

INTRODUCTION

J'ai débuté ma formation d'infirmier avec un socle de connaissances de signes cliniques, issu de mon expérience d'ambulancier notamment en situation d'urgence. En effet, les interventions auxquelles je devais faire face, nécessitaient un recueil de données cliniques méthodique et rapide du patient. Il fallait, au travers un entretien, explorer les circonstances de survenue du ou des problèmes de santé et ses caractéristiques, s'informer des antécédants médicaux et traitements médicamenteux et renseigner le volet social. De plus, nous devions pratiquer un examen physique rigoureux centré sur le ou les symptômes et complété par la mesure des paramètres vitaux. L'examen physique consistait en l'observation de signes de gravité (marbrures, cyanose, sueurs, tirage, mesure du score de Glasgow, bruits respiratoires audibles, vomissements, réactivité pupillaire,...) et par la palpation des membres afin de localiser une lésion, ou de l'abdomen pour déceler une éventuelle défense abdominale, voire une contracture. A l'issue de ce recueil de données, nous étions en mesure de transmettre un bilan complet au médecin du Service d'Aide Médicale Urgente, qui lui permettait de déterminer le degré d'urgences auquel nous étions confrontés, et d'orienter le patient vers la structure sanitaire la plus pertinente. De plus, la collecte de ces informations, nous permettait d'adapter la prise en charge du patient en fonction des signes cliniques, de déceler une éventuelle urgence vitale et mettre en œuvre des soins de premier secours si besoin.

J'ai donc intégré la formation dans l'optique d'approfondir mes connaissances cliniques, notamment dans le domaine de l'examen physique qui comprend l'inspection ou l'observation, l'auscultation, la palpation et la percussion. J'ai été étonné de constater que les enseignements n'abordent ce volet, en règle générale, que sous l'angle de l'entretien et de l'observation clinique principalement. La notion de palpation est abordée au travers le toucher superficiel qui permet, par exemple, de détecter une hyperthermie cutanée d'origine centrale (fièvre) ou locale (phlébite). Mais aucun cours spécifique sur l'apprentissage d'une méthode systématisée et globale d'un examen clinique incluant l'examen physique du patient, n'est dispensé.

Alors même que les formateurs nous rappelaient régulièrement l'importance de "la clinique" dans la prise en charge du patient, j'avais l'impression de ne pas disposer de tous les outils permettant l'exploration clinique dans toute sa globalité. J'ai fait part de mon

étonnement à une partie de mon entourage qui exerce la profession d'infirmier. Je leur ai expliqué que je ne comprenais pas pourquoi il ne nous était pas enseigné la manière d'écouter avec un stéthoscope, de palper un abdomen ou les aires ganglionnaires, de percuter une zone sus pubienne... Tous m'ont indiqué que ces pratiques étaient du domaine médical et ne relevaient donc pas des compétences infirmières. Pourtant il me semblait que le fait d'observer, d'écouter avec ou non, un stéthoscope, de toucher dans un but précis, était de l'ordre de nos compétences puisque je ne faisais appel finalement qu'à l'utilisation de mes sens. J'avais l'impression en émettant l'hypothèse de vouloir maîtriser la pratique de l'examen physique d'être dans la pratique illégale de la médecine. En conséquence de quoi, la discussion se ponctuait par : « *tu aurais dû faire médecine* ». J'ai presque fini par les croire jusqu'à ce que mes lectures m'amènent à un article, paru dans *L'infirmière magazine* et intitulé « *Réappropriez-vous la clinique !* »¹. Ce court article relatait une intervention de Philippe Delmas (Dr français en sciences infirmières au Québec et cadre expert à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) et de Lyne Cloutier (Professeure –chercheuse québécoise en sciences infirmières) dans le cadre d'une journée consacrée à la recherche paramédicale. Le thème abordé était la pratique de l'examen clinique par les infirmières. Ces deux experts démontrèrent que cette compétence a toujours été présente dans le champ infirmier et que l'arrêté du 31 juillet 2009 portant réforme des référentiels de compétences et de formation infirmières, renforçait encore cette idée. Tout était dit : le cadre légal d'exercice, l'intérêt pour le patient et pour la profession.... Ils reconnaissent que l'infirmier français maîtrise bien l'entretien clinique mais n'est pas formé à la pratique de l'examen physique. Ce constat, j'ai pu le faire en observant mes futurs pairs.

En effet, lors de mes stages, j'ai, tout particulièrement, observé les infirmiers dans leur pratique clinique. J'ai retenu deux situations parmi d'autres qui m'ont interpellé : la première sur les limites de l'exploration clinique infirmière et la seconde sur la délégation rapide de l'examen physique au médecin.

La première situation se déroule dans un service d'hématologie. Un patient allogreffé et pris en charge pour une leucémie aigüe, se plaint de douleurs abdominales. Après avoir interrogé le patient sur l'état de son transit, l'infirmière palpe la zone douloureuse. Ce qui me frappe, outre le fait que l'abdomen ne soit ni ausculté, ni percuté, c'est l'absence de méthode dans l'examen physique de l'abdomen. Le médecin et le dossier de soin seront renseignés de la manière suivante: "douleur abdominale évaluée à 6/10".

¹ COCHARD Nicolas. Réappropriez-vous la clinique !, *L'infirmière Magazine*, p10, n°284 du 1^{er} septembre 2011

La seconde situation se passe dans un service d'addictologie. L'infirmière s'entretient avec un patient dans sa chambre. Durant l'entretien, le patient évoque une douleur au niveau de la plante des pieds évoluant depuis plusieurs semaines. La réponse infirmière à cette douleur fut : "vous en parlerez au médecin lors de sa visite". Aucun examen clinique infirmier n'est réalisé.

Il me faut avant de continuer mon exposé, nuancer mes propos. L'absence d'exploration clinique ou d'une méthode systématisée, ne doit pas entacher l'expertise clinique dont elles font preuve dans leur domaine spécifique. En effet, la première rend compte d'une haute compétence dans l'observation du patient afin de détecter tous signes d'infection ou de réactions immunitaires dans le cadre d'une allogreffe de moelle osseuse par exemple. De même, les infirmières d'addictologie agissent avec une indéniable expertise en matière d'entretien centré sur l'addiction et pour repérer les signes cliniques d'un syndrome de sevrage.

Toutes ces constatations font naître en moi de nombreuses questions concernant la pratique infirmière de l'examen clinique :

- Que recouvrent les termes d'examen clinique et d'examen physique ?
- Pourquoi une méthode systématisée de l'examen clinique ne nous est pas enseignée en formation initiale ?
- Est-ce une compétence qu'il conviendrait de développer sur les terrains de stages auprès des médecins?
- Dans quelles mesures entre-t-il dans le champ des compétences infirmières?
- Serait-il une compétence infirmière en pratiques avancées?
- Y aurait-il une plus-value dans la prise en charge du patient?
- Est-ce sa symbolique médicale qui empêche l'infirmier de se saisir de cette pratique?
- Est-ce lié à l'évolution historique de la profession au côté du médecin?

En résumé, j'ai le sentiment que ma formation théorique n'offre pas a priori la possibilité de développer la totalité de ce que recouvre l'examen clinique dans la mesure où l'examen physique ne m'apparaît enseigné que de manière partielle et non systématisée. De plus, mes différentes expériences de stages me font suggérer que les infirmiers investissent peu ce domaine ou alors le maîtrisent de façon parcellaire en fonction de la spécialité dans laquelle ils évoluent.

QUESTION DE DEPART :

Face à tout ce qui a été énoncé, une question de départ émerge :

Au regard de l'évolution actuelle de la profession, les infirmiers (ères) peuvent-ils faire l'économie de la maîtrise de l'examen clinique comme méthode systématisée de recueil de données cliniques ?

On ne peut pas s'intéresser à l'examen clinique sans s'interroger sur sa genèse et sur les éléments qui le caractérisent ; c'est ce que nous étudierons dans le premier volet de notre cadre conceptuel, avant d'aborder l'examen clinique dans la pratique infirmière française au travers un exposé historique et chronologique confrontant construction historique, état des lieux et perspectives d'avenir de la profession au regard de la pratique clinique.

La seconde partie de notre travail exposera la phase exploratoire de terrain au travers l'explicitation du choix des outils et de la population choisie, ainsi que leur analyse qualitative et quantitative.

