échantillon	<p>Deux populations sont visées dans les articles recherchés: les infirmiers/ères ou les médecins (termes utilisés séparément avec les autres mots-clés). L'échantillon consiste en 76 articles sélectionnés et utilisés par les auteurs dans leur réflexion. Ils sont issus des pays suivants : Etats-Unis, Nouvelle-Zélande, Japon, Australie et Royaume-Uni.</p> <p>La méthode pour accéder aux articles est expliquée par les mots-clés utilisés, les bases de données questionnées et les critères d'inclusion et exclusion. Ce dernier a déterminé la taille de l'échantillon.</p> <p>Pas de moyens utilisés pour accroître ou plutôt réduire l'échantillonnage. Il n'est pas indiqué si l'échantillonnage est justifié sur une base statistique ou par une saturation de données.</p>
Considérations éthiques	Aucune considération éthique n'est mentionnée, par ex. dans les critères d'inclusion des articles.
Devis de recherche	<p>L'article en question est une revue intégrative, une méthode qui inclut et synthétise des recherches quantitatives et qualitatives. Ce moyen permet d'atteindre le but de l'étude, étant une exploration sur les connaissances actuelles en matière d'examen physique en soins infirmiers. La méthode de recherche choisie est conciliable avec les outils de collecte de données (bases de données).</p> <p>La durée de l'étude n'est pas clairement précisée ; elle a été menée durant le mois de décembre 2009. Néanmoins, il peut s'agir d'un temps adéquat pour la méthode de recherche utilisée.</p>
Modes de collectes de données	Aucun outil de mesure n'a été employé, s'agissant d'une revue de littérature. Le mode de collecte des données s'est fait en questionnant les bases de données avec divers mots-clés.
Conduite de la recherche	<p>Le processus de recherche et de collecte de données est clairement décrit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour la recherche, les deux auteurs ont questionné les bases de données : Medline (PubMed), CINAHL, EBSCO, Medline (Ovid) et PsycINFO. - Les mots-clés utilisés sont indiqués : <i>physical assessment, physical examination, nursing assessment, theoretical models, decision making, competency, and education.</i> - En plus de ces termes, les mots-clés <i>nurse</i> ou <i>physician</i> ont été inclus séparément pour préciser la population. - Critères d'inclusion : articles en anglais. <p>Pas de limites quant à la date de publication des articles, car l'examen physique a été introduit dans la pratique à des moments très variables selon les disciplines et les régions géographiques.</p>
Analyse des données	76 articles ont été sélectionnés et analysés. La méthode d'analyse des articles et des données n'est pas précisée.

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés selon le type d'étude menée. Ils décrivent sous forme de texte narratif les caractéristiques-clés pour mener l'évaluation physique, chaque caractéristique présentant un sous-chapitre.</p> <p>L'article révèle un manque de clarté par rapport au concept <i>physical assessment</i> qui regroupe plusieurs termes et est interprété de différentes manières par les professionnels.</p> <p>Pour mener un examen physique, la littérature surligne deux caractéristiques-clé que l'infirmière doit présenter : <i>competency</i> (compétence) et <i>clinical decision making</i> (raisonnement clinique).</p> <p>La compétence pour l'exercice de l'examen physique a été principalement discutée dans le cadre de la formation des étudiants infirmiers et peu dans la pratique clinique.</p> <p>L'augmentation de la compétence de l'infirmière avec l'examen physique semble être un aspect qui améliore la collaboration interprofessionnelle (Schroyen, George, Hylton, & Scobie, 2005).</p> <p>Pour une évaluation physique structurée du patient, le <i>Byron Physical Assessment Framework</i> a été développé (Harris, Wilson-Barnett, Griffiths, & Evans, 1998). Il s'avère être un instrument fiable et validé par plusieurs experts (Harris et al, 1998).</p> <p>La compétence clinique implique l'assimilation de la fonction cognitive et affective avec les savoirs scientifiques (Oermann, 1999). Une évaluation physique, réalisée de façon compétente et structurée en tenant compte des données psychosociales et de l'histoire de santé du patient peut aider à clarifier les situations de soins. En effet, l'examen physique permet de collecter des données qui sont nécessaires à l'identification d'un ensemble de facteurs. Ces dernières permettent de formuler un diagnostic de soins infirmiers qui conduit à une prise de décision clinique adaptée et qui aidera à l'élaboration d'un plan de soins efficace concernant l'état actuel et potentiel du patient (Crow et al., 1995).</p> <p>Il n'est pas indiqué dans l'article si les deux auteurs ont fait évaluer les données par des experts ou d'autres personnes, mais cela ne semble pas pertinent pour une revue de littérature.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont traités en fonction du cadre de recherche de l'examen physique intégré dans la démarche de soins infirmiers, plus précisément ils sont interprétés et discutés en fonction de chacun des buts de l'étude.</p> <p>Les conclusions sont conformes aux résultats de l'analyse, dans la mesure où ils intègrent chaque résultat par rapport aux buts de</p>

l'étude et n'apportent pas d'idées nouvelles. Les résultats sont discutés à la lumière d'études antérieures.

- Explorer l'état des connaissances de l'examen clinique physique en soins infirmiers dans le cadre de l'ensemble de la démarche infirmière : malgré le nombre d'études sur l'examen physique et le consensus sur le fait que l'examen physique soit la première étape de la démarche infirmière, il y a un manque de clarté par rapport au concept de *physical assessment* qui regroupe plusieurs termes et est interprété de différentes manières par les professionnels. La confusion augmente par le fait que beaucoup de cours en examen physique soient basés sur le modèle médical et ne soutiennent donc pas le modèle holistique de l'infirmière. Ceci peut conduire à un rôle brouillé de l'infirmière quant à l'utilisation de l'examen physique.
- Discuter de la pertinence pour les soins infirmiers : il existe des différences entre ce qui est enseigné et ce qui est utilisé par les infirmières dans la pratique. Dans une recherche, les résultats ont montré que sur 120 techniques d'examen physique enseignées durant la formation, seuls 29% étaient utilisés en pratique, quotidiennement ou chaque semaine, par les infirmières diplômées (Secrest, Norwood & Dumont's, 2005). Giddens (2007) a échantillonné 193 infirmières praticiennes à partir de cinq spécialités différentes et surveillé leur utilisation sur 126 différentes compétences d'évaluation physique. Les participants ont identifié seulement 30 compétences de base qui étaient constamment utilisées dans la pratique dont un tiers de ces compétences concernaient le système cardiaque et respiratoire, tandis que celles concernant les yeux, les oreilles, le nez et la gorge étaient rarement mobilisées. Il serait utile d'évaluer plus précisément quelles compétences d'examen physique sont réellement utiles dans la pratique clinique infirmière.
- Mettre en lien ces compétences avec la pratique actuelle (la compétence, et la prise de décision clinique) : l'examen physique, dans l'évaluation globale du patient, améliore une prise en soins sécuritaire et efficace ; cependant il nécessite d'être fait de manière compétente et régulière pour maximiser le recueil de données et aboutir à une prise de décision clinique adaptée.

Des limites de l'étude sont implicitement énumérées lors des recommandations, lorsqu'il est mentionné qu'il faudrait plus de recherches nécessaires pour répondre plus précisément aux buts de l'étude, notamment de continuer de clarifier le concept *physical assessment* et dans quelle mesure il est exercé au sein de la démarche de soins infirmiers, afin de corroborer les conclusions.

Conséquences et recommandations	<p>Les auteurs font des recommandations pour la pratique et les recherches futures.</p> <ul style="list-style-type: none">- Il y a un besoin d'étudier dans quelle mesure l'examen physique est exercé au sein de la démarche de soins infirmiers,- Elles préconisent le développement des instruments pour valider les habiletés en examen physique dans la pratique clinique conduisant à une prise de décision clinique exacte.- Il serait utile d'évaluer plus précisément lesquelles de toutes les compétences d'examen physique sont réellement utiles dans la pratique clinique infirmière.
---------------------------------	--

Article : **Lesa, R., & Dixon, A. (2007). Physical assessment: implications for nurse educators and nursing practice. *International Nursing Review*, 54(2), 166–172. <http://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00536.x>**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise de manière claire les concepts-clés et la population à l'étude, à savoir l'examen physique, les éducateurs et la pratique infirmière.
Résumé	<p>Le problème à l'étude est clairement formulé et approprié en regard des connaissances et du contexte actuel des soins, comme l'auteur l'explique.</p> <p><u>But</u> : en Nouvelle-Zélande, l'examen physique relève traditionnellement du domaine médical. Ce pays a cependant la volonté d'implanter ce rôle de pratique avancée, avec l'attente que tant les infirmières de pratique avancée que les infirmières diplômées utiliseront ces techniques ; l'utilisation de l'examen physique pour chaque champ pratique est donc pertinente. Le but de cette revue de littérature est de déterminer ce qui peut être ressorti de l'expérience des pays occidentaux qui ont déjà intégré les techniques d'examen physique dans l'évaluation infirmière.</p> <p><u>Résultats</u> : les infirmières des USA, et plus récemment du Canada et de l'Australie ont déjà intégré les techniques d'examen physique à leur pratique comme une composante de l'évaluation de santé. La littérature a permis d'identifier qu'un changement dans le rôle infirmier dans l'évaluation de la santé, pour inclure les techniques d'examen physique, demande des stratégies qui tiennent compte des dimensions éducationnelles, de la pratique et la réglementation des soins infirmiers.</p> <p><u>Conclusion</u> : les infirmières et les autres professionnels de santé doivent comprendre que cette expansion du rôle aura des répercussions positives pour les diverses populations ayant recours aux soins. L'enseignement des techniques d'examen physique dans une vision holistique permettra aux infirmières de participer à une évaluation, une planification et une surveillance plus complètes.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème à l'étude est clairement décrit au cours de l'introduction : comme certains pays occidentaux ont déjà expérimenté cette transition, il était donc temps, selon les auteurs, de réaliser une revue de leur littérature et ainsi identifier quelles leçons peuvent être tirées pour faciliter ce changement en Nouvelle-Zélande. Il a donc une signification particulière pour la discipline de soins infirmiers et est approprié en regard des connaissances

	actuelles.
Recension des écrits	<p>Les soins infirmiers en Nouvelle-Zélande sont passés par des changements importants au cours des deux dernières décennies, surtout depuis le remplacement du <i>Nurse's Act</i> de 1977 par le <i>Health Practicioners Competence Assurance Act</i> de 2003. C'est notamment à partir de là que les infirmières de pratique avancée ont été identifiées comme une composante essentielle dans les soins. C'est aussi à partir de ce moment-ci qu'il y a une volonté de former les infirmières diplômées aux techniques d'examen clinique. Cette expansion des rôles en soins infirmiers incluant l'examen clinique physique a eu des répercussions sur l'éducation et sur la pratique infirmière. Comme certains pays occidentaux ont déjà expérimenté cette transition, il était donc temps de réaliser une revue de leur littérature et ainsi identifier quelles leçons peuvent être tirées pour faciliter ce changement en Nouvelle-Zélande.</p> <p>Une recension des écrits a été entreprise et fournit une brève synthèse sur l'état de la question. Elle présente des sources primaires.</p>
Cadre de recherche	Les concepts-clés sont cités, mais ne sont pas définis au cours de l'introduction.
Buts et question de recherche	Le but est de fournir une vue d'ensemble quant aux données devant être prises en compte lorsqu'un pays permet l'expansion du rôle de l'infirmière diplômée, en incluant les techniques d'examen clinique physique comme partie intégrante l'évaluation de santé.
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon réside dans les articles sélectionnés par les auteurs dans leur revue de littérature.</p> <p>La revue de littérature a été menée jusqu'à janvier 2006, en utilisant les bases de données EBSCO, Proquest, CINAHL, Cochrane Library et Joanna Briggs Institutes.</p> <p>Les mots-clés utilisés pour la recherche sont : l'évaluation infirmière et l'évaluation de la santé. Le terme infirmière a été combiné avec l'évaluation avancée de la santé, l'examen physique, l'évaluation physique et les barrières. Les auteurs n'ont pas posé de critères d'exclusion quant à la date de publication à cause de l'introduction plus précoce des techniques d'examen clinique physique aux USA. Les articles ont cependant été limités aux articles en anglais.</p> <p>Au total, 34 articles ont été identifiés, retenus et analysés, provenant des USA, du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande. Le tableau ci-contre résume le nombre d'articles, les dates de publications selon le pays d'où ils proviennent.</p> <p>Trois questions principales étaient posées avec ces articles :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les techniques d'examen clinique physique sont appropriées pour les infirmières et est-ce que ces techniques entrent dans le cadre de l'évaluation infirmière ? - Quels facteurs influencent l'implantation de ces techniques dans la pratique et quel type de techniques les infirmières utilisent-elles et à quelle fréquence ?
Considérations éthiques	Il s'agit d'une revue de littérature, par conséquent, les considérations éthiques ne sont pas mentionnées.
Devis de recherche	Les auteurs ont choisi de mener une revue de littérature dans le but d'avoir des retours d'expériences des pays ayant déjà introduit l'examen physique dans l'évaluation de la santé infirmière. En ce sens, le choix de la méthode est pertinent et approprié au problème posé par l'étude.
Modes de collectes de données	<p>Parmi les 21 recherches, 19 ont utilisé un questionnaire. Les deux autres études analysaient des données qualitatives, l'une avec une approche mixte et l'autre par l'interview de 90 participants.</p> <p>La méthode de recherche des articles est cohérente avec la problématique de recherche et les auteurs ont même brièvement décrit les devis utilisés dans les articles sélectionnés.</p>
Conduite de la recherche	Les processus de collecte des données sont clairement décrits (ci-dessus).
Analyse des données	L'analyse, puis dans un deuxième temps, la discussion des informations trouvées dans les recherches récentes est le but de l'article présent, puisqu'il s'agit d'une revue de littérature.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats de cette étude sont présentés sous forme de texte narratif.</p> <p>L'examen physique a été introduit comme composante de l'évaluation de la santé par l'infirmière diplômée aux USA avec l'avènement des programmes pour infirmières praticiennes (Reaby, 1991). Depuis le milieu des années 70, la tendance a été d'intégrer des aspects de l'examen physique dans les programmes d'éducation au niveau bachelor.</p> <p>L'introduction des techniques en examen physique est à l'origine de nombreux débats, centrés sur la plus-value de celle-ci pour les infirmières diplômées.</p> <p>Lynaugh et Bates (1974), respectivement un médecin et une infirmière, ont enseigné l'examen clinique physique dans ces premiers programmes. Ils ont jugé que l'examen clinique physique, conduisant au diagnostic, était un changement majeur pour les infirmières et que cela aurait des implications sur la philosophie même des soins infirmiers. Ils rendent attentif au fait que l'infirmière doit considérer</p>

les raisons qui la poussent à apprendre ces techniques ; ainsi l'argument qui consiste à dire qu'un jour toute infirmière en aura un jour besoin n'est pas un argument suffisant.