Enfin, la dernière partie permettra, au travers un processus de problématisation, confrontant cadre conceptuel et exploration de terrain, de faire émerger une question de recherche propice à une étude ultérieure.

PARTIE I : LE CADRE DE RÉFÉRENCE

I- DÉFINITION DE L'EXAMEN CLINIQUE :

A- Aux origines de l'examen clinique:

« Pour préciser les symptômes provenant du déséquilibre de ces humeurs, les médecins utilisent leurs cinq sens : ils notent les changements de température, le faciès, la respiration, la peau ; ils goutent les urines, et le sang, la sueur, le cérumen, le mucus nasal, les larmes, les expectorations et le pus ; ils sentent les selles. »². Hippocrate, entre le 5^{ème} et 4^{ème} siècle avant la naissance de Jésus Christ, développe une médecine clinique c'est-à-dire au lit du malade (en grec *klinê*, le lit). Puis Galien, un médecin grec du I^{er} siècle de notre ère, développe une médecine consacrée à l'observation clinique et l'expérimentation ; « il observe, expérimente et rejette systématiquement tout ce qui n'est pas vérifiable par les cinq sens »³. Du 11^{ème} s. au 14^{ème} s., il va émerger dans toutes les universités de médecine « un enseignement théorique et pratique de la médecine, basé sur l'examen clinique des patients »⁴ comme outil de diagnostic, sous l'impulsion de l'école de Salerne en Italie. Les savoirs et pratiques se diffusent dans toute l'Europe. Aux 15^{ème} et 16^{ème} s., Nicolas De Cuse et Santorio Santorio, docteurs en médecine, permettent la naissance d'une approche de l'observation mesurable et objective de la maladie au travers leurs essais de mesure du poids et volume du corps, des fèces et urines sur une journée, de la température des parties du corps et du sang, et de la variation du pouls.⁵ Au 19^{ème} s., les docteurs Bayle, Laennec, Bichat, Charcot et autres, combinent l'observation clinique aux constatations d'autopsie et aux connaissances anatomiques et physiologiques⁶. Cette association permet le développement des techniques de palpation, de percussion et d'auscultation. « Aussitôt qu'avec l'oreille ou avec le doigt, on peut reconnaître sur le vivant ce que révélait la dissection sur le cadavre, la description des maladies et par conséquent la thérapeutique, entrèrent dans une voie toute nouvelle »⁷ C'est ainsi que le symptôme devient un signe clinique objectif. « Le problème est de faire affleurer en

² AMEISEN Jean-Claude, BERCHE Patrick et BROHARD Yvan. *Une histoire de la médecine ou le souffle d'Hippocrate*. Editions de la Martinière. Dépôt légal janvier 2011. p30.

³ Id. Note 2, p48.

⁴ Id. Note 2, p72

⁵ GOUREVITCH Danielle. La maladie mesurée : l'apport de Santorio Santorio. *La revue du praticien*. Novembre 2001, n°18, p2009-2012

⁶ CAPRON Loïc. Pour la mémoire. *La revue du praticien*. Novembre 2001, n°18, p2045-2048

⁷ DAREMBERG Ch. *Histoire des sciences médicales*. Editions J.B. Baillière et Fils. Paris, 1870. p1066

surface ce qui s'étage en profondeur ; la séméiologie ne sera plus une lecture, mais cet ensemble de techniques qui permet de constituer une anatomie pathologique projective. »⁸

Pour permettre une exploration encore plus profonde et précise de l'invisible, Laennec va développer l'utilisation d'un nouvel outil : le stéthoscope qu'il détaille dans son *Traité de l'auscultation médiate*⁹. Le corps médical se voit ainsi doté d'un outil de recueil de données cliniques objectives permettant un diagnostic plus fin. « *Le regard médical est doué désormais d'une structure pluri sensorielle. Regard qui touche, entend et, de surcroît, non par essence ou nécessité, voit* »¹⁰. L'examen clinique devient une source de savoirs réservés aux plus illustres et, par là même, de pouvoir. Une certaine hégémonie s'installe en France autour de cette discipline érigée en art. Les cliniciens français règnent sans partage durant tout le 19^{ème} s. rejetant sans concession les progrès techniques qui s'amorcent au travers le développement des mesures physiques, l'imagerie médicale, les examens de laboratoire ou l'endoscopie qui mettent à mal leurs théories physiopathologiques. L'influence des grands cliniciens s'exerce en France jusqu'à la seconde guerre mondiale, période à laquelle la clinique est balayée, de façon réactionnelle, par la médecine scientifique. « *On prend moins de peine à examiner un malade, et à réfléchir sur les hypothèses, lorsqu'on peut s'attendre à obtenir par des examens de laboratoire la solution sans grand effort...L'examen clinique comme la discussion approfondie, finissent par être considérés comme peu rentable.* »¹¹ La Médecine passe de l'Art à la Science. Dans son ouvrage intitulé *L'examen clinique à travers l'Histoire*¹², Jean-François Hutin nous expose les raisons pour lesquelles la pratique clinique a perdu de son intérêt auprès des étudiants et médecins :

- L'orientation scientifique de l'enseignement médical
- L'hyperspécialisation médicale
- Le déclin des maladies sémiologiquement riches (variole, syphilis, peste...)

C'est ainsi que « *le médecin devient ingénieur, mécanicien ou chimiste* »¹³.

⁸ FOUCAULT Michel. *Naissance de la clinique*. PUF. Réimpression de la 7^{ème} édition « Quadrige », avril 2005.p166

⁹ LAENNEC R.T.H. *Traité de l'auscultation médiate*. Editions Chaudé. 1819. Paris

¹⁰ Id. note 8, p168

¹¹ VILLEY Raymond. *Le déclin de la clinique. Réflexions sur la médecine d'hier et de demain*. Plon .1966. Paris.

¹² HUTIN Jean-François. *Autres causes du déclin de l'examen clinique. L'examen clinique à travers l'Histoire*. Editions Glyphe. 2006, p415.

¹³ Id. note 12, p.421

En résumé, l'examen clinique a pendant longtemps été l'outil d'exploration clinique et de diagnostic médical. Il est le fruit d'une construction progressive et d'une appropriation médicale forte notamment en France où comme nous l'avons vu, il s'est pratiqué comme un art réservé à une élite. Néanmoins, les progrès techniques ont remis en cause sa suprématie.

Les bases historiques de l'examen clinique sont, à présent, exposées ; il nous reste maintenant à en développer ses différentes composantes.

B- Les composantes de l'examen clinique :

L'examen clinique se divise en deux temps: celui du recueil de données subjectives au travers l'entretien clinique et celui de l'examen physique permettant la collecte de données objectives.

1- L'entretien clinique:

Un entretien est défini, selon Larousse, comme une « *conversation suivie avec une ou plusieurs personnes* »¹⁴. Dans le domaine qui nous intéresse, il consiste en un échange verbal et non verbal entre un patient et un professionnel de santé dans le but de recueillir méthodiquement des données subjectives. C'est le temps fort de l'examen clinique puisqu' « *il permet de recueillir environ 70% de l'ensemble des informations et constitue la base de données qui oriente la suite de l'examen* »¹⁵.

Un entretien peut se mener à la façon d'un interrogatoire ; il est dit alors structuré. Il « *facilite l'identification du problème de santé, surtout en ce qui concerne la symptomatologie du patient* »¹⁶ mais présente le biais de ne pas favoriser « *une relation professionnelle humanisante* »¹⁷. L'autre alternative est de présenter l'entretien de manière semi structurée ce qui permet au professionnel de santé « *d'obtenir les informations qu'elle- l'infirmière- juge essentielles sans perdre de vue la réalité et les préoccupations du patient* »¹⁸.

¹⁴ **LAROUSSE**. Définition du mot « entretien ». [En ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/entretien/30081>

¹⁵ **BRULE Mario et CLOUTIER Lyne (sous la direction de)**. *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, ERPI éditions, 2002

¹⁶ **DALL'AVA-SANTUCCI Josette, DELMAS Philippe et CLOUTIER Lyne (sous la direction de)**. *La pratique infirmière de l'examen clinique*, Editions De Boeck, 2010, p18

¹⁷ **Id. note16**, p18

¹⁸ **Id. note 16**, p18

Ainsi il permet de recueillir les caractéristiques du contexte clinique (date, heure, circonstances d'arrivée et de prise en charge, la personne de confiance, une lettre d'un autre professionnel de santé...). Surtout, l'entretien explore l'histoire de santé du patient au travers :

- L'étude des caractéristiques du patient (identification, mode de vie, caractéristiques socioculturelles)
- La détermination du ou des problèmes de santé
- L'identification du symptôme principal
- Le recueil des antécédents personnels
- L'histoire familiale du patient¹⁹.

L'entretien est le préalable indispensable avant de pratiquer l'examen physique. En effet, la communication ainsi établie, permet un lien de confiance entre le soignant et le soigné autorisant l'entrée dans la sphère intime qu'occasionne l'examen physique. De plus, l'entretien, en fonction des problèmes de santé et symptômes relevés, permet d'orienter sur les systèmes à explorer lors de l'examen physique.

2- L'examen physique :

Cette étape de l'examen clinique recueille « *entre 20 et 25% des informations* »²⁰. Il permet la collecte des données objectives. Il s'effectue au travers l'application de 4 techniques complémentaires, basées sur l'utilisation de nos sens, que sont l'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion. Il doit être réalisé selon « *une approche systématique et systématisée* »²¹.

a- L'inspection :

Elle se définit comme le « *premier temps de l'examen physique consistant à observer le patient et rechercher une anomalie de l'aspect de son corps ou de son comportement* »²².

¹⁹ **Id. note 16**, p26-41

²⁰ **Id. note 15**, p3

²¹ **DELMAS Philippe, CLOUTIER Lyne et COSETTE Gilles**. Une approche systématique et systémique de l'observation, *Profession infirmière: quelle place et quelles pratiques pour l'avenir?*, Cadre de santé, Editions Lamarre, p.237

²² **DELAMARE Jacques et al.** *Dictionnaire des termes de médecine*. Editions Maloine. 2000, p 434

Cette observation minutieuse du patient, tient compte également des messages transmis par l'odorat et l'ouïe.

L'évaluation porte, dans un premier temps, sur l'apparence générale, l'environnement, la posture, la démarche du patient, son comportement et son discours. Cette observation globale permettra par exemple de repérer une incurie, une attitude de traumatisé du membre supérieur, un faciès douloureux ou anxieux, une logorrhée pouvant orienter vers un accès maniaque, une obésité ou une maigreur extrême...

La seconde étape s'effectue en une inspection plus rapprochée. Elle permettra ainsi de repérer une anisocorie, une hémorragie extériorisée, une pâleur, une exophtalmie ou un goitre signes peut-être d'un dysfonctionnement thyroïdien, la présence de varices témoin d'une insuffisance veineuse, un hippocratisme digital dans l'hypoxie chronique ou toutes anomalies unguéales, une érythrose faciale méritant l'exploration d'une éventuelle exogénose alcoolique chronique, une acrocyanose ou tout simplement mesurer et caractériser une fréquence respiratoire... L'ouïe permettra, par exemple, de repérer des sifflements respiratoires ou wheezing lors d'une crise d'asthme, les geignements de la détresse respiratoire du nouveau-né ou encore la dyspnée d'effort de l'insuffisance cardiaque. L'odorat sera mis en jeu pour détecter l'haleine cétonique de « pomme mûre » d'un diabétique en hyperglycémie, l'odeur nauséabonde des selles liée à une infection par un rotavirus, ou une consommation de tabac.

L'observation est riche sémiologiquement mais elle doit être complétée par les approches suivantes.

b- La palpation :

Le dictionnaire médical la définit ainsi : « *Méthode d'exploration externe du corps avec le plat de la main et des doigts pour rechercher des anomalies de consistance des tissus, des néoformations localisées, des anomalies de transmission des vibrations phoniques au niveau de la paroi thoracique, mettre en évidence des zones douloureuses, tendues ou inflammatoires et préciser les limites de certains viscères.* »²³

La palpation s'effectue à une ou deux mains. Elle peut être superficielle quand la profondeur d'exploration n'excède pas 3 cm. Elle permettra ainsi de mesurer et d'apprécier le pouls artériel, de sentir les crépitations de l'emphysème sous-cutané pathognomonique du pneumothorax, de déceler une hyperthermie centrale ou localisée, d'apprécier l'état d'hydratation avec le pli cutané, de mettre en évidence la présence d'œdème des membres

²³ Id. note 15, p605

inférieurs par le signe du godet ou encore d'une adénopathie, de provoquer une défense abdominale signe d'un abdomen aigu ... La palpation profonde est celle qui s'exerce généralement à deux mains et à une profondeur supérieure à 3cm. Elle permet d'apprécier le volume d'un organe (hépatomégalie, splénomégalie,...) et son emplacement, de percevoir la présence de masses abdominales en cas de constipation, de kystes, de tumeur ou de globes vésicaux, et encore, de ressentir la pulsatilité diffuse d'un anévrisme aortique.

c- L'auscultation :

Cette technique est définie comme « *un mode d'exploration clinique qui consiste à écouter les bruits provenant de l'intérieur de l'organisme, soit en appliquant directement l'oreille sur la partie à explorer (auscultation immédiate), soit en interposant un stéthoscope entre l'oreille et le malade (auscultation médiate)* »²⁴. Pour des raisons de respect de l'intimité et de la pudeur mais aussi liées à l'hygiène, l'auscultation immédiate a disparu au profit de l'utilisation du stéthoscope. Elle permet donc d'écouter les bruits provoqués par le fonctionnement normal ou pathologique de certains organes que sont le cœur, les vaisseaux, les poumons et les intestins.

Ainsi, l'auscultation pourra mettre en évidence :

- au niveau cardiaque : deux bruits (liés à la fermeture des valves) normaux ou modifiés (B1 et B2), des bruits anormaux (B3 en protodiastole en cas de défaillance cardiaque et/ou B4 en télédiastole en cas d'insuffisance cardiaque chronique par exemple), des souffles physiologique ou pathologique (valvulopathie) et le frottement péricardique (péricardite)
- au niveau vasculaire : les bruits de Korotkoff lors de la mesure de la pression artérielle et les souffles artériels lors d'une sténose.
- Au niveau pulmonaire : le murmure vésiculaire normal, diminué ou aboli, des bruits surajoutés ou adventices (crépitants fins, crépitants rudes, sibilants et ronchi) et le bruit-extra pulmonaire du frottement pleural.
- Au niveau intestinal : les bruits hydro-aériens hyperactifs en cas de diarrhée ou d'un début d'occlusion, hypoactifs après une anesthésie générale, absents en cas d'occlusion, d'iléus ou d'une péritonite ; un frottement péritonéal en cas de spléno ou hépatomégalie.

²⁴ Id. note 15, p80

Pour être maîtrisée, l'auscultation nécessite un apprentissage assidu basé sur l'écoute fréquente des différents bruits normaux et pathologiques et selon une méthode systématique et systématisée. Avant de clore la revue des techniques composant l'examen physique, il nous faut maintenant aborder celle de la percussion.

d- La percussion :

C'est un mode d'exploration clinique qui consiste à provoquer certains sons en frappant avec un doigt (percussion immédiate) ou en frappant brièvement sur l'extrémité distal du doigt de l'autre main dit doigt plessimètre (percussion médiante) posé à la surface du thorax ou de l'abdomen. Les sons peuvent être :

- Mate : de façon normale sur un plan musculaire ou osseux, « *en présence d'une masse ou de liquide dans une région normalement sonore comme les poumons (hémothorax) ou l'abdomen (ascite)* »²⁵ ou encore un globe vésical.
- Submate : normalement au-dessus de la zone hépatique et anormalement en cas d'encombrement pulmonaire.
- Sonore : pour un poumon normal.
- Hypersonore : en cas d'emphysème et de pneumothorax.
- Tympanique : dans les zones viscérales creuses comme les intestins et l'estomac.

Comme nous venons de le voir, l'examen clinique permet la collecte d'un grand nombre de données. Il permet une évaluation clinique complète d'un patient. Historiquement, la pratique de l'examen clinique est plutôt du fait du domaine médical que de celui des infirmiers alors même qu'il apparaît être comme un outil complet de recueil de données cliniques.