Ils réfutent aussi quelques affirmations courantes selon lesquelles :

- L'examen physique pourrait être facilement appris et enseigné.
- La qualité des techniques ne serait pas la même pour le médecin et l'infirmière puisqu'ils n'auraient pas la même visée.
- La qualité de celles-ci serait moindre pour cette dernière qui ne saurait que distinguer le normal du pathologique.

Ils admettent que cela pourrait aider l'infirmière à confirmer des hypothèses issues de leurs entretiens, à améliorer l'identification des problématiques, sa capacité à prendre de bonnes décisions concernant leurs patients et à prendre en charge de manière plus optimale les problèmes de santé du patient.

Shortridge et al. (1977) ont renforcé cette position, en suggérant que l'utilisation des techniques d'examen physique permettrait de réaliser un jugement plus fiable et fournirait des informations supplémentaires pour établir un diagnostic infirmier. Schare et al. (1988) rapportent les dires d'étudiants qui sont convaincus que les soins sont plus performants et que les complications pour le patient peuvent être identifiées plus tôt lorsque les infirmiers utilisent l'examen clinique physique dans leur pratique.

Brown (1987) avec son étude portant sur 145 infirmières ayant suivi une formation continue sur l'examen clinique, va plus loin en mentionnant quelques points positifs pour les infirmières qui l'utilisent dans leur pratique : une vraie valeur dans le répertoire des compétences, plus de confiance dans l'interprétation des résultats des patients, une meilleure compréhension de la documentation et langage médical, plus de confort lors du rapport d'informations, dans l'initiation d'actions infirmières et enfin une satisfaction personnelle et plus de motivation à apprendre.

Cependant, même si l'examen clinique est enseigné depuis les années 80 au niveau bachelor, Barrows (1985) découvre que 50% des infirmières dans un service d'urgences n'utilisaient pas ces techniques. Des questions sur la fréquence d'utilisation des techniques et leur type étaient posées, ainsi que sur les barrières perçues à l'introduction de l'examen physique ; notamment si le manque de soutien de la part des médecins, de l'administration, des patients et des autres infirmiers existaient réellement (Barrows 1985; Brown et al. 1987; Colwell & Smith 1985; Schare et al. 1988).

Dans les années 90, l'examen physique est introduit dans la formation au Canada et en Australie et des questions similaires sont ressorties (Lont 1992; O'Farrell et al. 2000; Reaby 1990; Skillen et al.

2001; Sony 1992).

Utilisation de l'examen physique par les infirmières : plusieurs études affirment que plus de la moitié des techniques d'examen physiques listés sont maîtrisées en pratique par les infirmiers (Reaby, 1991 ; Brown et al., 1987). Brown et al. (1987), dans leur étude, constatent même qu'environ 85% des 145 participants réalisent fréquemment ou occasionnellement des examens physiques.

Néanmoins, comme l'avaient déjà souligné plusieurs études antérieures, en affirmant que certaines techniques d'examen physiques étaient rarement utilisées en pratique, notamment l'examen des yeux, des oreilles, de la bouche et du nez, la palpation des seins ou de la thyroïde (Colwell & Smith, 1985 ; O'Farrell et al., 2000 ; Reaby 1991 ; Sony 1992), Secrest et al. (2005) identifient dans leur étude aux États-Unis qu'une grande majorité des techniques d'examen physique enseignées ne sont pas ou rarement utilisées dans la pratique. D'où la question de savoir quelles techniques sont réellement nécessaires à la pratique infirmière, et donc lesquelles doivent être enseignées.

Facteurs qui influencent la pratique de l'examen physique : des facteurs tels que la perception que l'examen clinique physique n'est pas la responsabilité de l'infirmière sont ressortis comme des freins à son utilisation (Barrows, 1985 ; Colwell & Smith, 1985 ; Lont, 1992 ; Sony, 1992 ; Skillen et al., 2001), avec l'explication que cette perception est plus liée à des techniques d'examen physique spécifiques plutôt qu'à l'évaluation globale. Un manque de compétence ou de confiance vis-à-vis de leur évaluation (Barrows, 1985 ; Colwell & Smith, 1987 ; Brown et al., 1987 ; Reaby, 1990), la peur de faire une erreur ou encore un manque de pratique régulière sont fréquemment cités (Skillen et al., 2001).

D'autres facteurs qui ont été suggérés se réfèrent à un manque de soutien par des superviseurs infirmiers, médicaux et administratifs (Barrows, 1985) et un manque de personnes dans l'environnement de travail pouvant corroborer les résultats (Skillen et al., 2001). Cependant, pour plusieurs auteurs, le manque de soutien ne serait une barrière que pour une partie minime des infirmiers (Brown et al., 1987 ; Reaby, 1990 ; Sony, 1992 ; Barrows, 1985).

Le manque de ressources, une charge de travail élevée, un manque de temps et une ambiguïté dans les rôles professionnels sont encore d'autres facteurs relevés et qui influencent la mise en pratique de l'examen physique (Skillen et al., 2001 ; Sony, 1992).

L'examen physique comme une composante de la démarche de soins infirmiers : Bowmann & Duldt (1993), ont mis en évidence que l'enseignement de l'examen physique en soins infirmiers se fait selon un modèle médical, laissant de côté la perspective infirmière de l'évaluation comme une source de données qui s'intègre dans la

	<p>démarche de soins. Cependant, plus récemment, plusieurs auteurs (Wilson & Lillibridge, 1995, 1999 ; Skillen et al., 2001) soutiennent l'importance d'un apprentissage de l'examen physique dans le respect de la philosophie holistique des soins infirmiers et non pas dans une vision biomédicale.</p> <p><u>Expansion ou extension du rôle infirmier ?</u> En reprenant la définition de Castledine (1998), Wheeldon (2005) note que l'extension est l'adoption de tâches précédemment de la responsabilité d'autres professionnels de la santé. Ainsi pour lui, si l'on considère l'examen clinique physique comme une tâche médicale, l'utilisation de celle-ci par les infirmiers est considérée comme une extension du rôle et un détournement quant à leurs autres fonctions. Alors que si ces techniques sont vues comme faisant partie des soins infirmiers dans une vision holistique, alors cela est considéré comme une expansion, comme un développement de leur rôle. Le défi est donc pour les enseignants de pouvoir transmettre cette vision de soins infirmiers holistiques avec pour composante l'examen clinique et pas uniquement dans une vision médicale.</p> <p>Les arguments pour l'introduction de l'examen physique dans le rôle des infirmiers de formation initiale incluent le fait qu'il y ait des possibles bénéfices psycho-sociaux pour le patient, étant examiné par une personne avec laquelle il a pu développer une relation (Rushfort et al, 1998). De plus, les soignants peuvent objectiver leur « instincts » mais aussi communiquer les observations cliniques dans une forme standard. Wheeldon (2005) critique ces études au Canada, Australie et Etats-Unis, car leur échantillon à l'étude est faible et les bénéfices pour le patient ne sont répertoriés que d'un point de vue infirmier plutôt que selon la perspective des patients. Il souligne aussi la prudence avec un transfert des résultats de ces études dans d'autres pays, comme le Royaume-Uni, où l'examen physique ne s'intègre pas dans la formation initiale en soins infirmiers.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>« Toute modification apportée au rôle des infirmières dans l'évaluation de la santé, incluant l'examen physique, nécessitent des stratégies qui impliquent la réglementation de l'éducation et de la pratique des soins infirmiers pour appuyer de cette expansion du rôle. Plus important encore, les infirmières doivent percevoir l'examen physique comme une compétence pertinente pour leur pratique infirmière et de pair avec les autres professionnels de la santé percevoir que cette expansion du rôle va améliorer les résultats de santé pour les patients. La formation continue dans le but de construire et de maintenir ces compétences est essentielle pour que les infirmières puissent se sentir confiantes dans leur pratique de l'examen physique. En enseignant et en pratiquant ces compétences dans une approche holistique, dans le cadre du processus de soins</p>

	<p>infirmiers, et en permettant aux étudiants d'appliquer ces compétences et leur application sélective dans la pratique, les infirmières seront en mesure de contribuer mieux à l'évaluation de la santé des patients dans l'équipe interdisciplinaire lors de la planification et le suivi des soins de santé de la population. »</p> <p><u>Limites</u> : deux limites ont été identifiées dans cette revue de littérature.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun questionnaire n'a été mis au point, testé et validé à travers les pays occidentaux pour mesurer la mise en œuvre et les avantages perçus des compétences d'évaluation physique en tant que composante de l'évaluation infirmière - Le nombre de réponses obtenues dans certaines études qui utilisaient un questionnaire pour mener la recherche était faible <p>La généralisation des résultats est difficile, cependant il y a suffisamment de preuves pour suggérer que si les infirmières augmentent l'utilisation de l'examen physique dans leur pratique, les résultats pour les patients ont beaucoup de chances d'être améliorés. Cependant, il faut réaliser davantage de recherches pour pouvoir démontrer cela.</p>
Conséquences et recommandations	<p><u>Implications pour la pratique : le cas de la Nouvelle-Zélande</u></p> <p>En Nouvelle-Zélande, l'examen physique fait partie du programme de formation initiale et est maintenant une exigence pour l'enregistrement en tant qu'infirmière (NCNZ, 2004). L'examen clinique avancé est aussi inclus dans le répertoire de compétences des infirmières de pratique avancée (NCNZ, 2001).</p> <p>Un rapport réalisé par la NCNZ sur l'infirmière du futur (KPMG Consulting, 2001) a annoncé que les changements dans le système de santé vont s'accompagner de hautes technologies, de temps d'hospitalisation plus courts, de plus de soins à domicile, etc. Ces changements exigent que l'infirmière du futur soit flexible, adaptable, et qu'elle dispose de bonnes connaissances. L'évolution de la profession va vers l'intégration de nouveaux rôles infirmiers, ce qui est aussi reflété par la littérature (Anderson et al. 2001; Lillibridge & Wilson 1999; Price et al. 2000; Rushforth et al. 1998; Skillen et al. 2001; Wheeldon, 2005). Ce tournant demande l'acquisition de compétences par l'infirmière qui sont actuellement réalisées par d'autres professionnels de la santé : l'infirmière requière une connaissance approfondie de l'examen physique car les soins deviennent de plus en plus complexes (Milligan & Neville, 2001 ; Schroyen et al., 2002).</p> <p>Ce tournant ne se passe cependant pas sans tensions car une grande partie des infirmières n'ont pas appris l'examen physique au cours de leur formation initiale, ce qui fait que les étudiants et les nouveaux</p>

diplômés évoluent dans un environnement qui n'encourage pas l'utilisation de l'examen physique (Milligan & Neville, 2001). Ce fossé a été reconnu par la profession et des enseignements sont disponibles pour former les infirmières n'ayant pas reçu cet enseignement au cours de leur formation afin de se remettre au niveau actuel. En attendant, et en l'absence de suffisamment de personnel infirmier formé, il y a une dépendance envers les collègues médecins pour enseigner l'examen physique et encadrer sur le terrain.

Implication pour la formation

Le challenge pour les enseignants en soins infirmiers est d'enseigner l'examen physique dans le cadre d'un modèle holistique et pas un modèle médical (Lillibridge & Wilson, 1999 ; Secrest et al., 2005). Weber et Kelley (2003) définissent quatre types d'examen clinique utiles lorsque l'on considère la façon d'enseigner l'évaluation physique:

- une évaluation initiale complète;
- une évaluation partielle;
- une évaluation ciblée ou axée sur les problèmes;
- et une évaluation d'urgence.

En règle générale, les éducateurs enseignent une évaluation globale, considérant que dans la pratique clinique les personnes seront capables de mobiliser les techniques utiles dans la situation à laquelle ils font face (donc de réaliser un examen spécifique). Cependant, les apprenants n'ont pas toujours la possibilité d'appliquer ces compétences et sans cette possibilité de renforcement, ils sont incapables de faire un lien entre ces compétences globales et leur application sélective dans la pratique (Anderson et al., 2001).

Une perception pourrait exister chez les infirmières que l'évaluation physique est « tout ou rien, plutôt que concentrée sur les problèmes réels ou potentiels dans le besoin de suivi » (Skillen et al., 2001, p. 79). Si les infirmières sont incapables d'appliquer ces compétences de manière ciblée, ou spécifique, alors il n'est pas surprenant que le manque de temps soit rapporté dans certaines études comme un obstacle à l'utilisation des techniques d'évaluation physiques (Barrows, 1985; Skillen et al. 2001; Voight 1980).