Certains pays comme les Etats-Unis et le Canada, y ont vu l'occasion d'améliorer leur pratique infirmière en dotant la profession de cet outil. C'est ainsi que, depuis la réforme du système de santé canadien, en 1990, les écoles en soins infirmiers de la province de Québec notamment, ont toutes intégré l'enseignement de l'examen clinique dans leur formation initiale et dans leur pratique quotidienne²⁶. Néanmoins, il convient de rappeler

²⁵ Id. note 15, p53

²⁶ Id. note 15, p12-13

qu'il ne poursuit pas les mêmes desseins de celui qui est réalisé par les médecins. En effet, ils l'utilisent à des fins de diagnostics différentiels. Alors que « dans le cadre de la pratique infirmière, les objectifs poursuivis lors de la réalisation de l'examen clinique sont multiples et concernent, au-delà du recueil de données, aussi bien l'identification des potentialités de la personne et de son entourage que l'organisation de la prise en charge dans sa dimension pluridisciplinaire. Il se caractérise par une approche holistique permettant l'exploration des dimensions de prévention et de promotion de la santé »²⁷.

Face à cela, il est intéressant de se demander si l'infirmier français utilise l'examen clinique? Quels bénéfices la pratique infirmière peut en tirer ?

II-L'EXAMEN CLINIQUE DANS LA PRATIQUE INFIRMIÈRE FRANÇAISE :

Dans un premier temps, nous étudierons comment se situe l'examen clinique dans la pratique française. Puis, nous exposerons les bénéfices que procure sa maîtrise par l'infirmier.

A-La pratique clinique infirmière en France :

Nous évoquerons l'examen clinique sous la notion d'évaluation clinique du patient puisque nous le verrons, il n'apparaît en France que de façon partielle et implicite, tant dans la pratique que dans la formation. Mais avant tout, il convient de dresser un bref historique de l'évolution de la profession infirmière au côté de la sphère médicale. En effet, cette Histoire commune impacte la manière dont les infirmiers ont appréhendé et appréhendent l'évaluation clinique des patients.

1- Retour sur l'Histoire

L'observation, élément de l'examen clinique, apparaît comme avoir toujours fait partie des compétences infirmières. « *L'histoire de la profession montre que l'observation et le jugement clinique ont toujours été reconnus aux infirmières même si elles ne l'exerçaient peu* »²⁸ C'est ainsi que Florence Nightingale, considérée comme la fondatrice de la profession d'infirmière en Angleterre écrivait, en 1882, dans un article : « *l'observation*

²⁷ **DELMAS Philippe.** L'examen clinique est une histoire ancienne dans la pratique infirmière, *La revue de l'infirmière*, n°167, janvier 2011, p33

²⁸ **Id. note 27**, p31

nous indique comment est le patient ; la réflexion ce qu'il faut faire ; la formation comment il faut le faire. La formation et l'expérience sont, bien entendu, nécessaires pour nous enseigner aussi comment observer, ce qu'il faut observer, comment penser et ce qu'il faut penser »²⁹. En France, les progrès techniques dans le domaine médical (infectiologie, hygiène, technicisation, amélioration des savoirs...) remettent en cause le travail des religieuses, au sein des lieux de soins, qui n'acceptent pas de changer leur pratique et d'être sous le joug des médecins. C'est ainsi que, sur le modèle de Florence Nightingale qui développe des écoles en Angleterre, le Dr Bourneville ouvre la première école d'infirmière hospitalière en 1878. Cette école permet la formation d'auxiliaires médicales techniciennes et exécutantes, dont le rôle sera notamment d'observer les signes de la maladie et de les transmettre au médecin. Le savoir infirmier ne sera dès lors constitué que d'éléments intéressant les sciences médicales et l'infirmière n'apparaîtra que comme l'auxiliaire du médecin pendant près d'un siècle. « *L'enseignement donné aux élèves se préparant au métier d'infirmière, est axé sur la science médicale et les professionnelles ancrent leur pratique sur le modèle du médecin* »³⁰.

A partir des années cinquante, il se développe une conception plus humaniste de la notion de soins basée sur une vision plus globale du patient, dans toutes ses dimensions (biologique, sociale et psychologique) avec l'apparition des sciences sociales, « *de la thérapie rogérienne* (basée sur l'empathie, la congruence et le non-jugement), *du développement des moyens de communication* »³¹. Les infirmières, désireuses de s'affranchir du joug médical, vont investir ce modèle théorique du soin « *qui ne se réduit plus à la prescription médicale, mais s'ouvre aussi à l'évaluation d'aide du malade, à la nécessité de faire participer celui-ci à son projet de soins et à s'appuyer sur une démarche de résolution des problèmes de santé, puis la résolution de ceux-ci* »³². C'est sur la grille des 14 besoins fondamentaux, développés par Virginia Henderson en 1947³³, que se calquera cette démarche de soins comme « *processus d'adaptation du soin à la personne* »³⁴. L'évaluation clinique du patient sera réalisée au regard de ces besoins ; le

²⁹ NIGHTINGALE Florence. Nurses, training of and Nursing the sick. *Quain's dictionary of medicine*, 1882, p.1038-1049

³⁰ MARCHAL Arlette et PSIUK Thérèse. *La démarche clinique de l'infirmière*. Éditions Seli Arslan, 2010, 2^{ème} édition révisée du livre *Le paradigme de la profession infirmière en France* paru en 2002, p16

³¹ Id. note 30, p16

³² Id. note 30, p16

³³ HENDERSON Virginia. *The Principles and Practice of Nursing*, the Macmillan Company, Canada, 1947.

³⁴ PSIUK T. *Raisonnement clinique et personnalisation des soins*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-285-U-10, 2009, p9.

patient respire –t-il correctement, défèque-il, quelle autonomie a-t-il dans la réalisation de ses soins quotidiens. « Dès lors, la quête des infirmières est de faire reconnaître ce champ supplémentaire de leur pratique, mais aussi de pouvoir trouver une identité propre, sortir du tutorat médical »³⁵.

Ce tournant s'opérera en la consécration d'un rôle propre infirmier par la loi du 31 mai 1978 qui dans son article 1^{er} stipule que « la fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier »³⁶. L'Histoire infirmière, en France, a amorcé un désir de reconnaissance et d'autonomie qui va creuser un fossé pérenne « entre maladie et personne, et donc entre médecine et soins infirmiers »³⁷, entre rôle propre et rôle sur prescription. L'introduction, en 1993 avec le décret du 15 mars³⁸, des diagnostics infirmiers, tente d'asseoir encore plus ce rôle propre en permettant « l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels »³⁹. Mais la terminologie de « diagnostic » renvoyant à celui des médecins, provoque « des réactions médicales »⁴⁰ d'abord, puis la confusion et le rejet des infirmiers. « La conviction que la discipline infirmière doit se décrire sans intégrer le diagnostic médical »⁴¹ dénature le diagnostic infirmier issu de la pratique nord-américaine. Ainsi, la charge symbolique médicale que véhicule le terme diagnostic, va faire que l'oedème aigu du poumon se transformera en excès de volume liquidien par exemple. Thérèse Psiuk (théoricienne en sciences infirmières à l'origine du modèle trifocal) s'interroge d'ailleurs sur « la pertinence du recueil de données reproduisant des modèles anglo-saxons ou des outils à objectifs pédagogiques imposés dans l'enseignement et dans la pratique depuis quelques années(...) ; comment imaginer de reproduire des modèles de certaines cultures dans des situations contextuelles différentes afin de rendre compte des pratiques qui sont les nôtres »⁴². Ils continueront pourtant à être enseignés en formation initiale. « Les diagnostics infirmiers sont envisagés dans une application normative. Les étudiants

³⁵ Id. note 30, p17

³⁶ JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière.[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

³⁷ Id. note 30, p17

³⁸ JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

³⁹ MARCHAL Arlette et PSIUK Thérèse. *Le diagnostic infirmier*. Editions Lamarre, 1995. p9.

⁴⁰ ROMEDER Florence. Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ? *Recherche en soins infirmiers*, n°99, décembre 2009, p99

⁴¹ MARCHAL Arlette et PSIUK Thérèse. *Le diagnostic infirmier*. Editions Lamarre, 1995. p24

⁴² Id. note 30, p11

remplissent des « cases », ils cherchent à tout prix des diagnostics infirmiers. Or, dans sa thèse, Christiane Bertholet-Sini montre l'effet « overdose » des diagnostics infirmiers tels qu'ils sont enseignés et constate que les jeunes diplômés abandonnent en bloc: les diagnostics infirmiers et le raisonnement clinique »⁴³. Cette réaction, face à l'arrivée de ce concept, s'explique par sa terminologie, d'une part, et également par le fait que « peu de professionnelles s'approprient cette démarche, vécue comme une application d'un modèle d'Outre Atlantique, qui ne correspond pas à leurs pratiques. En effet, les infirmières françaises n'auscultent pas et n'interprètent pas les radiographies »⁴⁴. Ainsi, ce manque de concertation entre le terrain et la formation initiale n'a pas donné sens à l'utilisation de cet outil qui s'est trouvé inadapté au paradigme de la profession infirmière française. « Les soignants ont besoin de rechercher du sens à leurs soins et à leurs pratiques »⁴⁵. C'est selon ce leitmotiv que Thérèse Psiuk va conceptualiser une démarche clinique infirmière autour d'un raisonnement clinique de type inducto-hypothético-déductif permettant, après une « observation harmonisée avec l'écoute active » du patient, de donner un jugement clinique ou / et un diagnostic infirmier dans les trois domaines de son modèle trifocal (signes et symptômes de la pathologie, réactions humaines et risques liés aux précédents domaines)⁴⁶.

En parallèle, il apparaît comme corollaire au rôle propre, l'extension progressive du rôle en collaboration, et non plus d'auxiliaire, de l'infirmière vis à vis du médecin, notamment en ce qui concerne la contribution au recueil de données cliniques à visée diagnostique et l'évaluation des effets des thérapeutiques avec le décret du 29 juillet 2004 modifiant l'article R4311-1 du code de santé publique⁴⁷. Finalement, la réforme universitaire de la formation infirmière, par l'arrêté du 31 juillet 2009⁴⁸, va ériger en compétence 1, l'évaluation d'une situation clinique et l'établissement d'un diagnostic infirmier, dans laquelle l'enseignement du raisonnement de la démarche clinique va prendre tout son sens.

⁴³ BELPAUME Claude, Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers* n°99, décembre 2009, p.45

⁴⁴ Id. note 43, p.45

⁴⁵ Id. note 43, p.45

⁴⁶ Id. note 34

⁴⁷ JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁴⁸ JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

Ce paragraphe peut paraître être une digression dans notre exposé ; pourtant, il nous éclaire sur plusieurs points :

- L'évaluation clinique de l'infirmier français s'est toujours fondée sur l'observation et l'écoute du patient.
- Les outils à représentation médicale comme le diagnostic sont à introduire avec prudence, concertation et en adéquation avec notre paradigme.
- Nous sommes arrivés à un modèle conceptuel holistique qui intègre bien tous les domaines de l'expérience vécue par le patient (biologique, sociologique et psychologique).
- Un rapport de collaboration a été formalisé entre l'infirmier et le médecin.

2- Examen clinique et pratique clinique en France :

Comme nous l'avons vu, « *en France, l'observation harmonisée avec l'écoute active est le moyen le plus utilisé pour repérer les indices cliniques les plus objectifs*⁴⁹ ». En effet, « *il est encore peu usuel en France de considérer que l'examen clinique du patient fasse partie de la pratique infirmière* »⁵⁰. De plus, selon Mr. Delmas, « *les infirmières françaises maîtrisent bien l'entretien, mais sont moins bien rompues à l'examen physique (recueillir les signes objectifs, palper, ausculter, percuter...)* »⁵¹. D'ailleurs, que penser des résultats d'« *un audit clinique réalisé auprès d'étudiantes de 3^e année qui révélait en 2002 que dans 32 % des cas le stéthoscope n'était pas utilisé adéquatement* »⁵² lors de la mesure de la pression artérielle.

L'évaluation clinique des infirmiers français, serait le fruit d'une démarche « *informelle et empirique* »⁵³. Elle apparaît donc être une pratique partielle de ce que recouvre l'examen clinique. Selon Lyne Cloutier, « *on effectue bien un recueil de données, mais sans que soit formalisé un examen clinique comme au Québec* »⁵⁴. En effet, « *Nos collègues américaines*

⁴⁹ Id. note 30, p.65

⁵⁰ Id. note 21, p.247.

⁵¹ Id. note 1, p10

⁵² Id. note 27, p.32

⁵³ Id. note 21, p.248

⁵⁴ Id. note 1

et canadiennes ont développé dans leur pratique un examen physique qui comprend la perception, la palpation, la percussion, l'auscultation »⁵⁵. Finalement, l'examen clinique dans sa forme systématisée et formalisée, apparaît comme une « *pratique peu développée en France* » et « *force est de constater que cette démarche ne fait pas partie de leur [les infirmiers] quotidien* »⁵⁶. « *En effet, on l'identifie trop souvent à la pratique médicale et à la notion de diagnostic* »⁵⁷. Pourtant, selon Lyne Cloutier, « *cela fait partie de votre législation depuis longtemps !* »⁵⁸. Pour Mr Delmas, « *les infirmières françaises ont, non seulement le droit, mais aussi le devoir de développer cette pratique de l'examen clinique* »⁵⁹.

Mais qu'en est-il de notre législation ? Est ce qu'elle autorise la pratique de l'examen clinique par les infirmiers ?

Selon Lyne Cloutier, cela ne fait aucun doute : « *Vous n'avez pas à demander la permission* »⁶⁰. En effet, dans le chapitre 1 de l'ouvrage dont elle a eu la direction avec Mr Delmas et Mme Dall'Ava-Santucci⁶¹, elle démontre une volonté législative de promouvoir l'examen clinique au sein de notre pratique mais de façon implicite, « *sans la nommer vraiment* »⁶². C'est ainsi que graduellement le décret du 15 mars 1993 qui permet aux infirmiers de « *concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir un diagnostic et de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques* »⁶³, sera renforcé par les articles 1 et 2 du décret du 29 juillet 2004 qui stipulent : « *l'exercice de la profession comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation, l'évaluation, la contribution, au recueil de données cliniques et épidémiologiques(...) la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux professionnels, et notamment aux médecins pour poser un diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions* »⁶⁴.

⁵⁵ **Id. note 30**, p.65

⁵⁶ **Id. note 21**, p.237

⁵⁷ **Id. note 21**, p.247

⁵⁸ **Id. note 1**, p10

⁵⁹ **Id. note 21**, p.238

⁶⁰ **Id. note 1**, p10

⁶¹ **Id. note 16**

⁶² **Id. note 16**, p.2

⁶³ **Id. note 38**

⁶⁴ **Id. note 47**

Enfin, la réforme de la formation est venue confirmer cette dynamique. En effet, la compétence 1 du nouveau référentiel apparaît « *en interface directe avec les différentes dimensions de l'examen clinique* »⁶⁵ et « *souligne l'importance de renforcer la pratique clinique des infirmières, de l'anamnèse de la situation, à la rédaction des notes d'observation au dossier patient* »⁶⁶. Mr Delmas confirme d'ailleurs ce point de vue : « *ce nouveau référentiel met l'accent sur l'appropriation des savoirs et des savoir-faire de l'étudiant en lien avec l'examen clinique* »⁶⁷. Est-ce à dire que la formation initiale intègre l'enseignement de l'examen clinique ?

En évoquant la mise en place de la réforme de 2009, Philippe Delmas y voyait la nécessité d'y incorporer « *des cours comme l'examen clinique infirmier, la systémique familiale, la recherche en sciences infirmières, les modèles conceptuels et la pensée infirmière, la santé au travail, etc* »⁶⁸. Mais, toujours selon lui, « *en examinant les programmes de formation proposés pour renforcer la clinique infirmière, on s'aperçoit que l'emphase est mise sur les approches psychosociales, en oubliant que l'être humain est aussi un être biologique* »⁶⁹. En tout cas, lorsque l'on épluche le contenu du nouveau référentiel de formation et d'activités, on constate que l'expression « *examen clinique* » apparaît à trois reprises :

- « *examen clinique de la personne dans le cadre de la surveillance et de la planification des soins* »⁷⁰ ;
- « *examen clinique à visée diagnostique* »⁷¹ ;
- « *recueil de données cliniques : examen clinique,...* »⁷² au sein des éléments de contenu de l'unité d'enseignement 3.1 S2 raisonnement et démarche clinique infirmière.