Wilson & Lillibridge (1995) ont identifié trois éléments nécessaires pour faciliter l'apprentissage des élèves de l'examen physique :

- la préparation théorique
- une constante pratique et l'application de la théorie en pratique
- et le maintien de son niveau de compétence et de

	<p>connaissances de manière continue</p> <p>Plus récemment, la littérature recommande aux écoles plus de flexibilité dans leurs programmes d'enseignement afin de permettre aux infirmières diplômées d'évaluer par la suite leurs propres besoins d'apprentissage en lien avec l'examen physique en fonction des besoins du domaine de pratique où elles exercent (donc de prendre des cours après le diplôme pour approfondir les connaissances en examen physique selon les besoins liés à leur spécialités, au lieu de tout apprendre dans la formation initiale). Cette recommandation fait suite au constat que la pratique de l'examen physique dépend beaucoup du domaine de pratique ou de la spécialité, et qu'il n'y a pas toujours la nécessité de réaliser un examen physique complet (O'Farrell et al. 2000).</p>
--	---

Article: **Lindpaintner, L. S., Bischofberger, I., Brenner, A., Knuppel, S., Scherer, T., Schmid, A., ... Hengartner-Kopp, B. (2009). Defining clinical assessment standards for bachelor's-prepared nurses in Switzerland. *Journal of Nursing Scholarship, 41*(3), 320–327. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01286.x**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précis les concepts clefs de l'article : il s'agit de définir quelles normes doivent avoir les infirmières de niveau Bachelor en examen clinique, en Suisse.
Résumé	Le résumé synthétise l'article (le but, les conclusions, l'intérêt en clinique) et on apprend que cet article ne présente pas des résultats de recherche, mais est un rapport du travail rigoureux de collaboration qui a été entrepris entre des représentants des programmes d'éducation en soins infirmiers suisses-allemands, suisses romands et tessinois pour définir les compétences centrales pour l'évaluation clinique et l'examen physique au niveau Bachelor, dans un contexte d'harmonisation au niveau européen.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>L'article replace le questionnement dans le contexte à la fois suisse et européen pour en expliquer la pertinence.</p> <p>En Suisse, la Croix-Rouge a progressivement commencé à assurer la formation en soins infirmiers au début des années 1890 et jusqu'en 1999 (Muhlherr, 2007). En 2004, l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie a reçu la responsabilité de la réglementation de la formation en soins infirmiers. Sous la pression de l'Association des infirmières et infirmiers suisses (SBK-ASI), la formation en « soins infirmiers d'entrée de gamme » a été remplacée par l'enseignement supérieur dans toutes les régions du pays (Weyermann, 2007), bien que séparé en " Niveaux tertiaires A et B" (Office fédéral de professionnel Education et de la technologie, 2009). Le premier programme de Bachelor et de master a été établi à l'université de Bâle en 2000 et le premier doctorat en 2006.</p> <p>Les soins infirmiers suisses sont vus comme pionniers dans le domaine de la formation clinique en Europe. L'enseignement supérieur en soins infirmiers en Europe a traditionnellement mis l'accent sur la gestion et l'enseignement comme principaux domaines de recherche académique. A Bâle, les fondateurs de l'Institut de Nursing Science se sont radicalement différenciés de cette tradition en embrassant un programme plutôt anglo-saxon, basé sur l'EBN avec le but de contribuer à l'effort interdisciplinaire pour améliorer les résultats sur la santé des patients (Institute of Nursing Science,</p>

	<p>2003; Kesselring & Von Klitzing, 2006). Dans ce système, l'infirmière bachelor est formée comme une généraliste qui peut fournir des soins directs au chevet des patients et nécessite des compétences d'évaluation qui sont plus larges et systématiques que celles précédemment incluses dans la formation. Cela a conduit à une révision des programmes d'étude de l'enseignement des compétences reliées à la clinique, entre autres innovations. Le projet Tunning européen définit la capacité à réaliser une évaluation complète et systématique « <i>the ability to undertake comprehensive and systematic assessment</i> » comme une compétence clé de l'infirmières bachelor (Turning Educational Structures, 2009, p.323).</p> <p>La réforme de l'enseignement dans le milieu de la santé en Suisse s'accompagne d'un changement plus global au niveau européen avec une volonté d'harmonisation (Accords de Bologne, 1999 puis Déclaration de Copenhague, 2002). En Suisse, la formation en soins infirmiers est entrée au niveau universitaire en 2001 (au niveau Bachelor). Le set de compétences d'évaluation clinique a été défini comme étant insuffisant dans le diplôme traditionnel suisse. L'idée était donc de définir un set de compétences en évaluation clinique qui caractériserait toutes les infirmières suisses disposant d'un Bachelor. Dans ce sens, des scientifiques en soins infirmiers issus de 19 pays différents ont participé à cette tentative de définir les compétences infirmières au niveau bachelor ainsi qu'au niveau du master et du doctorat (Tuning Educational Structures, 2009). De la même façon en Suisse qu'à l'échelle européenne, un besoin d'harmonisation des standards s'est fait sentir entre les écoles de soins infirmiers, pas seulement dans un but de faciliter la mobilité mais aussi pour s'assurer que les étudiants en soins infirmiers acquièrent les compétences nécessaires aux futurs professionnels de la santé (World Health Organization, 2005).</p> <p>Cet article ne présente donc pas des résultats de recherche, mais est un rapport du travail rigoureux de collaboration qui a été entrepris entre des représentants des programmes d'éducation en soins infirmiers suisses-allemands, suisses-romands et tessinois pour définir les compétences centrales pour l'évaluation clinique et l'examen physique au niveau Bachelor, la mise en œuvre de ces normes, et des recommandations spécifiques pour l'enseignement des qualifications en évaluation clinique. C'est ce qui permettra de décider de la définition des compétences qui seront introduites dans la formation niveau Bachelor.</p>
Recension des écrits	Afin de s'assurer que les standards définis seront appropriés, le groupe a utilisé les sources suivantes: les normes internationales (Alexander & Runciman, 2003), des consultants issus de facultés de soins infirmiers américaines et une revue de textes écrits en anglais sur l'examen clinique (Bickley & Hoekelman, 1999; Dillon, 2003;

	Jarvis, 2004; Wilson & Giddens, 2001).
Cadre de recherche	Les auteurs ont défini les concepts-clés qui concernent l'évaluation ou examen clinique en le décomposant comme suit, en deux parties : le questionnaire de santé (<i>history taking</i>) et l'examen physique (<i>physical examination</i>).
Buts et question de recherche	Le but de ce travail de collaboration est clair : il s'agit de définir les compétences centrales pour l'évaluation clinique et l'examen physique au niveau Bachelor, la mise en œuvre de ces normes, et de mettre en place des recommandations spécifiques pour l'enseignement des qualifications en évaluation clinique. C'est ce qui permettra de décider de la définition des compétences qui seront introduites dans la formation niveau Bachelor et harmonisera les compétences entre les cantons suisses. Cependant, l'adoption de standards va différer selon les régions de Suisse pour plusieurs raisons : dans la loi suisse, l'éducation et le système de santé sont organisés au niveau cantonal, ce qui amène des différences dans les traditions de la pratique des soins infirmiers selon les 3 régions linguistiques de la Suisse. Les changements ne seront donc pas simultanés et chaque institution pourra implanter les standards de façon variée.
METHODE	
Population et échantillon	Pas présent car il ne s'agit pas d'une étude utilisant un échantillon.
Considérations éthiques	Pas présent car il ne s'agit pas d'une étude utilisant des personnes.
Devis de recherche	<p>Le « devis de recherche » utilisé ici permet au groupe d'atteindre son but qui était de formuler des standards pour l'examen clinique à l'échelle de la Suisse au niveau Bachelor. Pour cela ils ont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisé une « recension des écrits » sur le sujet (cf. partie recension des écrits) • Consulté des spécialistes issus de facultés de sciences infirmières aux Etats-Unis (Belcher, Rose, Sharp, & Van Zandt, 2006). • Rassemblé des représentants de différentes institutions de soins infirmiers (niveau HES) issus des différents cantons sous l'égide de la Faculté de Bâle, pionnière en la matière et avec 4 infirmières de pratique avancée Suisses qui ont complété un master en Angleterre ou aux Etats-Unis et qui ont participé comme consultantes. <p>La formation de ce panel a été une stratégie utile pour la diffusion des connaissances entre les facultés de soins infirmiers universitaires. A travers une série de discussions, les participants ont débattu sur</p>

	<p>l'approche anglo-américaine de l'examen clinique (incluant un questionnaire de santé, une évaluation physique, et la pensée critique) et sur l'expansion du curriculum des infirmières suisses incluant ces nouvelles compétences.</p> <p>Cette approche n'est pas scientifique, mais est adaptée au but visé et dans la mesure où elle prend en compte tous les cantons, des spécialistes de la question, des consultants issus d'autres pays où l'examen clinique est déjà en œuvre, et les ressources académiques et scientifiques à disposition, on peut s'attendre à un résultat relativement neutre et fiable. De plus, cet article décrit exactement l'examen clinique tel qu'il est abordé dans les écoles HES de Suisse romande : il décrit le processus qui a amené à cela.</p>
Modes de collectes de données	Le mode de collecte de données ici serait l'échange entre les représentants des différentes institutions et la mobilisation de consultants.
Conduite de la recherche	Le processus est décrit (voir « modes de collectes de données ») et le groupe a fait appel à du personnel compétent.
Analyse des données	Pas d'analyse.
RESULTATS	
Présentation des résultats	Pas de résultats présentés, voir ci-dessous.
DISCUSSION	

Interprétations des résultats	<p>L'article décrit ensuite les standards qui ont été retenus suite à ce processus :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un minimum de 5 ECTS est assigné à l'examen clinique (sur 180 pour le Bachelor).• Un étudiant niveau Bachelor doit être capable à la fin de sa formation de réaliser un questionnaire de santé complet et un questionnaire spécifique en utilisant un vocabulaire et une organisation appropriée.• Un étudiant niveau Bachelor doit être capable à la fin de sa formation de réaliser un examen physique et de décrire les résultats attendus.• Il doit être capable de transmettre ses observations et ses analyses dans un langage professionnel approprié.• Le système reproductif (seins, parties génitales) n'inclut pas un examen physique. Par rapport à ce système, le but se situe autour de la promotion de la santé, de la communication autour de thèmes stigmatisés et des connaissances des principaux syndromes au niveau uro-génital.• Les étudiants apprennent ces techniques et sont évalués par des simulations où l'infirmière réalise l'examen clinique puis transmet les données recueillies.• L'examen clinique est toujours focalisé sur l'identification et la réponse à des problèmes infirmiers et non pas médicaux. Les buts de l'examen clinique médical sont le diagnostic et le traitement. L'examen clinique infirmier sert à la démarche de soin infirmière : diagnostic infirmier, interventions et priorités. Il sert à la fonction de diagnostic et de monitoring infirmier, dont le but est l'identification d'une détérioration ou de complications dans l'état de santé du patient (Benner, 1984).• L'enseignement de l'examen clinique sera interdisciplinaire : une infirmière (préférentiellement titulaire d'un master de pratique avancée) et un médecin (en particulier un médecin généraliste), dont au moins un des deux est toujours en pratique. Toutefois, ce profil est rare en Suisse aujourd'hui. Par conséquent, chaque institution identifie des enseignants motivés qui recevront une formation continue intensive autour de l'examen clinique et des compétences didactiques nécessaires pour enseigner ces compétences.
-------------------------------	---

Conséquences et recommandations	<p><u>Implémentation du programme :</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Les 4 universités de sciences appliquées en Suisse alémanique ont avec succès introduit le programme en 2007.• Certaines institutions ont choisi d'enseigner ce programme comme un module à part, d'autres l'ont intégré dans un module existant basé sur l'apprentissage par problème.• Les premiers feedback des étudiants sont positifs. Certains étudiants expriment des doutes sur la faisabilité d'intégrer ces compétences (en particulier l'examen physique) dans leur pratique. Beaucoup d'étudiants rapportent qu'à la fin de l'enseignement, ils sont plus systématiques et communiquent les données de manière plus professionnelle. Ils identifient l'examen clinique comme un des éléments le plus significatifs de leur formation. Il y a des signes qu'un rôle clinique élargi d'évaluation pour les infirmières, d'abord nettement controversé, gagne du terrain parmi les professionnels de santé suisses (Gut 2007; Vernazza, 2008).
---------------------------------	---

Article : **Martin, C. T. (2015). The value of physical examination in mental health nursing. *Nurse Education in Practice*. doi:10.1016/j.nepr.2015.11.001**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Les concepts clés sont posés : <i>physical examination, mental health, nursing</i> . La population étudiée est celle ayant recours à des soins de santé mentale.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats, discussion et mots-clés.</p> <p><u>But et problème de la recherche</u> : l'article explore l'utilisation de l'évaluation physique dans le cadre d'un exercice en contexte de santé mentale générale. Il traite du problème du manque de soins physiques adaptés aux personnes avec des troubles psychiques.</p> <p><u>Méthode</u>: étude descriptive qualitative avec une analyse des réponses de 145 étudiants par une approche inductive.</p> <p><u>Résultats</u> : l'exercice permet aux étudiants en soins infirmiers de mieux comprendre que le bien-être physique et mental sont intrinsèquement liés. Suite à cet exercice, les étudiants rapportent mener un examen physique des patients avec une maladie mentale avec plus d'aisance et que le préjugé initial envers cette population a été minimisé.</p> <p><u>Discussion</u> : les personnes avec des problèmes de santé mentale sont très fréquemment aussi atteintes dans leur santé physique. Les infirmiers sont les premiers répondants pour des services de soins mentaux et sont bien placés pour évaluer leurs besoins physiques.</p>
INTRODUCTION	

Problème de la recherche	<p>L'étude fait état d'un phénomène actuel et pertinent dans le contexte des soins infirmiers en santé mentale. En temps actuel, un quart de la population adulte des Etats-Unis est chaque année diagnostiqué d'un ou plusieurs problèmes de santé mentale (National Institute of Mental Health, 2015).</p> <p>Les personnes avec des troubles psychiques souffrent majoritairement aussi de problèmes de santé physique. Ceci s'explique par le fait que la santé mentale, physique et sociale soient interdépendants. Ainsi, lorsque la santé physique est atteinte, elle affecte le bien-être mental tandis que la maladie mentale accroît la mortalité et la morbidité (World Health Organization, 2010; World Federation for Mental Health, 2004). Par conséquent, une approche holistique s'avère nécessaire pour une meilleure qualité de soins et de vie du patient (Tranter et al., 2012 ; Clark, 2009).</p> <p>Cependant, dans le contexte des soins psychiatriques, les problèmes physiques sont souvent omis et l'utilisation par les soignants de l'examen physique dans l'évaluation clinique est plutôt rare (Frost, 2006 ; Muir-Cochrane, 2006; Lawrence & Stephen, 2010, Puskar, 1996).</p> <p>Les barrières à une santé physique optimale chez cette population et l'application pratique de l'examen physique, enseigné en cours de formation, se trouvent tant au niveau organisationnel que personnel (Giddens, 2007 ; Happell et al., 2010; Leucht et al., 2007). Les personnes avec des troubles de santé mentale sont sujets à des troubles physiques dû aux facteurs de risque tels que l'obésité, l'abus de substances, des facteurs socioéconomiques et les effets secondaires des psychotropes (Compton et al., 2006; Sokal et al., 2004) ; tous étant des facteurs qui sont aggravés par leur tendance à un isolement social, un manque de soutien social et une déficience cognitive (Lawrence & Stephen, 2010). Les barrières organisationnelles aux soins physiques touchent au système de santé, aux limites de temps et de ressources des professionnels de la santé ou encore à une délimitation floue des rôles professionnels quant à la responsabilité de la santé physique des patients dans les milieux de soins psychiatriques (Druss, 2007 ; Happell et al., 2010; Leucht et al., 2007).</p> <p>Il existe peu d'études sur l'utilisation de l'examen physique menées auprès des patients dans les institutions de soins psychiatriques aigus. Cependant, celles qui ont été réalisées ont démontré qu'un exercice d'examen physique en santé mentale permettait aux étudiants de faire le lien entre la santé physique et la santé mentale, avoir une approche moins biaisée et une vision plus positive des personnes atteintes dans leur santé psychique et de fournir des soins holistiques (Faught et al., 2013).</p>
--------------------------	--