⁶⁵ Id. note 16, p.10

⁶⁶ Id. note 21, p.238

⁶⁷ Id. note 27, p.31

⁶⁸ DELMAS Philippe. N'ayez pas peur. *Coordination Nationale Infirmière*, n°26, janvier 2008, p.14 [en ligne]
<http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/Revue-Coordination-Infirmiere-26/index.html>

⁶⁹ Id. note 21, p.247

⁷⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *Profession infirmier : recueils des principaux textes*. Edition Berger-Levrault, réf. Du 10 juillet 2012, p.20

⁷¹ Id. note 70, p.23

⁷² Id. note 70, p.83

Néanmoins, les textes ne donnent pas de définition, ni de cadre d'exercice à l'examen clinique ; si ce n'est que l'infirmier ne doit pas avoir recours à des moyens invasifs dans la surveillance des fonctions vitales⁷³.

Pourtant, la pratique de l'examen clinique, calquée sur le modèle canadien et anglo-saxon, fait son apparition en France depuis quelques années. Tout d'abord, une formation a été initiée au sein de l'hôpital parisien Hôtel-Dieu, en partenariat avec l'université de Québec. Echelonnée sur un an, cette formation, d'une quarantaine d'heures, dédiée à l'examen clinique, faisait alterner cours théoriques et pratiques, et était dispensée par des infirmiers experts québécois et français et par des médecins locaux. Les objectifs de cette formation étaient de permettre aux professionnels tout d'abord dans leur pratique, d'« identifier les urgences, alerter de façon argumentée, le médecin, de déterminer les soins infirmiers adéquat, de réaliser le suivi clinique du patient et de communiquer les informations à l'ensemble des médecins et autres professionnels »⁷⁴ et ensuite de former à leur tour (programme de formation en annexe I). Actuellement, des organismes privés de formation continue, proposent également aux infirmiers une formation à l'examen clinique⁷⁵.

Sur le plan de la formation initiale, l'institut de formation en soins infirmiers Charles-Foix, dans la région parisienne, propose un cours d'introduction à l'examen clinique depuis 2011.

Toute une dynamique s'articule donc autour de cette compétence pour l'introduire en France.

Mais, en fait, elle fait déjà partie de notre paysage. En effet, l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) propose, dans son programme de formation de master en sciences cliniques infirmières, l'enseignement d'un examen clinique approfondi dont l'examen physique composé de l'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion⁷⁶.

De plus, depuis 2003, un groupe d'experts, missionné par le Gouvernement et présidé par Mr Berland, a entamé une réflexion sur l'organisation du système de santé et a produit

⁷³ **JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE.** Profession d'infirmier, article R4311-5 alinéa 35, *Code de la santé publique* [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁷⁴ **FARRAYRE Annie.** *Diplômes infirmiers québécois remis en France*, <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/diplomes-infirmiers-quebecquois-remis-en-france.html>

⁷⁵ **INSTITUT DE SOINS INFIRMIERS SUPERIEURS.** *Catalogue de formation 2013*, p12, [En ligne], <http://www.webisis.com/docs/catalogue.pdf>.

⁷⁶ **ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE.** *Master- sciences cliniques infirmière-livret de présentation*. [En ligne] <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2009/11/dossier-master-sci.pdf>

différents rapports^{77-78 et 79}. Ces rapports font le constat d'une disparité et d'une baisse quantitative de l'offre médicale sur le territoire français⁸⁰. Or, l'augmentation importante, actuelle et à venir des demandes de soins dans le cadre de la prise en charge des pathologies dites chroniques liées à notre mode de vie et au vieillissement de la population, fait que les médecins ne pourront pas y faire face seuls. Selon les conclusions de ces avis, la solution réside dans la création de professions intermédiaires entre, par exemple, la formation initiale des infirmiers qui dure 3 ans, et celle des médecins qui en compte 11 en moyenne. Un rapport du Sénat du 5 février 2013 dont le titre « Agir maintenant » souligne l'urgence sanitaire de la situation, fait les mêmes constats que les rapports de Mr Berland. Il propose concrètement de favoriser la coopération et la délégation entre les différentes professions de santé en étendant leur compétences à travers un niveau d'étude intermédiaire, en mettant en place un protocole de coopération, comme nous le verrons plus bas, mais au niveau national. Ce rapport met également en avant la rigidité du système sur lequel repose les référentiels d'activités des professionnels de la santé. En effet, les champs de compétences des infirmiers sont basés sur des décrets portant dérogation à l'exercice médical. « *Il apparaît nécessaire de sortir d'une définition des professions de santé établie sur des décrets d'actes, et de refondre les textes sur la base de notion de mission, comme c'est le cas à l'étranger.* »⁸¹ C'est ce processus qui a débuté au travers l'universitarisation de la formation, la création des niveaux licence, master et doctorat, et par la mise en place d'une procédure de coopération entre médecin et infirmier avec la loi « Hôpital Patient Santé Territoire », dans son article 51⁸². Ce dernier permet à un médecin de déléguer un acte ou une activité du champ médical à une ou plusieurs infirmières sous réserve d'une formation préalable et de la validation du protocole par la

⁷⁷ **BERLAND Yvon (présidé par)**. *La coopération des professions de santé: le transfert des tâches et des compétences, Rapport d'étape*, 2003, [En ligne] http://www.soc-nephrologie.org/PDF/enephro/textes/rapport_berland.pdf

⁷⁸ **Id.** *La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, Rapport ministériel, 2008, [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf.

⁷⁹ **Id.** *Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Rapport ministériel, janvier 2011, [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/rapport-relatif-aux-metiers-en-sante-de-niveau-intermediaire-professionnels-d-aujourd-hui-et-nouveaux-metiers-des-pistes-pour-avancer.html>

⁸⁰ **OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE (ONDPS)**. *Le renouvellement des effectifs médicaux, Tome 3, Le rapport 2008-2009* [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/rapport-annuel-2008-2009-de-l-ondps.html>

⁸¹ **MAUREY Hervé (rapporteur du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire)**. *Déserts médicaux: agir vraiment*. Rapport sénatorial d'information, n°335, enregistré le 05 février 2013, [En ligne] <http://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-335-notice.html>

⁸² **JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE**. *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, dite loi HPST, article 51, [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.

Haute Autorité de Santé (HAS). C'est ainsi que des infirmières se sont vues confier le suivi clinique et biologique de patients hémodialysés. Cette expérience nécessitait la formation en amont des infirmières à l'examen clinique, dispensée par les médecins de ce service⁸³.

Ainsi, on peut constater que l'examen clinique apparaît comme une compétence incontournable dans le champ d'expertise des pratiques dites avancées. Ce concept, issu des Etats Unis d'Amérique, fait référence à l'acquisition de compétences expertes soit du fait d'une formation post diplôme initial, ou par des savoirs acquis par l'expérience professionnelle ou encore dans le cadre de protocoles de coopération dans le transfert d'actes ou d'activités à caractère médical ; « exigeant de chacun une maîtrise de l'examen clinique »⁸⁴. Ainsi, « les pratiques avancées sont repérables dans de très nombreux domaines(...) : éducation thérapeutique, réalisation de soins complexes, suivi de patients atteints de pathologies chroniques (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, diabète,...) »⁸⁵. Si l'on se fie à l'évolution des pratiques avancées à l'étranger, le modèle devrait rapidement intégrer « la prescription (médicamenteuse), l'orientation des malades, les soins de santé de premiers recours... »⁸⁶. Il est à noter que la législation actuelle autorise l'infirmier à renouveler un certain nombre de contraceptifs oraux⁸⁷ et la prescription de dispositifs médicaux⁸⁸.

Nous nous dirigeons donc vers l'établissement de consultations infirmières sur le modèle médical. Or, comme le souligne Ljiljana Jovic, dans son mémoire de l'école nationale de la santé publique, « la consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique, et s'il y a lieu une prescription thérapeutique »⁸⁹. Examen clinique et consultation apparaissent donc indissociables. C'est ainsi que la consultation infirmière, dans le cadre d'un suivi semestriel des patients à risques élevés de mélanome,

⁸³ **WARNET Sylvie (sous la direction de)**. Dossier : les pratiques avancées. *La revue de l'infirmière*. n°170, Avril 2011, p20-21

⁸⁴ **Id. note 16**, p.10

⁸⁵ **JOVIC Ljiljana (sous la direction de)**. Pratiques avancées, *Les concepts en sciences infirmières-ARSI*, édition Mallet Conseil, 2009, p.221

⁸⁶ **Id. note 85**

⁸⁷ **JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE**. Arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux visée aux articles L.4311-1 et L. 5125-23-1 du code de la santé publique et Décret n°2012-35 du 10 janvier 2012 pris pour l'application des dispositions du quatrième alinéa de l'article L.4311-1 du CSP [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁸⁸ **JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE**. Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁸⁹ **JOVIC Ljiljana**. *La consultation infirmière : la gestion des compétences dans un système complexe*. 82p. Mémoire de l'école nationale de santé publique. Rennes. 2000, p.7.

organisé selon le protocole de coopération, intègre l'examen clinique visuel et tactile de la peau du patient, l'examen de l'abdomen et des aires ganglionnaires⁹⁰.