Recension des écrits	L'auteur présente une synthèse de l'état des connaissances actuelles sur le phénomène à l'étude en se basant sur des connaissances scientifiques issues d'études datant de 1996 à 2013. Quelques études sont de sources primaires (Giddens, 2007 ; Happell et al., 2013 ; Borckardt et al., 2011), une revue systématique (Happel, Platania-Phung & Scott, 2013) et d'autres des sources secondaires.
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont mis en évidence et définis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Physical examination</i>: évaluation du corps utilisant l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation. - <i>Complete physical examination</i>: inclut la récolte d'informations relatives à l'histoire de santé, le mode de vie et les tests de laboratoire et de dépistage. - <i>Registred nurse</i> : une infirmière devant savoir prodiguer des soins holistiques au patient, c'est-à-dire incluant la santé physique mais aussi la santé psychique, et ayant la capacité d'évaluer cliniquement le patient dans toutes ses sphères de santé.
Buts et question de recherche	<p>Le but de la recherche est clairement défini. Il s'agit d'explorer l'utilisation de l'évaluation physique dans le cadre d'un stage en contexte de santé mentale dans le but de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décrire les perceptions des étudiants et leur niveau d'aisance avec les patients en santé mentale, au début et à la fin du de l'exercice. - Déterminer si la tâche aide les étudiants à comprendre le lien entre la santé physique et mentale.
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est celle d'étudiants dans une formation initiale en soins infirmiers (Bachelor).</p> <p>La méthode de l'échantillonnage est clairement définie.</p> <p>L'échantillon : sur tous les étudiants d'une université aux Etats-Unis invités à participer (n=190), 145 ont accepté. Tous les étudiants sont âgés de plus de 18 ans.</p>
Considérations éthiques	L'approbation a été obtenue de la commission d'éthique de l'université. De plus, un accord de la part des étudiants a été demandé, après les avoirs informés par écrit. Le questionnaire était anonyme et les étudiants ont été informés que leurs notes ne seront pas affectées s'ils refusaient à participer à l'étude.
Devis de recherche	L'article en question présente une étude descriptive de devis mixte, utilisant les outils appropriés pour ce type d'approche : un questionnaire avec des questions fermées et des questions ouvertes.

	<p>Ce devis permet de répondre aux buts de l'étude.</p> <p>L'étude a été menée entre janvier 2012 et décembre 2013, un temps qui semble adapté pour le type de recherche choisi.</p>
Modes de collectes de données	<p>L'outil de mesure est clairement décrit. Il s'agit d'un questionnaire de trois pages posant neuf questions, avec un temps de remplissage approximatif de 15 à 20 minutes. Le questionnaire contenait les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questions sur les perceptions des étudiants sur la maladie mentale avant et après leur stage. - Demande d'indiquer si un examen physique a été réalisé durant leur exercice et quelles composantes de l'évaluation. Si une partie de l'évaluation physique n'était pas accomplie, les raisons ont en été demandées. - Echelle de Likert sur cinq points, pour indiquer leur degré de confort lors de l'examen physique d'un patient affecté dans sa santé mentale, avant et après le cours. Les étudiants qui n'ont pas fait d'examen physique étaient priés de ne pas répondre à cette échelle après le cours. - Questions ouvertes sur les liens entre la santé mentale et la santé physique. - Case pour les commentaires facultatifs. <p>L'instrument de sondage a été développé par la faculté de santé mentale et soumis à une faculté d'un autre domaine pour déterminer la validité du contenu.</p> <p>49 étudiants ont eu accès à un questionnaire anonyme en ligne. 141 ont reçu des copies en version papier.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de donnée est clairement décrit. Les étudiants ont été informés et ont dû donner leur consentement pour pouvoir participer à l'étude. Le questionnaire version papier a été distribué et collecté soit par la faculté en soins infirmiers soit par le chercheur, en fonction de leur disponibilité.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse du contenu a été utilisée pour évaluer les données qualitatives et identifier les concepts-clés des questions ouvertes. Les données du sondage ont été analysées jusqu'à saturation des données.</p>
RESULTATS	

Présentation des résultats	<p>Présentation des résultats sous forme de texte et par catégories, en respectant les buts de l'étude.</p> <p><u>Perceptions des étudiants sur les personnes avec des pathologies psychiatriques</u> : avant le cours, 41% (n=60) des étudiants déclaraient appréhender les personnes avec des troubles psychiques, pour des raisons de sécurité. Ils utilisaient des termes tels que <i>fou</i> (n=12), <i>dangereux</i> (n=9) et <i>intimidant</i> (n=3). Ils décrivaient les unités comme chaotiques et bruyantes avec des patients hurlant et lançant des objets, ou encore en camisole de force. Dix étudiants se décrivaient comme ayant des stéréotypes négatifs envers les personnes avec des maladies psychiques ; ils avaient des préjugés et des stigmatisations envers eux. Douze étudiants ont eu des connaissances préalables à propos des maladies psychiatriques à travers des expériences personnelles, pratiques ou des connaissances théoriques. Plusieurs participants ont rapporté qu'ils ne pensaient pas qu'un programme d'enseignement en santé mentale serait nécessaire dans les soins infirmiers et que la maladie mentale serait une « réelle maladie ».</p> <p><u>Examen physique</u> : pendant leur expérience clinique, 81 % (n=117) des étudiants ont réalisé l'examen clinique de manière complète, 14% (n=22), partiellement ou pas du tout. Six étudiants n'ont pas répondu à cette question. Les raisons de 10 étudiants pour un manque d'examen physique étaient que leur instructeur leur avait demandé de ne « pas toucher » les patients ou d'apporter un stéthoscope pour des raisons de sécurité. Trois étudiants déclarent que leur patient l'a refusé et les autres expliquent qu'ils n'ont pris que les paramètres vitaux, fait l'évaluation du statut mental, de la douleur et des observations.</p> <p><u>Aisance dans l'examen physique des patients avec des troubles psychiatriques</u> : les 117 étudiants qui ont affirmé avoir réalisé entièrement ou partiellement des examens physiques ont décrit leur degré d'aisance.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avant l'exercice : 41% (n=58) évaluent leur degré d'aisance à 3 sur 5. Score moyen : 3.124. ▪ Après l'exercice : 46% (n=54) s'évalue à 4 sur 5. Score moyen : 4.49. <p><u>Lien entre santé mentale et santé physique</u> : pour 104 étudiants, le cours leur a aidé à faire le lien entre la santé mentale et la santé physique.</p> <p><u>Soins des personnes avec des troubles psychiques</u> : pour la grande majorité des étudiants, l'examen physique dans les soins au patient avec un trouble de santé mentale est important. Une étudiante affirme que « nous devons prodiguer des soins holistiques parce que les personnes ne se promènent pas avec des entités séparées, où</p>
----------------------------	--

	<p>l'entité physique peut aller vers les soins médico-chirurgicaux, l'entité mentale vers des soins de santé mentale et l'entité spirituelle vers un sage religieux ».</p> <p><u>Apprentissage le plus important</u> : 39% (n=46) répondent qu'ils ont appris l'importance de la relation entre la santé physique et mentale. Beaucoup (n=23) affirment mieux comprendre les soins holistiques. Certains étudiants affirment que le cours leur a aidé à ne pas avoir peur de s'approcher d'un patient avec une maladie psychiatrique et d'autres ont pu développer la relation patient-infirmière. Enfin, plusieurs ont pu apprendre à traiter ces patients de façon équitable et avec respect.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les conclusions découlent logiquement des résultats. Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et elles concordent avec les études antérieures, les résultats étant corroborés par ces dernières.</p> <p>Pour diminuer la charge excessive des maladies physiques chez les patients avec une maladie psychiatrique, les infirmières doivent mener un examen physique. Le manque de confiance dans les connaissances sur l'examen physique, le manque de personnel, de règlement, et un soutien limité des <i>managers</i> sont des barrières pour prodiguer des soins physiques (Happell et al., 2010; Happell et al., 2012).</p> <p>Bien que les demandes aux infirmières de santé mentale soient grandes, elles sont dans la bonne position pour avoir un impact positif sur le bien être mental et physique de la population des patients avec des maladies psychiatriques (Robson & Gray, 2006). Le but ultime est de changer la pratique et l'état d'esprit pour améliorer les résultats de santé des personnes avec des troubles physiques et mentaux. Pour lutter contre le manque de soins physique en milieu mental, il est possible de commencer par former les étudiants pour permettre un changement.</p> <p>Les limites de l'étude sont expliquées : l'échantillon de l'étude provient de deux universités publiques qui enseignent de de façon similaire sur la théorie en santé mentale et proposent des stages cliniques identiques ; ainsi ces données peuvent ne pas représenter les programmes d'enseignement différents. L'étude nécessite une réplication utilisant un échantillon d'étudiants plus large de différentes régions géographiques et de divers programmes d'études.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'auteur mentionne les implications pour la pratique infirmière et donne des recommandations.</p> <p><u>Programme des soins infirmiers</u> : les enseignants infirmiers doivent préparer leurs étudiants à prodiguer des soins de qualité et</p>

holistiques en intégrant la santé physique et mentale. Il est important d'inclure toutes les facultés des soins infirmiers dans la discussion du programme dans le but d'assurer que l'importance du cours et du stage est comprise.

Manuels de santé mentale : dans le but de comprendre ce qui est disponible et pour aider les facultés à enseigner l'examen physique dans les cours de soins infirmiers généraux, quinze manuels de santé mentale publiés au niveau international entre 2003 et 2014 ont été revus. Tous les manuels de santé mentale comptés ensemble englobent approximativement 830 pages et comprennent seulement cinq phrases ou un paragraphe concernant l'examen physique par les infirmières en santé mentale. Des futurs manuels devraient ajouter ceci comme une importante composante dans l'ensemble des soins aux personnes avec une maladie mentale.

Guide : donner un cours d'examen physique peut augmenter la probabilité que les étudiants continuent cette activité dans la vie professionnelle. Il est important que des infirmières expérimentées soient des modèles de bonne pratique pour les nouvelles infirmières. Malheureusement les infirmières nouvellement diplômées (les novices) tendent à se conformer à la norme quand elles arrivent dans une unité et n'utilisent pas leurs connaissances en examen clinique (White et al., 2009). Cependant si elles sont encouragées à se sentir en confiance, à mener un examen physique dans leur exercice clinique et à comprendre la nécessité de sa pratique, elles ont plus de chances de moins se conformer au groupe.

Bénéfices : un examen physique donne une base claire de comparaison, si l'état de santé physique devait changer. Il est bien connu qu'une première étape importante pour améliorer la santé des patients en crise de santé mentale est de développer une relation de confiance, qui résulte de la qualité et du temps consacré au patient. Le processus de l'évaluation physique peut favoriser une relation thérapeutique. Il aide aussi dans les conversations en lien avec des pratiques de prévention et de promotion de la santé.

Stratégies pour des soins améliorés : l'examen physique ne fait pas encore partie des soins usuels des patients avec des troubles psychiques et des changements systématiques incluant une réforme du règlement est requise avant que cela puisse se faire. Les infirmières doivent collaborer avec les psychiatres, les autres fournisseurs de soins et les patients pour améliorer l'ensemble de la santé des personnes avec des troubles de la santé mentale. Frost (2006) recommande de développer un protocole de traitement pour assurer des soins standard en utilisant une approche en équipe interdisciplinaire.

Future recherche : les futures études doivent explorer les attitudes des infirmières de santé mentale en relation avec leur rôle dans les

soins physiques (Blythe & White, 2012). Des essais cliniques randomisés sont nécessaires pour évaluer l'efficacité d'une évaluation de la santé physique chez les patients avec des problèmes de santé mentale et d'évaluer la manière dont ceci facilite l'identification de besoins de santé non satisfaits (Tranter et al., 2012; Tosh et al., 2010). Aussi, des études sont nécessaires pour tester l'efficacité et l'efficience de l'inclusion de l'examen physique dans l'éducation des infirmières en santé mentale.

Stigmatisations : le manque d'attention envers la santé physique chez une personne atteinte dans sa santé mentale à cause de stigmatisations peut pousser les personnes à éviter de consulter les soins médicaux ou en retarder la nécessité (Corrigan et al., 2009). L'éducation des professionnels de la santé peut être une importante étape pour réduire les stigmatisations publiques (Thornicroft et al., 2010).

Implications pour les infirmières : les infirmières en santé mentale sont dans une position optimale pour améliorer la santé physique des personnes qui ont des maladies mentales. L'examen physique doit être inclus dans les cours et dans les stages. Les infirmières doivent prendre un rôle actif dans l'évaluation de la santé dans les milieux pratiques. Cette approche holistique du patient a pour but d'améliorer sa santé globale.