On pourra conclure ce paragraphe par une phrase de Mr Delmas : « *s'il est vrai que certaines pratiques réalisées dans ce cadre, telle l'auscultation, peuvent questionner l'infirmière française, rappelons-nous que cet acte n'est pas le monopole des médecins. D'acte diagnostic pour ces derniers, il devient acte de surveillance pour l'infirmière* »⁹¹. D'autant plus que selon lui, « *avec l'essor de l'imagerie, les médecins y recourent de moins en moins* », constat qui confirme celui de Raymond Villey dans *Réflexions sur la médecine d'hier et de demain*⁹².

« *N'y aurait-il pas matière à se réapproprier des choses ?* »⁹³

Après avoir fait cet état des lieux de l'examen clinique, dans la pratique française, il convient d'exposer les bénéfices que pourrait en tirer la profession, en termes de qualité de travail et la manière dont il peut s'intégrer à notre pratique.

B- Les bénéfices liés à l'utilisation de l'examen clinique :

1- Un outil adaptable à toutes situations de soin :

Selon l'ouvrage, *la pratique infirmière de l'examen clinique*⁹⁴, l'examen clinique est à utiliser avec pertinence en fonction du contexte. Ainsi, une première entrevue avec un patient imposera un examen clinique complet et exhaustif du patient ; alors que dans le cadre d'un suivi régulier, durant une hospitalisation, il sera plutôt effectuer de façon partielle soit au regard des problèmes de santé qui l'ont fait admettre dans le service ou alors d'un symptôme apparu au décours de cette hospitalisation (brûlures mictionnelles par exemple). Enfin, l'examen clinique sera un outil d'évaluation pertinent en situation d'urgence, centré sur les fonctions vitales du patient.

⁹⁰ **AGENCE REGIONALE DE LA SANTE-Ile de France.** *Consultation infirmière pour le suivi semestriel des patients à risques élevés de mélanome entre deux consultations du dermatologue – protocole de coopération entre professionnels de santé.* Juillet 2010. [En ligne] http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/protocole_autorise/Protocole08.02.2013/Protocole_et_arrete/Protocole.pdf

⁹¹ **Id. note 27**, p33

⁹² **Id. note 11**

⁹³ **Id. note 27**, p33

⁹⁴ **Id. note 16**, p.4.

2- Un outil de recueil de données au service de la démarche clinique infirmière :

Il convient avant tout de définir ce concept de démarche clinique. Selon Thérèse Psiuk, « *la démarche clinique est le processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne, mais également des capacités* »⁹⁵. Pour Ljiljana Jovic, la démarche clinique se décompose en 5 étapes :

- L'observation de signes et symptômes et la recherche de données pertinentes
- L'analyse et l'interprétation des données qui aboutissent à un jugement clinique et/ou un diagnostic infirmier
- L'élaboration de stratégies d'action (traitements, interventions, planification des soins,...)
- La réalisation des activités (soins, traitements, interventions...)
- L'évaluation des résultats⁹⁶.

L'examen clinique s'intègre tout à fait dans cette démarche puisqu'il est utile à la réalisation de toutes ces étapes et contribue à sa qualité. En effet, « *il devient un élément incontournable pour recueillir les données pertinentes, surveiller l'évolution d'une situation de santé et évaluer l'efficacité des interventions de soins proposées* »⁹⁷.

Tout d'abord, la collecte des données est l'objet principal de l'examen clinique. En effet, comme nous l'avons déjà vu, il permet le recueil de données subjectives, issues des propos et du ressenti du patient, et de données objectives « *recueillies directement à partir de l'individu biologique, par organe, par système, par fonction ou par région topographique. Cette partie objective (...) constitue l'examen physique* »⁹⁸. « *Nos collègues américaines et canadiennes ont développé dans leur pratique un examen physique qui comprend la perception, la palpation, la percussion, l'auscultation. L'examen clinique réalisé par ces infirmières, a pour but d'objectiver le jugement clinique* »⁹⁹.

⁹⁵ Id. note 34, p9.

⁹⁶ JOVIC Ljiljana (sous la direction de). Clinique, *Les concepts en sciences infirmières-ARSI*, édition Mallet Conseil, 2009, p.103

⁹⁷ Id. note 16, p.9

⁹⁸ Id. note 15, p6

⁹⁹ Id. note 30, p65

Thérèse Psiuk illustre cela par un exemple. Le symptôme subjectif « *j'ai du mal à respirer* » exprimé par le patient, sera objectivé par l'examen clinique en dyspnée, tirage de la cage thoracique, déformation de la cage thoracique et bruits adventices à l'auscultation. On voit ici toute la plus-value que permet l'examen physique ; c'est à dire en l'établissement d'un jugement clinique plus précis et plus fin.

Or, selon les auteurs de l'ouvrage, *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, c'est de la pertinence de ce jugement clinique que va découler la qualité des actions infirmières dans :

- La détermination des besoins de santé appelant une action propre ou celle d'un autre professionnel,
- La priorisation des problèmes de santé et l'identification des situations d'urgence vitale,
- Le dépistage des facteurs de risque susceptibles d'aggraver l'état de santé,
- L'établissement d'objectifs de soins appropriés,
- L'identification des ressources et des stratégies utilisées par le patient pour s'adapter au problème de santé.

Enfin, l'examen clinique et surtout l'examen physique, en ce qu'il permet d'objectiver des symptômes, c'est à dire de les qualifier, les quantifier et les localiser, est un bon moyen d'évaluer l'efficacité des interventions. En effet, « *les données recueillies, lors de l'examen clinique initiale, vont devenir au cours de l'évaluation, des mesures de références, permettant de noter l'évolution du patient suite aux interventions infirmières* » qui relèvent de leur rôle propre et de celui sur prescription, et de modifier le plan de soins si nécessaire.

3- Un gage de sécurité dans les soins :

Tout d'abord, comme le souligne l'ouvrage de Lyne Cloutier et al, la pratique de l'examen clinique, au quotidien, stimule l'utilisation systématique du raisonnement clinique, d'une réflexivité et de l'établissement de liens, ce qui invite à « *une réactualisation continue des savoirs et savoir-faire* », un point « *essentiel pour la sécurité des patients* »¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Id. note 16, p.13

Le bénéfice, en termes de sécurité, réside également dans la qualité de la surveillance et de la continuité des soins. En effet, et nous l'avons déjà vu, l'examen clinique permet de déceler rapidement et objectivement les modifications positives ou négatives de l'état de santé du patient, et ce, grâce au bilan de santé initial. Mais, l'examen clinique et, surtout, l'examen physique, induisent l'utilisation d'un jargon médical précis qui permet aux infirmiers, dans leur transmissions ciblées ou non, d'« étayer leurs observations cliniques mais aussi de guider leur pratique dans la pertinence du choix des éléments à observer »¹⁰¹.

4- Une interface au service de l'interdisciplinarité :

« La compétence clinique de l'infirmière est un atout pour la qualité des soins si elle se coordonne aux raisonnements cliniques des autres professionnels de santé »¹⁰². L'examen clinique, en devenant le socle commun à tous les professionnels de la santé, permet de faire s'imbriquer les différents points de vue, dans un langage commun, afin de tendre vers « une organisation de la prise en charge dans sa dimension pluridisciplinaire »¹⁰³. En effet, « l'examen clinique se pose ainsi comme un standard de connaissance et de pratique de tous les professionnels de santé amenés à poser un jugement clinique »¹⁰⁴.

« L'examen clinique constitue un instrument de communication permettant aux professionnels de transmettre et de partager les informations cliniques concernant la personne soignée tout au long de son épisode de soins. (...) L'utilisation adéquate de l'examen clinique, incluant l'examen physique, permet à l'infirmière d'apporter une contribution importante à l'équipe interdisciplinaire »¹⁰⁵. Un point non négligeable lorsque l'on sait que deux études ont démontré la relation entre qualité des soins et efficacité de la collaboration entre les professionnels de santé^{106 et 107}.