Article : **McElhinney, E. (2010). Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module - an electronic Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3177–3187. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03304.x**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude : les facteurs qui influencent la capacité des infirmières de pratique avancée à pratiquer l'examen physique dans le milieu clinique.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche.</p> <p><u>But</u> : le but de l'étude était d'identifier les facteurs qui influencent la capacité des infirmières de pratique avancée à pratiquer l'examen physique dans le milieu clinique.</p> <p><u>Contexte</u> : les besoins en matière de santé sont en train de changer, ce qui nécessite de nouvelles façons de travailler pour de nombreux professionnels de la santé. L'examen physique (compétences de base de l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation) des patients est un nouveau rôle pour les infirmières dans les soins secondaires au Royaume-Uni. Cependant, la mise en œuvre de nouveaux rôles dans le domaine clinique peut être difficile pour les praticiens impliqués, et plusieurs facteurs ont été identifiés qui sont soit aidant soit entravant.</p> <p><u>Méthode</u> : étude Delphi, par email, sur 6 semaines en 2008. Vingt et un participants (infirmières) issus de 10 contextes cliniques différents qui avaient complété un module en examen physique pour infirmière de pratique avancée.</p> <p><u>Résultats</u> : les résultats mettent en évidence l'importance de la confiance individuelle, la clarté des rôles, la préparation pédagogique et le soutien des autres disciplines pour favoriser la capacité des infirmières de pratique avancée à mener à bien ce nouveau rôle.</p> <p><u>Conclusion</u> : plusieurs facteurs rapportés par les participants concordent et complètent les facteurs qui avaient déjà été rapportés dans des études précédentes sur l'implémentation du nouveau rôle. Il semble y avoir toujours un besoin de descriptions claires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du travail /du poste • Du rôle • De l'autorité et de l'autonomie <p>L'examen physique étant une compétence des infirmières de pratique avancée, cette étude met en évidence plusieurs facteurs qui doivent</p>

	être pris en compte pour s'assurer de la capacité des infirmières de pratique avancée à mener à bien leur rôle dans le contexte clinique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est clairement formulé : On est dans un contexte où le système et les besoins de santé changent. L'examen clinique physique complet du patient incluant l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation est un nouveau rôle que l'infirmière a acquis dans les dernières années, en réponse à ces changements. Dans certaines régions en Angleterre, les infirmières mobilisent l'examen physique depuis de nombreuses années, mais la plupart des infirmières en Écosse ont acquis ce rôle seulement dans les 5 dernières années (2005). Ce développement de la pratique avancée en Écosse a fait suite à l'introduction de lois sur le temps de travail des infirmières et des jeunes médecins, avec le « <i>Junior Doctors : the new deal</i> (NHSME 1991) », et des médecins en général. Pour répondre à ces changements dans les conditions de travail des médecins, les infirmières acquièrent un nouveau rôle qui leur a permis de diagnostiquer et de traiter les patients. Les équipes de soins se sont développés en des équipes interdisciplinaires, dans lesquelles les infirmières sont souvent les premières répondantes des malades.</p> <p>Plusieurs études ont relevés les obstacles et les facteurs facilitants l'exercice d'un nouveau rôle en général. Toutefois, il y a un manque d'études spécifiques sur les facteurs influençant la mise en œuvre du savoir et des habiletés en examen physique. Le but de l'étude est donc d'investiguer si les infirmiers perçoivent des facteurs spécifiques qui facilitent et ceux qui empêchent une mise en œuvre de l'examen physique dans le milieu clinique. Souligner les aspects qui peuvent être modifiés dans l'éducation et dans le milieu clinique.</p> <p>Le phénomène étudié a une signification particulière pour la discipline concernée car la pratique infirmière avancée et plus largement l'examen clinique sont des développements récents du rôle infirmiers qui sont encore sujet à controverses et qui demandent des études afin d'en évaluer l'impact.</p>
Recension des écrits	L'article fait de nombreuses références à d'autres études tout au long de l'article.
Cadre de recherche	<p>Le concept de <i>nurse practitioner</i> ou infirmière de pratique avancée a été défini. La définition de la pratique avancée est controversée et varie selon les pays. Nursing and Midwifery Council (2006) définit la pratique avancée comme suit:</p> <p><i>"advanced nurse practitioners are highly experienced, knowledgeable and educated members of care team who are able to diagnose and treat your health care needs or refer you to and appropriate specialist if needed".</i></p>

	<p>La définition du Conseil international des infirmiers :</p> <p><i>"registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country where she/he is credential to practice. A Master's degree is recommended for entry."</i> (DeBack, 2002).</p> <p>Les termes similaires apparaissant dans les déclarations sur la pratique avancée sont l'éducation, l'expérience et le savoir d'expert.</p>
Buts et question de recherche	<p><u>Le but de l'étude</u> : investiguer si les infirmiers perçoivent des facteurs spécifiques qui facilitent ou qui empêchent une mise en œuvre de l'examen physique à leur retour dans le milieu clinique après avoir complété le module d'examen physique. Pas d'hypothèses énoncées.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La méthode utilisée pour le recrutement est la voie électronique avec l'envoi d'un email pour participer à l'étude. Vingt et un participants (infirmières) issues de 10 contextes cliniques différents qui avaient complété un module en examen physique pour infirmière de pratique avancée.</p>
Considérations éthiques	<p>L'approbation éthique pour cette recherche a été accordée par les autorités locales du Service national d'éthique de la recherche et le <i>NHS Boards research and development department</i>.</p>
Devis de recherche	<p>L'étude utilise une méthode quantitative utilisant la technique Delphi. La technique Delphi est une méthode de recherche qui est privilégiée par des chercheurs qui souhaitent obtenir un consensus fiable d'un groupe d'«experts» sur une question particulière. Ceci est réalisé par la collecte d'informations par le biais d'une série de questionnaires jusqu'à ce qu'un consensus «groupe» est atteint (Beretta 1996). Après revue de la littérature, il a été décidé de créer un consensus au 75% car cela semblait être un niveau qui a été considéré comme acceptable pour ce type d'étude (Keeney et al., 2006) . Cette méthode permet de répondre à la question et de respecter els critère scientifiques.</p>
Modes de collectes de données	<p>Questionnaire selon la méthode Delphi. Étude en 3 étapes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recrutement des participants et premières données rassemblées : 22 facteurs facilitants et 13 obstacles identifiés 2) Renvoi de la liste des facteurs de la première étape avec un questionnaire sur l'importance de chaque facteur (échelle de Likert) : 13 facteurs facilitateurs et 4 obstacles ont fait consensus. Les facteurs ont été divisé en 4 thèmes: facteurs individuels, organisation, soutien des autres, éducation. 3) Les facteurs n'ayant pas fait consensus en étape 2 ont été renvoyés : un nouveau consensus sur un obstacle.

Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données/enregistrement est décrit clairement (voir ci-dessus).
Analyse des données	Les méthodes d'analyse sont décrites pour chaque <i>round</i> : analyse statistiques avec statistiques descriptives, fréquences, pourcentages, moyennes.
RESULTATS	
Présentation des résultats	Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de texte narratif.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et sont conformes aux résultats d'analyse. L'étude a révélé différents facteurs facilitateurs ou obstacles qui ont fait consensus au sein de l'échantillon de personnes interrogées. Ils ont été classés en différentes catégories : facteurs individuels, organisationnels, éducationnels, soutien social.</p> <p><u>Limitations de l'étude</u> : petit échantillon, la généralisation des résultats n'est pas possible en raison du faible de nombre d'infirmières de pratique avancée.</p> <p>Les résultats concordent avec les études antérieures menées sur le même sujet et sont discutés à la lumière de ces études.</p>
Conséquences et recommandations	<p><u>Recommandations pour la recherche et la pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs études ont mis en évidence la difficulté des médecins à diagnostiquer les souffles cardiaques et les plaintes au niveau abdominal. Les infirmières interrogées ici ont exprimé un manque de confiance dans ces mêmes domaines. Il serait intéressant d'avoir des études analysant les capacités de diagnostic des infirmières pratiquant l'examen clinique, leur efficacité. • Il faudrait peut-être prévoir d'autres stratégies ou plus de temps pour l'enseignement de l'examen physique de certains systèmes notamment cardiaque et abdominal. • Bien que l'introduction de nouveaux rôles puisse causer des tensions entre les disciplines, «le tribalisme professionnel» ne peut pas être autorisé à continuer lorsque ces types de rôles ont été évalué comme bénéfiques pour les patients. C'est le rôle des infirmiers chefs de s'assurer que ces infirmières peuvent utiliser leurs compétences. • Les difficultés rencontrées par les praticiens lors de la mise en œuvre de ces rôles doivent être reconnues, des solutions doivent être trouvées au niveau local, national et international.

Article: **Osborne, S., Douglas, C., Reid, C., Jones, L., & Gardner, G. (2015). The primacy of vital signs - Acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(5), 951–962. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.014**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise clairement les concepts clés et la population à l'étude. La primauté des signes vitaux- l'utilisation d l'examen physique par les infirmières et sages-femmes.
Résumé	<p><u>Contexte</u> : Les infirmières et sage- femmes jouent un rôle essentiel dans la détection des risques de détérioration à travers une évaluation continue de l'état du patient et la mise en place d'actions face au changement de statut.</p> <p><u>Objectifs</u> : Le but de l'étude est de déterminer quelles sont les techniques centrales utilisées durant l'évaluation clinique de patients hospitalisés</p> <p><u>Méthode</u> : Etude transversale (= l'observation d'une population dans sa globalité (ou d'un échantillon représentatif), à un instant donné dans le temps.)</p> <p>Echantillon : 434 infirmières et sages-femmes travaillant en soins aigus (chirurgie, médecine, maternité...).</p> <p>Utilisation de différentes échelles : 133-items <i>Physical Assessment Skills Inventory</i> and the 58-item <i>Barriers to Registered Nurses' Use of Physical Assessment Scale</i>.</p> <p><u>Résultats</u>: les compétences de base utilisées par la plupart des infirmières à chaque fois qu'elles ont travaillé incluent l'évaluation de la température, la saturation en oxygène, la pression artérielle, l'effort respiratoire, de la peau, des plaies et du statut mental. Le recours à d'autres et à la technologie ($F = 35,77$, $p < .001$) , le manque de confiance ($F = 5,52$, $p = .02$) , la zone de travail ($F = 3,79$, $p = 0,002$) , et le rôle clinique ($F = 44.24$, $p < .001$) étaient des prédicteurs significatifs de l'étendue de l'utilisation des techniques d'examen physique.</p> <p><u>Conclusion</u> : l'acuité grandissante dans les milieux de soins aigus exige plus que la seule évaluation des signes vitaux, pourtant, l'étude confirme que les techniques centrales utilisées par les infirmières comprennent principalement l'évaluation des signes vitaux. L'accent mis sur ces paramètres de détérioration dans un but d'alerte précoce et de réaction rapide peut détourner l'attention et dévaluer l'évaluation infirmière complète qui pourrait détecter les changements subtils dans l'état de santé antérieur durant l'hospitalisation du patient. Les auteurs défendent l'idée que cet état de fait est en partie dû aux « objectifs de sécurité » des hôpitaux qui repose sur la</p>

	collecte de donnée infirmières en fonction de paramètres prédéfinis au lieu de se concentrer sur l'évaluation clinique du patient.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est clairement formulé et est pertinent dans le contexte des connaissances actuelles.</p> <p>Malgré le nombre croissant d'études sur les systèmes mis en place en hospitalier pour améliorer la détection précoce de détérioration de l'état de santé du patient, les résultats sont mitigés et les attentes d'améliorations sur la survie du patient n'ont pas pu être atteintes de manière constante. La surveillance infirmière dans les services est essentielle pour détecter les patients à risque de détérioration clinique, mais nous savons peu de choses sur les activités d'évaluation pratiquées dans les soins aigus.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a été entreprise et fournit une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • On observe un changement du profil des patients hospitalisés. Ils sont plus malades avec des besoins complexes et sont plus à risque de présenter une dégradation de leur état de santé durant leur séjour. Si on manque les signes de la détérioration de l'état de santé du patient, cela peut entraîner un échec à intervenir assez tôt pour les sauver (Chan et al., 2010; McGaughey et al., 2009; Silber et al., 1992). • En réponse à cela, la sécurité du patient est devenue un impératif. Les organismes gouvernementaux à travers le monde ont promu et commandé la mise en place de <i>guidelines</i> pour la détection et la réponse précoce aux signes cliniques de détérioration. (ACSQH, 2012; IHI, 2008; NICE, 2007) • Cependant les recherches n'ont pas montré d'amélioration suite à la mise en place de ces initiatives. (Chan et al., 2010; Gao et al., 2007; McGaughey et al., 2009; McNeill and Bryden, 2013; Ranji et al., 2007; Winters et al., 2013). • L'examen physique est peu pratiqué par les infirmières sur le terrain. Les recherches antérieures suggèrent que seulement 11-29 % des compétences d'évaluation physique enseignées sont régulièrement utilisées par les infirmières dans la pratique (Birks et al., 2012; Giddens, 2007; Secrest et al., 2005). • La littérature est claire sur l'importance de la surveillance pour détecter les signes de détérioration, mais nous savons peu de choses sur les activités d'évaluation pratiquées dans les soins aigus.

Cadre de recherche	Les concepts clés ne sont pas définis.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude et les questions de recherche sont énoncés. Le but de l'étude est de déterminer quelles sont les techniques centrales utilisées durant l'évaluation clinique de patients hospitalisés. Les objectifs de cette étude étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorer les pratiques des infirmières et sages-femmes en milieu aigu concernant l'examen physique : quelles sont les techniques les plus utilisées ? • Identifier les prédicteurs influençant l'utilisation de l'examen clinique
METHODE	
Population et échantillon	<u>Echantillon</u> : 434 infirmières et sages-femmes travaillant en soins aigus (p.ex. chirurgie, médecine, maternité) issues d'un hôpital typique en Australie de 929 lits. « <i>Sample size estimation was calculated using Cochran's (1977) formula and a table derived by Bartlett et al. (2001) to provide a confidence level of 95% (alpha .05) and power of 80%, and with a margin of error of .03 for continuous data and .05 for categorical data.</i> »
Considérations éthiques	L'étude a été réalisée en conformité avec le code de déontologie de l'Association médicale mondiale (2013), de la Déclaration de Helsinki et toutes les procédures de l'étude ont été approuvées par le comité d'éthique de l'hôpital et de l'université.
Devis de recherche	Étude transversale (= l'observation d'une population dans sa globalité ou d'un échantillon représentatif, à un instant donné dans le temps.)

Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte de données est précisément décrit.</p> <p>Les variables d'intérêt dans cette étude étaient : (1) fréquence d'utilisation de techniques d'examen physique par les infirmières et sages-femmes, et (2) les facteurs qui influencent leurs activités d'évaluation dans les milieux de soins aigus.</p> <p>Les données ont été collectées en utilisant différentes échelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 133-item <i>Physical Assessment Skills Inventory</i> (développé par Giddens, 2007 puis modifié par Birks et al en 2012 pour l'adapter au contexte australien, puis encore modifié pour cette étude avec l'ajout d'items supplémentaires) - 58-item <i>Barriers to Registered Nurses' Use of Physical Assessment Scale</i>, (Douglas et al., 2014). Echelle de likert avec sept catégories: (1) la dépendance envers les autres et la technologie, (2) le manque de temps et les interruptions, (3) culture du service, (4) le manque de confiance, (5) l'absence de modèles infirmiers, (6) le manque d'influence sur les soins aux patients, et (7) le domaine de spécialité . - Des questions additionnelles ont été ajoutées afin de collecter des données démographiques sur la composition de l'échantillon (âge, sexe etc..).
Conduite de la recherche	Le processus de collecte des données/enregistrement est décrit clairement (voir ci-dessus). Récolte des données entre Juin et Juillet 2013.
Analyse des données	Les méthodes d'analyse sont décrites : méthode statistique.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures et de texte narratif.</p> <p><u>Evaluation des pratiques</u></p> <p>En moyenne, l'échantillon réalisait régulièrement 7.5 % des techniques interrogées (10 des 133).</p> <p>Les compétences de base utilisées par la plupart des infirmières à chaque fois qu'elles ont travaillé incluent l'évaluation de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la température - la saturation en oxygène - la pression artérielle - l'effort respiratoire - la peau, des plaies - du statut mental.

	<p>Ces techniques étaient principalement des signes vitaux récoltés lors de la tournée (prise des paramètres vitaux.)</p> <p>Huit compétences supplémentaires (6%) étaient en moyenne fréquemment utilisées par les l'échantillon : des techniques dévaluation du système cardio vasculaire, telles que la palpation des pouls distaux, le remplissage capillaire, œdème, température ou la couleur de la peau ; et les compétences d'évaluation neurologiques, tels que le reflexe pupillaire, l'évaluation de la parole et le Glasgow (GCS).</p> <p>Dix compétences (7,5%) ont été utilisés occasionnellement telles que des techniques d'évaluation du système musculo-squelettique et gastro-intestinal ciblées ainsi que l'évaluation de l'ouïe.</p> <p>Douze compétences (9%) étaient rarement exécutées : l'auscultation des poumons, du pouls jugulaire, palpation de l'abdomen.</p> <p><u>Facteurs influençant</u> : Le recours à d'autres et à la technologie, le manque de confiance, le contexte de travail, et le rôle clinique étaient des prédicteurs significatifs de l'étendue de l'utilisation des techniques d'examen physique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contexte de travail : les infirmières en santé mentale utilisent moins de techniques que les infirmières en chirurgie par ex - Plus les années d'expérience cliniques augmentaient, plus l'utilisation de techniques centrales déclinait
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions. L'interprétation et les conclusions sont conformes aux résultats d'analyses et ces résultats sont discutés à la lumière des études antérieures.</p> <p>Pratique de l'examen physique</p> <p>Les résultats indiquent que, en moyenne, les techniques d'examen physique que les infirmières et sage-femme utilisent régulièrement dans la pratique clinique sont peu nombreuses et composées principalement de la prise des paramètres vitaux de routine (tournées). Les résultats sont cohérents avec des études antérieures bien qu'il soit difficile de faire des comparaisons directes pour un nombre de raisons, notamment la catégorisation des items qui était différente. Malgré cela, ces études ont toutes rapporté que la mesure des signes vitaux était une compétence fréquemment utilisée et par la majorité des infirmières. (Lillibridge & Wilson, 1999; Reaby, 1991; Schroyen et al., 2005; Sony, 1992; Yamauchi, 2001)</p> <p>Or, un facteur qui est rarement pris en compte dans l'interprétation des résultats dans les recherches est la reconnaissance que le corps</p>

humain a un système interne de régulation homéostatique qui surveille en permanence et s'ajuste en fonction de l'évolution des conditions dans le but de maintenir la stabilité, l'équilibre. À la lumière de ceci, la détection de changements dans les signes vitaux pourrait bien être considérée comme un signe tardif, qui devient évident une fois que le corps ne peut plus compenser. La surveillance vigilante et l'évaluation de l'état du patient tout au long de l'hospitalisation reste sous-estimée, en dehors de l'incorporation de tournées de routine de prise des paramètres vitaux.

Deux grandes études observationnelles ont trouvé que 10-20% des personnes hospitalisées ont connu une détérioration récurrente de leur état et ont atteint un niveau d'urgence médicale plus d'une fois au cours leur hospitalisation (Calzavacca et al, 2010; Stelfox et al, 2014). Même si le patient pouvait présenter des signes de détérioration, l'action ne se produit pas nécessairement tant que les signes vitaux sont acceptables. Les raisons du manque d'action prise alors que le patient est dans une « tendance » à la détérioration, alors que les signes vitaux ou les scores d'alerte précoce restent dans le des paramètres acceptables, nécessite une étude plus approfondie.

Cela ne prend pas en compte d'autres facteurs intrinsèques ou extrinsèques qui situent un individu en dehors des paramètres standard de l'état physiologique normal, tels que l'âge avancé et la fragilité, la présence d'une maladie chronique, de procédures invasives, l'état nutritionnel, l'anxiété, le stress, les conditions environnementales, les médicaments et leur interactions etc., et de l'équilibre hydro-électrolytique. Ce sont ces autres facteurs qui contribuent à la nécessité d'une évaluation globale du patient et pas seulement de la surveillance des paramètres vitaux.

Facteurs influençant

Les résultats de cette étude étendent la liste d'obstacle rapportée par Birks et al (2012). Les infirmières/sages-femmes plus anciennes, avec plus d'années expérience et de qualifications utilisaient moins l'évaluation physique. Ceci contredit l'idée que l'utilisation et la maîtrise des techniques s'améliore avec l'expérience et la spécialisation comme suggéré par Giddens (2007).

Influence du contexte de travail /domaine de pratique : Le recours à d'autres et à la technologie est également apparu comme un prédicteur de l'utilisation des compétences d'évaluation physique. Ceci reflète la réticence des infirmières et sages-femmes à intégrer l'évaluation physique dans un contexte de tension environnante concernant les limites professionnelles entre la médecine et les soins infirmiers.

Pour les auteurs de cette étude, c'est l'acte de passer du temps à connaître le patient sur une base quotidienne qui fournit l'occasion de

	<p>réaliser une évaluation et la possibilité d'identifier des indices subtils indiquant des changements dans l'état de santé du patient. Ainsi, l'évaluation physique est un pilier de la planification efficace des soins infirmiers.</p> <p>Couplé avec la préoccupation de dépasser les frontières disciplinaires, les progrès technologiques en matière de santé ont sans aucun doute eu un impact sur les pratiques d'évaluation des infirmières. L'acceptation de la technologie (monitoring) comme remplacement des compétences d'évaluation physique, a également démontré être un prédicteur de la diminution des compétences de base défini dans l'étude.</p> <p>Le recours à d'autres et à la technologie est également relié à un manque perçu de confiance à pratiquer l'examen physique. Le manque de confiance peut être contextualisé comme l'auto-efficacité, ou la croyance d'une personne dans sa capacité pour réaliser avec succès des tâches spécifiques (Bandura, 1994). Si les infirmières n'ont pas confiance en leur capacité à réaliser un examen physique de manière efficace, elles le pratiquent moins, et moins elles le pratiquent, moins elles ont confiance en leur capacité. Cela va dans le sens de l'hypothèse de la perte de compétences avec le temps.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'acuité grandissante dans les milieux de soins aigus exige plus que la seule évaluation des signes vitaux, pourtant, l'étude confirme que les techniques centrales utilisées par les infirmières comprennent principalement l'évaluation des signes vitaux. L'accent mis sur ces paramètres de détérioration dans un but d'alerte précoce et de réaction rapide peut détourner l'attention et dévaluer l'évaluation infirmière complète qui pourrait détecter les changements subtils dans l'état de santé antérieur durant l'hospitalisation du patient. Les auteurs défendent l'idée que cet état de fait est en partie dû aux « objectifs de sécurité » des hôpitaux qui repose sur la collecte de donnée infirmières en fonction de paramètres prédéfinis au lieu de se concentrer sur l'évaluation clinique du patient.</p> <p>Les infirmières n'utilisent pas de manière adéquate l'éventail de compétences d'évaluation au regard du profil des patients à l'heure actuelle - des patients âgés avec des comorbidités, admis avec une acuité plus élevée, et déchargés après des séjours plus courts. Cela pourrait avoir des conséquences involontaires- arrêt cardiaque, soins intensifs non planifiés ou la mort du patient.</p> <p><u>Limites</u> : au moment de l'étude, l'hôpital était en pleine période de changement et de réajustements en raison de coupes budgétaires. Ceci pourrait voir influencé la perception des participants.</p>

Article : **Pearcey, P. (2008). Shifting roles in nursing - Does role extension require role abdication? *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1320–1326. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02135.x**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise qu'il s'agit d'une étude portant sur les changements de rôles dans les soins infirmiers. L'auteur pose ainsi la question de savoir si l'extension du rôle infirmier implique une abdication du rôle. Les concepts-clés sont donc évoqués, ainsi que la population à l'étude, de manière implicite, c'est-à-dire les infirmières.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement la recherche selon la trame suivante : buts et objectifs, introduction, devis, méthode, résultats, conclusion et pertinence pour la pratique clinique.</p> <p>Le but de l'étude est de discuter de l'extension du rôle infirmier et ainsi la transmission des soins de nursing (=nursing care) aux infirmières auxiliaires, dont il sera à déterminer par la suite s'il s'agit d'un équivalent des ASSC ou des aides-soignantes en Suisse. Lors du résumé de l'introduction, l'auteur argumente le choix de sa recherche comme faisant suite à une absence de données quant à la vision des infirmières elles-mêmes vis-à-vis de leur rôle et de son changement. Il s'agit donc d'une étude dans une approche qualitative. La méthode et les résultats sont brièvement décrits et seront approfondis dans la suite de la grille de lecture. Enfin, l'auteur conclut en disant que les infirmières devraient être plus claires quant à leur rôle.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le débat actuel concernant le rôle des infirmières est très présent dans les médias et la littérature scientifique, bien qu'il semble difficile à définir. Cela est exacerbé par la perpétuelle extension des rôles en soins infirmiers et par la délégation de tâches infirmières aux assistants de santé (Draper, 1990 ; Woodward, 1997 ; Pearcey 2000 ; Wakefield, 2000 ; Spilsbury & Meyer, 2005 ; McKenna et al. 2006). Ainsi, si des opinions, suggestions sont fournies au niveau académique pour la discussion du rôle infirmier, il est nécessaire selon l'auteur d'investiguer ce qu'en pensent les infirmières du terrain pour voir si la théorie concorde avec la pratique. Le problème à l'étude est donc pertinent et argumenté par Pearcey, selon les connaissances actuelles dans le domaine.
Recension des écrits	Une recension des écrits a été entreprise et fournit ainsi une brève synthèse de l'état actuel de la question. Elle présente ainsi une base pour l'étude et les écrits recensés sont plus ou moins actuels, allant de 1990 à 2007, tous étant des sources primaires.

Cadre de recherche	<p>Les concepts-clés sont mis en évidence, il s'agit principalement du rôle infirmier, dont la recherche de la définition est au centre de la recherche. D'autres concepts ne sont cependant pas clairement explicités, comme les <i>auxiliary nurses</i>, et il est ainsi difficile pour le lecteur francophone de déterminer de manière fiable si cela correspond à l'aide-soignante ou à l'ASSC chez nous.</p> <p>Les concepts de l'étude apparaissant dans l'analyse des données seront explicités lors des résultats: les rôles infirmiers, les litiges, l'expansion du rôle, le manque de contact avec le patient, les aides-soignantes et les soins infirmiers.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est énoncé de façon claire et concise ; il s'agit d'investiguer les perceptions d'infirmières du terrain quant à la question du changement de rôles en soins infirmiers. Cela découle de manière logique de la recension des écrits où il est démontré que l'état actuel des recherches ne permet pas de définir de manière claire ce rôle.</p> <p>La population à l'étude est mentionnée, il s'agit de 25 infirmières diplômées, exerçant dans cinq institutions différentes. Il est précisé que les résultats sont basés et comparés à deux études précédentes, réalisées avec des étudiants infirmiers. En effet, les données lors de ces études avaient montré qu'il y avait une certaine ambiguïté dans le rôle infirmier et donc l'étude ici présente a pour but de prouver ou réfuter cette affirmation, en interrogeant les personnes qui côtoient le plus cette réalité : les infirmières du terrain.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est définie de façon précise, il s'agit d'infirmières diplômées, le sigle « D » définissant les infirmières avec un grade moins élevé et le sigle « G » désignant les infirmières responsables. Les infirmières exercent en milieu hospitalier, de l'équipe de nuit ou de jour, ayant reçu leur diplôme avant 1990 et de cinq hôpitaux différents.</p> <p>Le but de l'étude étant de clarifier et comparer les impressions des infirmières diplômées à celles des étudiants, recensées lors de deux études précédentes, la méthode d'échantillonnage utilisée permet d'atteindre les objectifs visés et est justifiée sur la base statistique.</p>
Considérations éthiques	<p>L'étude a été approuvée par deux comités d'éthique pour la recherche locaux ainsi qu'un autre comité. Chaque participant a reçu un document avant l'interview leur expliquant leurs droits de se retirer de l'étude, d'anonymat et de confidentialité.</p>
Devis de recherche	<p>Il s'agit d'une étude qualitative, et le but étant de comparer des impressions entre deux groupes de professionnels, le devis utilisé est justifié et permet d'atteindre les buts fixés par l'auteur de manière appropriée.</p>

Modes de collectes de données	<p>Le mode de collecte de données consiste en des interviews menées avec les participants. Celles-ci étaient enregistrées et basées sur les questions suivantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que font les infirmières ? - Quel est son rôle ? - Qu'elle est le rôle de l'infirmière auxiliaire (=aide-soignante) ? - Que sont des soins holistiques ? Comment cela se passe-t-il ? - Que sont les priorités dans la pratique clinique ? <p>Les questions incluait aussi des affirmations des étudiants des études précédentes, auxquelles il était demandé aux infirmières de répondre si elles étaient en accord ou non.</p> <p>L'auteur a utilisé les cinq premières questionnaires comme des interviews pilotes, et cela a ainsi permis de tester la pertinence des questions et d'en rajouter d'autres. La procédure utilisée est donc cohérente avec la problématique de recherche.</p>
Conduite de la recherche	Le processus d'enregistrement des données est décrit, ainsi que la méthode utilisée pour établir des catégories principales de résultats.
Analyse des données	Des catégories ont été identifiées lors de la lecture des enregistrements : les rôles infirmiers, les litiges, l'expansion du rôle, le manque de contact avec le patient, les aides-soignantes et les soins infirmiers. Ces thèmes vont ressortir adéquatement la signification des données.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont présentés selon deux catégories : l'extension du rôle et l'abdication du rôle pour les auxiliaires. Des sous-catégories telles que « s'éloigner du lit du patient », « le focus sur les soins techniques en soins infirmiers » sont également présentées. Les thèmes sont donc logiquement reliés entre eux, présentés de manière narrative, afin de bien représenter le phénomène. L'auteur utilise fréquemment les citations des participants, tout en explicitant ceux-ci au cours du paragraphe suivant. Il n'est pas fait mention d'une évaluation des données par les participants ou experts.</p> <p>Extension du rôle</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>S'éloigner du lit du patient</u> : la plupart des infirmières (n=19) ont mentionné l'augmentation du manque de contact avec le patient et semblaient le regretter. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer, pas seulement les tâches administratives mais aussi l'extension du rôle des aides-soignantes, qui désormais auraient plus de contact avec le patient. Ce fait se serait également confirmé lors des précédentes études.

	<p>Les soins dits « de base » sont un terme souvent utilisé par les participants et tous affirmaient qu'il y aurait un manque de temps pour cela. Ainsi, certains continueraient de le faire malgré tout, notamment les toilettes, bien que cela puisse perturber les patients et les étudiants. Une participante mentionne l'importance de garder le patient au centre des priorités de l'infirmière malgré les pressions placées sur elle.</p> <p>- <u>Le focus sur les soins techniques en soins infirmiers</u> : quinze infirmières ont parlé de l'aspect technique en répondant à la question « Que font les infirmières ? ». De manière générale, l'aspect technique n'est pas toujours le bienvenu, principalement lorsqu'il semble affecter le rôle infirmier perçu. Ainsi, une infirmière affirme que le problème ne vient pas des soins de base, mais des soins techniques. Les auxiliaires réalisent les soins de base alors que les infirmières sont à l'administration. Une autre dit que désormais il est attendu que des infirmières prennent des aspects du rôle médical sans pour autant que d'autres personnes soient recrutées pour réaliser ses anciennes tâche et ainsi, elles prendraient les deux.</p> <p>En résumé, les réponses à la question portant sur les rôles montrent qu'il y a un changement de rôle et que celui-ci deviendrait plus technique, plus médico-centré avec une crainte de perte des valeurs des soins infirmiers.</p> <p>Abdication du rôle vers les auxiliaires de santé</p> <p>L'auteur spécifie qu'à la base, cette catégorie s'intitulait « délégation du rôle », mais que en y réfléchissant, l'abdication, avec sa notion de résignation, semblait être un terme plus approprié. En effet, suite aux données des trois études, il semble que certaines tâches des infirmières soient déléguées aux auxiliaires avec moins de supervision que la délégation ne l'exigerait.</p> <p>De manière générale, les auxiliaires de santé sont bien perçues, voire même comme étant le squelette de l'hôpital et apportant un réel soutien aux patients, notamment par la possibilité de leur parler davantage. Ainsi, elles apportent une réelle plus-value aux soins infirmiers. Les infirmières reconnaissent leur rôle et disent qu'elles réalisent même des soins qu'elles ne devraient pas avoir à faire. Fait surprenant de cette étude, une participante déclare que la seule différence entre une infirmière et une aide-soignante serait la capacité pour la première à réaliser un plan de soins et à administrer les traitements.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des	Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et concordent avec des études antérieures menées sur le même sujet.

résultats	<p>Les limites de l'étude n'ont pas été définies.</p> <p>Au moins la moitié des infirmières interrogées ont mentionné la notion d'extension du rôle ; certaines appréciaient l'idée alors que d'autres le voyaient comme une prise des tâches dont les médecins ne veulent plus. Cette vision est soutenue par l'étude d'Allen (2002), dans laquelle des médecins soutiennent que les infirmières pourraient reprendre les tâches que le médecin ne souhaite plus, notamment les tâches répétitives.</p> <p>Il est également ressorti qu'il était souvent attendu de la part des institutions que les infirmières réalisent leurs tâches habituelles en plus de celles de leur nouveau rôle. Il y avait une claire rancœur vis-à-vis de cela. Cependant, il y avait également un paradoxe dans le fait que lorsque certaines infirmières étaient satisfaites des nouvelles tâches médicales qui leur étaient confiées, elles déploraient ensuite que des tâches du rôle infirmier incombent désormais aux auxiliaires de santé. Cela est confirmé par Thompson et Watson (2005) qui affirment que les soins infirmiers sont en train de perdre leur identité, statut et respect. L'étude de Keeney et al. (2005), ayant interviewé des patients, montre que ces derniers trouvaient les auxiliaires plus disponibles et visibles que les infirmières, car celles-ci étaient souvent occupées à d'autres tâches.</p> <p>Gonzalez-Torre et al. (2002) suggèrent que les soins infirmiers devraient être comparés aux besoins des patients pour s'assurer qu'il n'y ait pas de perte de qualité.</p> <p>Spilsbury et Meyer (2005) affirment d'après leur étude que les infirmières souhaiteraient leur rôle de « caring » en soins infirmiers et qu'en déléguant celui-ci, il y aurait une certaine démoralisation au sein de la profession, surtout lorsque que l'on observe que les trois quarts des infirmières interviewées reprochent au gouvernement d'interférer dans leur rôle. Ainsi, Woodward (1997) dit que les valeurs de la profession sont en train de changer et qu'il est temps désormais de réfléchir à ce qui devrait être sacrifié.</p> <p>Le caractère transférable des conclusions est implicite mais évident puisqu'il s'agit de mener une réflexion sur le changement de rôles actuels dans les soins infirmiers.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'auteur fait des recommandations pour la pratique et reprend une suggestion de Barker et al. (1995) qui dit que les infirmières devraient arrêter d'essayer de définir les soins infirmiers mais plutôt se centrer sur les buts à atteindre. Ainsi pour Pearcey (2008), si cela implique d'élargir le rôle, d'agrandir le cadre, alors soit, mais il faut alors aussi prendre en considération ce qui est perdu. Si l'extension du rôle veut dire abdication des choses qui donnaient du sens aux soins infirmiers, alors une longue réflexion sera nécessaire avant, notamment par celles qui en seront le plus affectées, c'est-à-dire les infirmières du terrain.</p>

Article : **West, S. L. (2006). Physical assessment: whose role is it anyway? *Nursing in Critical Care*, 11(4), 161–7. doi:10.1111/j.1362-1017.2006.00161.x**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre précise le sujet de l'article, c'est-à-dire l'évolution du rôle infirmier avec l'examen clinique physique. Il est également question des rôles des autres professions, principalement du médecin et la question est de savoir à qui revient l'examen clinique physique.
Résumé	<p>Il s'agit d'une revue de littérature et le résumé synthétise de manière claire l'article. La méthode n'est cependant pas décrite, ni au cours du résumé, ni dans la suite de l'article.</p> <p>Il est question de l'examen clinique physique comme partie intégrante du rôle infirmier, particulièrement dans les unités de soins intensifs. L'auteur précise que les soins infirmiers ont pour but de délivrer des soins qui se veulent holistiques, basés sur l'évaluation. Or, celle-ci est incomplète si un examen physique détaillé est omis, et donc si les soins sont réalisés sans une réelle appréciation de l'aspect physiopathologique. Il est conclu dans le résumé que l'acquisition de cette pratique est nécessaire pour toutes les infirmières pour améliorer la qualité des soins au patient et non dans le but de de supplanter les compétences du médecin.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	La question que se pose l'auteur est tout à fait pertinente dans le contexte actuel. Avec des développements technologiques au sein des milieux hospitaliers et des innovations au niveau médical, de nombreux défis apparaissent également pour la profession infirmière (Department of Health, 1993). L'évaluation a toujours été un élément fondamental dans le processus de soins infirmiers, bien que souvent limité aux observations telles que la température, les pulsations, la pression, la saturation (Mower et al., 1997; Ahrens and Tucker, 1999). L'examen clinique physique a toujours été considéré comme faisant partie du rôle médical, et donc omis dans la formation de l'infirmière. Cependant avec les circonstances actuelles, il n'a jamais été aussi pertinent pour elle de développer son rôle.
Recension des écrits	La recension des écrits est la « méthode » de cet article, puisqu'il s'agit d'une revue de littérature. Elle fournit une bonne synthèse de l'état de la question et présente une base solide. Les écrits utilisés sont des études relativement récentes et la recension présente des sources primaires.

Cadre de recherche	Les concepts-clés ne sont pas définis à un passage précis de l'article. L'examen clinique physique au centre de la réflexion est abordé essentiellement selon l'aspect de qui devrait le réaliser et pourquoi. Quelques éléments de définition reviennent cependant au cours du texte avec les notions d'inspection, de palpation, d'auscultation et de percussion par exemple.
Buts et question de recherche	Le but de cette revue de littérature découle logiquement du recensement des écrits dans l'introduction. L'objectif est d'argumenter la nécessité que l'examen physique soit une part intégrante du rôle d'infirmière, spécialement chez les infirmières en soins intensifs. Ceci aurait aussi un des retombées au niveau de la formation (l'examen physique devrait être enseigné en pré mais aussi en post diplôme). L'article examine aussi la manière dont l'expansion du rôle infirmier impacte les différents rôles au sein de l'équipe multidisciplinaire, principalement le médecin et l'infirmière de pratique avancée. Il est ainsi argumenté que toutes les infirmières devraient disposer d'une approche plus systématique de l'examen clinique, mais que la prise de décisions d'un plus haut niveau serait du domaine de l'infirmière de pratique avancée.
METHODE	
Population et échantillon	L'échantillon réside dans les articles lus et utilisés par l'auteur, puisqu'il s'agit d'une revue de littérature. Des indications quant aux moyens de recherche des articles, aux mots-clés utilisés et à la méthode de sélection des articles ne sont toutefois pas précisées.
Considérations éthiques	Des considérations éthiques ne sont pas précisées.
Devis de recherche	La méthode de recherche choisie est appropriée au problème donné puisqu'il s'agit de mener une réflexion sur la nécessité d'un examen clinique physique pour les infirmières, spécialement en soins intensifs. Pour cela, l'auteur a choisi de mener une revue de littérature, basée sur des articles relativement récents.
Modes de collectes de données	Les outils de recherche ne sont pas clairement décrits et il est ainsi difficile de procéder à la même démarche que l'auteur dans la recherche d'articles.
Conduite de la recherche	Pas de description détaillée de la méthode de collecte des données.
Analyse des données	Les méthodes d'analyse et de sélection des articles retenus dans la revue de littérature ne sont pas décrites.
RESULTATS	
Présentation des	L'auteur a regroupé ses résultats de recherche en plusieurs chapitres

résultats	<p>/ thématiques sous forme narrative comme suit.</p> <p><u>Les changements de rôles</u> : Une directive du gouvernement (NHSME, 1991) a joué un rôle important dans ces changements en réduisant les heures de travail des médecins assistants. On a supposé que l'infirmière était la personne appropriée pour assumer de nouvelles compétences (NHSME, 1991; Read & Graves, 1994 et 1994 Greenhalgh ; cité par Cahill, 1996), adapter leur rôle et combler le déficit de médecins assistants. Un an après le premier rapport (NHSME, 1991), UKCC (1992) a publié le document « The scope of professional practice », qui a permis aux infirmières de développer/étendre leur rôle, du moment qu'elles aient suivi une formation appropriée.</p> <p>De bonnes compétences d'évaluation clinique permettent aux infirmières de soins intensifs de reconnaître des changements subtils chez leurs patients, qui autrement pourraient passer inaperçus (Goodfellow, 1997; Coombes & Morse, 2002).</p> <p><u>Le développement des rôles</u> : Price et al. (2000) relie la compétence de l'examen clinique physique à la pratique infirmière avancée, cependant, l'auteur soutient le point de vue de Rushforth et al. (1998) selon lequel cette évaluation physique est peut-être aujourd'hui une progression naturelle du rôle des infirmières.</p> <p>Dans la formation de base, les infirmières apprennent la démarche de soins infirmiers à travers l'évaluation, la planification, l'intervention et l'évaluation. Alors que l'infirmière évalue les besoins de santé des patients, l'évaluation physique est souvent limitée à des observations de base comme la température, les pulsations, la respiration, la saturation en oxygène, la pression artérielle, la taille et le poids, la couleur de la peau et son intégrité, la mobilité. Or pour fournir des soins qui se veulent holistiques et efficaces, les infirmières doivent comprendre et évaluer la pathologie sous-jacente, ce qui ne peut être fait sans l'évaluation physique, par l'utilisation de techniques comme l'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion (Murray & White, 1999 ; Jarvis, 2000).</p> <p>La plupart de la littérature sur le sujet de l'examen physique est américaine ou centrée sur les infirmières de soins intensifs. Dans les textes britanniques sur les fondements de la discipline infirmière, il n'est jamais fait mention de l'examen physique. Quand il en est question, les textes sont souvent d'ailleurs adressés aux infirmières post-grade.</p> <p>En faisant l'examen clinique physique, l'infirmière prend-t-elle des compétences du jeune médecin assistant ou développe-t-elle sa propre pratique pour des soins plus efficaces ? En soins intensifs, les infirmières ont développé leur rôle, par exemple avec l'électrocardiogramme qu'elles connaissent et comprennent, bien qu'il</p>
-----------	---

n'ait jamais été clarifié à qui revenait cet acte.

En continuant à développer leurs compétences d'évaluation, les infirmières en soins intensifs devraient être capables de reconnaître l'amélioration ou la détérioration des patients, cette dernière étant alors rapportée efficacement au personnel médical approprié. L'utilisation appropriée et structurée de l'examen physique permettra à l'infirmière de prendre des décisions éclairées et de travailler au développement de la pratique autonome. Toutefois, en augmentant la responsabilité des infirmières, on augmente également leur stress (Price et al., 2000), d'où la nécessité de leur donner une éducation et un soutien approprié pour tous les niveaux en soins infirmiers.

L'éducation : s'il est important d'inclure l'examen clinique infirmier dans les programmes de formation, dans la pratique, les étudiants auront besoin d'être supervisés et à l'heure actuelle, les infirmières diplômées ne sont pas toutes en mesure de réaliser un examen physique et par conséquent de superviser les étudiants. Dans ce but, il existe des programmes de formation post-grade qui permettent aux infirmières expérimentées de se former à la pratique de l'examen physique.

L'extension versus expansion : On parle d'extension de rôle lorsque l'infirmière prend une tâche qui était autrefois du domaine du médecin (Hunt & Wainwright, 1994), comme par exemple les traitements intraveineux, où une augmentation de l'efficacité des soins a d'ailleurs été constatée (Leonard, 1999). Si ces tâches sont entreprises dans le but d'améliorer les soins au patient, alors elles élargissent le rôle de l'infirmière (Hunt & Wainwright, 1994) ; on parle alors d'expansion du rôle.

Scott (1999) soutient que les infirmières doivent dire «non» à l'extension de leur rôle et maintenir leurs valeurs fondamentales de la profession infirmière, donc fournir des soins holistiques. Son souci est que les rôles traditionnels des soins infirmiers seront dévolus aux assistants de soins de santé. Un an plus tôt, Marshall et Luffingham (1998) avaient déjà soulevé la question en affirmant que le fait de prendre de trop nombreux rôles médicaux peut désavantager les soins infirmiers de base.

Frontières entre les rôles : une des principales controverses à l'évolution des rôles est le fait de prendre le rôle qui était autrefois considéré comme celui d'une autre profession ; c'est le glissement de rôle. Doyal (1998) affirme que le problème est que ce rôle n'est pas compris et que la formation n'évolue pas en même temps. Il y a alors risque de conflits : pas seulement entre les infirmières généralistes et le médecin mais aussi avec les infirmières de pratique avancée. Or ce qui est important c'est que chacun dispose des compétences nécessaires pour une prise en soins sûre et efficace des patients. S'il y a un manque de médecins assistants, et qu'un besoin est là,

	<p>l'infirmière peut s'adapter pour combler ce besoin en soins.</p> <p>Il existe peu de recherches ayant réalisées sur le fait de savoir si l'inclusion d'un examen clinique physique structuré par l'infirmière présente des résultats ou non. Toutefois, Rushforth et al.(1998) estiment que les infirmières auraient ainsi une perspective plus holistique et peut être une meilleure position pour détecter un problème et intervenir plus rapidement.</p> <p><u>Efficacité de la pratique avancée</u> : l'examen physique structuré a déjà été identifié comme étant une compétence spécifique effectuée par l'infirmière de pratique avancée, et bien qu'il y ait peu d'études évaluant l'impact de leur rôle, il est généralement suggéré qu'il existe une augmentation de l'efficacité. Il est également précisé que l'examen physique est une partie essentielle du jugement clinique.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	Les résultats sont interprétés en fonction des questions et sont le reflet d'études récoltées par l'auteur. Les conclusions découlent logiquement des résultats obtenus.
Conséquences et recommandations	L'auteur recommande l'inclusion de l'examen clinique physique à tous les niveaux de la formation en soins infirmiers, spécialement en formation de base pour permettre aux infirmières d'être plus alertes et de pouvoir établir des liens entre les symptômes observés et repérés et la physiologie. De plus, le fait de mieux connaître la perspective médicale permettra une meilleure collaboration interprofessionnelle. Les données utilisées pour appuyer ses conclusions sont basées sur la revue de littérature.

Article : **Zambas, S. I. (2010). Purpose of the systematic physical assessment in everyday practice: critique of a "sacred cow." *The Journal of Nursing Education*, 49(6), 305–310. doi:10.3928/01484834-20100224-03**

Éléments d'évaluations	Analyse
Titre	Le titre énonce de manière claire l'objet de l'article présent, c'est-à-dire une critique de l'utilisation de l'examen clinique physique dans la pratique quotidienne. L'expression « Critique of a Sacred Cow » donne même une indication quant au sens et aux positions que tiendra l'auteur.
Résumé	<p>Le résumé pose le cadre de l'article et, de manière très brève, les raisons qui poussent l'auteur à remettre en question l'examen clinique physique dans la pratique. Ces raisons sont notamment le fait que les infirmières ne le trouvent pas toujours pertinent dans les soins, alors que d'autres regrettent de ne pas le voir suffisamment utilisé dans la pratique.</p> <p>L'article consiste en une revue de littérature et repose sur le recensement d'écrits, bien que la méthode ne soit pas clairement décrite.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>La problématique à étudier est clairement formulée ; il s'agit de mener une réflexion sur la pertinence de l'examen clinique physique dans la pratique infirmière, et ce à travers des perspectives positivistes et naturalistes.</p> <p>Cette question que se pose l'auteur émerge de la pratique où on constate que si l'examen clinique est enseigné au niveau Bachelor et que les étudiants perçoivent son utilité dans la pratique et acceptent ce rôle, d'autres infirmières ne le considèrent pas toujours comme partie intégrante de la profession infirmière. Ceci est accentué par le fait qu'il ne soit que peu visible dans la pratique, hormis les services d'urgence ou de soins intensifs, ce qui suggère un fossé entre la théorie et la pratique.</p> <p>En effet, si la théorie met en avant le caractère essentiel de l'examen clinique physique pour le patient, une grande proportion de techniques enseignées ne sont que peu ou rarement utilisées dans la pratique. L'auteur soulève ainsi la question de savoir si les infirmières utilisent peu ces techniques car elles manquent de confiance pour le faire ou si elles ne sont tout simplement pas pertinentes et pour cette raison, sont mises de côté. La problématique est donc tout à fait pertinente dans le contexte actuel des soins.</p>

Recension des écrits	<p>Une recension des écrits a été entreprise, et est même au centre de l'article puisqu'il s'agit d'une revue de littérature. Elle fournit une synthèse des récentes recherches et articles concernant l'implantation de l'examen clinique physique dans la pratique.</p> <p>La réflexion de l'auteur s'appuie sur des faits et des résultats d'études actuels, ce qui pose une base solide pour l'élaboration d'une critique. C'est d'ailleurs de la constatation que la plupart des articles concernant l'examen clinique traitaient principalement des techniques les plus fréquemment utilisées et des effets de l'éducation sur celles-ci que l'auteur a souhaité élaborer un article sur les buts de ces techniques et sur leurs bénéfices pour le patient.</p> <p>La recension des écrits s'appuie exclusivement sur des sources primaires, recensées à la fin de l'article.</p>
Cadre de recherche	<p>Le concept d'examen clinique physique, qui est au centre de la réflexion n'est pas explicité, bien qu'il soit question de sa pertinence. Les paradigmes, utilisés pour répondre à la question, sont définis en début de chapitre.</p>
Buts et question de recherche	<p>Les buts de l'article sont clairement énoncés ; il s'agit de mener une réflexion sur la pertinence de l'examen clinique physique dans la pratique infirmière. Cela est présenté de manière claire, concise, au cours de l'introduction. Cette question, qui partant des constats de la pratique corroborés par des études et auteurs cités dans le texte, découle logiquement du but.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>L'échantillon consiste aux articles recensés et utilisés par l'auteur dans sa réflexion. La méthode utilisée pour trouver ceux-ci n'est cependant pas explicitée.</p>
Considérations éthiques	<p>Il n'y a pas de mention d'éventuelles considérations éthiques.</p>
Devis de recherche	<p>La méthode utilisée par l'auteur, soit la revue de littérature, lui permet de mener une réflexion sur la pertinence de l'examen clinique physique dans la pratique infirmière, bien qu'une réponse claire ne puisse être fournie.</p>
Modes de collectes de données	<p>La méthode utilisée par l'auteur, c'est-à-dire l'utilisation d'écrits pour mener une réflexion et une critique est pertinente. Cependant, il n'y pas de mention concernant la méthode utilisée pour trouver les articles cités et utilisés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de recherche des articles n'est pas décrit.</p>
Analyse des données	<p>L'analyse des informations trouvées dans les recherches récentes est le but de l'article présent, puisqu'il s'agit d'une revue de littérature.</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats, sont reportés et utilisés dans la réflexion de l'auteur sous forme de texte narratif. Certains passages clés des articles sont cités et des thématiques regroupent les principaux résultats : motifs du changement ; le développement des rôles ; l'éducation ; l'extension versus expansion ; les frontières des rôles ; l'efficacité avec les techniques de pratique avancée.</p> <p>Zambas (2010) propose une réflexion sur la question à travers une perspective positiviste et naturaliste. D'un point de vue positiviste, qui est la base de la méthode scientifique avec une relation de cause à effet, on prône l'objectivité et la systématique, notamment pour l'établissement de caractéristiques pour les symptômes des pathologies (Petersen, 1994). On part du postulat que certains symptômes et signes conduiront au même diagnostic, quelle que soit la personne qui les observe. La majorité des textes enseignant l'examen clinique infirmier sont dans cette vision, comparant le normal et le pathologique pour établir un diagnostic. Il faut cependant être ensuite capable de décrire le lien entre les signes et la physiopathologie pour trouver le bon diagnostic ; ce qui est l'étape la plus complexe.</p> <p>L'autre but de l'examen physique est de pouvoir reconnaître les signes précoces de complications et de détérioration de l'état du patient ; cela exige une surveillance et une évaluation régulières (Benner, 2001; Coombs & Morse, 2002). L'examen physique permet une évaluation des changements (Minick & Harvey, 2003; PedenMcAlpine, 2000; Peden-McAlpine & Clark, 2002), cependant, il reste encore à clarifier quelles techniques doivent être utilisées. Pour l'auteur, connaître le patient, être attentif aux changements de celui-ci dans le temps et pouvoir les anticiper grâce à son expérience permettent de surveiller la personne de manière plus importante qu'avec les techniques de l'examen clinique axées sur la pose de diagnostics.</p> <p>Plusieurs auteurs affirment donc que si ces techniques sont importantes pour le diagnostic, l'histoire du patient telle qu'il la vit reste la plus grande source d'informations pour la pose du diagnostic (Iarivaara, Kiuttu, & Taanila, 2001; Peterson, Holbrook, von Hales, Smith, & Staker, 1992).</p> <p>D'un point de vue naturaliste, on souligne l'importance d'une vision holistique des soins et axée sur le <i>caring</i>. Il est question de mettre en valeur ce que dit la personne et son expérience, d'essayer de la comprendre et d'individualiser les soins plutôt que de les généraliser (Crotty, 1998). L'examen physique est alors là non plus uniquement pour aider au diagnostic mais aussi pour aider l'infirmière à explorer les expériences uniques des individus, à évaluer son état émotionnel, son fonctionnement et ses stratégies de coping. C'est l'occasion</p>

	<p>d'investiguer comment le patient perçoit ses symptômes et comment il vit sa maladie (Benner & Wrubel, 1989). L'infirmière peut alors reconnaître des changements subtils et individuels qui ne sont pas reconnus comme un signe ou un symptôme spécifique (Minick & Harvey, 2003) ; cela demande des évaluations répétées par la même personne, à chaque fois qu'elle va vers le patient, quel que soit le motif initial. Zambas (2010) affirme donc que ce mode d'évaluation est le plus proche de la pratique infirmière experte selon Benner.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont interprétés et utilisés en fonction du questionnement de base de l'auteur. Les conclusions de l'auteur sont conformes aux résultats d'analyse et en découlent logiquement. Le caractère transférable de la question est le sujet même de l'article puisqu'il s'agit d'une critique sur la pertinence de l'examen clinique physique.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'auteur précise les conséquences des résultats et des paradoxes rencontrés qui sont le but de sa recherche.</p> <p>L'examen clinique étant enseigné au niveau Bachelor, les frontières sont de plus en plus floues entre les infirmières de formation de base et celles de pratique avancée. Il y a une certaine pression notamment de la part des politiques, des patients et de l'avancée de la technologie, mais par augmentation de l'évaluation, entend-t-on une plus grande variété de techniques ou l'utilisation accrue des techniques pertinentes ? N'est-on pas dans une imitation des techniques enseignées aux étudiants en médecine ? Kitson (1996) suggère qu'il y a une sorte de vision actuelle de l'infirmière comme infirmière de pratique avancée, or toutes les infirmières ne souhaitent pas forcément ces techniques.</p> <p>De plus, les infirmières utilisent l'examen clinique pour aider le médecin mais en ayant une vision limitée de l'examen clinique dans la pratique infirmière. Cela est renforcé par le fait qu'un diagnostic infirmier est souvent perçu comme moins utile qu'un diagnostic médical. Cela crée une tension chez l'infirmière qui doit utiliser des techniques d'examen plutôt médicales, identifier des diagnostics graves puis se limiter à ne poser qu'un diagnostic infirmier et appeler le médecin.</p> <p>Zambas (2010) fournit des recommandations dans ses derniers paragraphes : il est important de ne pas oublier l'aspect relationnel dans l'examen clinique physique et d'intégrer une vision plus qualitative dans l'enseignement des techniques de cette compétence. Cela permettrait d'être dans une pratique différente, d'avoir un juste milieu entre les deux visions. Il conviendrait également de davantage valoriser les pratiques déjà présentes et les plus utiles pour le patient.</p>