¹⁰¹ Id. note 16, p.13

¹⁰² Id. note 34, p1

¹⁰³ Id. note 27, p33

¹⁰⁴ Id. note 27, p33

¹⁰⁵ Id. note 15, p.5

¹⁰⁶ WIEGMANN D.A. and Al., Disruptions in surgical flow and their relationship to surgical errors : an exploratory investigation (2007), *Surgery*, n°142, p658-665.

¹⁰⁷ GITTELL J.H. and al. , Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay : a nine-hospital study of surgical patients (2000). *Medical Care*, n°38, p. 807-819.

PARTIE II : PHASE EXPLORATOIRE

I- MÉTHODOLOGIE DE LA PRÉ-ENQUÊTE :

Pour notre phase exploratoire, nous avons décidé d'associer l'utilisation de deux outils que sont le questionnaire et l'entretien.

A- Les questionnaires :

Les questionnaires interrogeaient deux types de population que sont les étudiants infirmiers et les infirmiers en activité. Il s'agissait de mesurer qualitativement et quantitativement leur représentation et leur connaissance de l'examen clinique, leur pratique clinique, les apports et manquements en termes de formation et d'expérience.

Les questionnaires ont été construits selon une trame identique mais sans respecter une similitude stricte dans la formulation des questions entre les deux populations. Ainsi, les premières questions explorent les déterminants sociaux que sont l'âge, le niveau d'étude dans le cursus de formation, les années d'expérience professionnelle, le lieu d'exercice et le niveau d'expertise. Ensuite, les questionnaires interrogent les représentations que véhiculent l'examen clinique et sondent les limites que chacun se pose dans la pratique des composantes que sont l'entretien, l'observation, la palpation, la percussion et l'auscultation. Enfin, les questionnaires destinés aux étudiants tentent d'évaluer les apports en termes de pratique clinique qu'offre la formation initiale.

Ceux des professionnels sont plus axés sur l'établissement d'un état des lieux de leur pratique et de l'intérêt ou pas de l'améliorer en introduisant l'apprentissage de l'examen clinique.

Notre objectif initial était de comparer deux échantillons de population d'étudiants dont l'un bénéficiait d'un cours formalisé d'introduction à l'examen clinique, afin d'évaluer l'impact qu'avait ce cours dans la pratique clinique en stage. 50 questionnaires par échantillon nous paraissaient raisonnables. Cependant, pour des raisons de temps, de logistique et d'autorisations, nous n'avons pu transmettre à notre correspondant ces questionnaires. Finalement, notre enquête exploratoire ne portera que sur les étudiants en licence 3 de l'IFSI du CHU d'Angers. Nous nous sommes cantonnés aux étudiants de licence 3 puisqu'ils nous paraissaient naturellement plus expérimentés. La distribution de

cinquante questionnaires, c'est faite au hasard des rencontres. Quarante questionnaires nous ont été retournés en mains propres.

En ce qui concerne le questionnaire des professionnels, l'objectif était d'avoir un panel le plus représentatif possible en termes de types de service et de profils d'infirmiers :

- Lieu de vie : 11 questionnaires–7 retours
- Service hospitalier d'hématologie incluant un service de soins critiques, un hôpital de jour, un hôpital de semaine et des consultations : 30 questionnaires – 9 retours
- Un service de réanimation : 30 questionnaires–13 retours
- Un service d'infirmières expertes en recherche clinique : 8 questionnaires – 4 retours

Les questionnaires sont disponibles en annexe II.

Le faible nombre de questionnaires distribués ne nous permettra pas d'avoir des résultats extrapolables et représentatifs mais ils pourront, néanmoins, nous orienter vers des pistes de réflexions et grandes tendances.

B- Les entretiens exploratoires :

Les entretiens ont pour objectif de continuer à sonder les représentations liées à la pratique de l'examen clinique et d'explorer les différentes thématiques qui nous semblaient corrélées à notre sujet (exploration de l'examen clinique dans ses représentations, son cadre légal d'exercice, son enseignement en formation initiale, les pratiques avancées, son hypothétique introduction dans la pratique infirmière,...) Ils se sont déroulés sur un mode plutôt semi-directif afin de bien rester dans le champ du thème qui nous intéresse. Ils ont été au nombre de 4.

Le premier s'est fait par téléphone auprès d'une cadre de santé formatrice, faisant fonction, d'un IFSI de la région parisienne, qui propose l'enseignement d'une introduction à l'examen clinique. Les objectifs étaient, ici, d'examiner comment était construit ce cours, à quels buts pédagogiques il répondait, ses limites et le ressenti qu'éprouvaient les étudiants, l'équipe enseignante et les professionnels. Le contexte de cet entretien mérite d'être mentionné. En effet, ce cours d'introduction a été initié par un cadre formateur, faisant fonction, en 2011, qui avait reçu la formation à l'examen clinique au sein d'un

hôpital parisien en collaboration avec l'université de Québec. Or, cette personne est partie en formation. Sa collègue que nous avons interviewée, n'a pas bénéficié de la formation à l'examen clinique et de l'esprit qu'y était corrélé. Ce sera un point à prendre en compte dans l'analyse de ses propos.

Le second entretien a permis d'interroger une cadre formatrice experte en raisonnement clinique de l'IFSI du CHU d'Angers. Cet entretien nous paraît pertinent afin de situer l'examen clinique dans la démarche clinique, dans la pratique et en formation initiale d'un établissement qui ne dispense pas de cours formalisé à l'examen clinique.

Enfin, les deux derniers entretiens interrogeaient, par téléphone, deux infirmiers formés à l'examen clinique dans le cadre de la formation mentionnée plus haut, ce qui nous a permis d'aborder, non seulement les thématiques communes aux deux précédents entretiens, mais également l'intégration de l'examen clinique dans leur pratique quotidienne et au sein de leur service. Le premier est un Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) et la seconde est une infirmière qui travaille dans un service de soins intensifs de neurologie, détenant un master I en sciences cliniques infirmières qui a reçu la formation à l'examen clinique à deux reprises : en premier lieu lorsqu'elle travaillait au sein des urgences dans lesquelles travaille l'infirmier susmentionné, et au cours de sa formation de master I.

Les grilles d'entretien et leur intégrale retranscription sont annexées dans le respect de l'anonymat des personnes interrogées (annexes III et IV).

II- ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES :

A- Analyse des questionnaires :

1- Les étudiants :

Spontanément, l'examen clinique les renvoie à l'observation, la palpation, et la mesure des constantes vitales ; ils complètent leur réponse, après fourniture de propositions, en y incluant l'entretien, la percussion et l'auscultation.

Une majorité considère qu'il intègre notre champ de compétence et le situe correctement dans le référentiel.

La plupart pense qu'il relève du rôle infirmier de mener un entretien, d'observer et palper mais pas de percuter ou d'ausculter, et ce, par manque de formation et par le fait que ces

méthodes appartiennent à la pratique médicale. D'ailleurs, le stéthoscope n'est principalement utilisé que pour prendre une tension artérielle et vérifier la mise en place d'une sonde nasogastrique.

La majorité déclare ne pas avoir reçu d'apports théoriques sur l'examen clinique. Pour ceux qui pensent en avoir reçu un, il leur a permis le développement de leur capacité à observer, d'apprendre à mesurer les constantes et de repérer les signes d'urgence ou anomalies. Un cours formalisé sur l'examen clinique serait source de connaissances supplémentaires, d'amélioration de leur raisonnement clinique, d'une meilleure reconnaissance des situations d'urgence et la clarification de l'étendue de notre champ de compétence. Il leur permettrait de s'autoriser à le pratiquer plus facilement en stage clinique même si 40% estiment que les professionnels de proximité auraient des a priori en lien avec l'image médicale que véhicule l'examen clinique et du fait que ce soit une compétence que ces professionnels ne maîtrisent pas.

55% pensent que leurs apports théoriques couplés à leurs expériences cliniques ne sont pas satisfaisants ; ils proposent d'avoir des cours de sémiologie, sur l'examen clinique incluant l'examen physique et plus d'expériences professionnelles.

Les avis sont partagés quant au regard que pourrait porter les médecins face à la pratique infirmière de l'examen clinique. Pour une partie, les médecins penseraient que nous ne sommes pas dans notre rôle et pour les autres que les médecins apprécieraient, dans le sens où ils bénéficieraient de données supplémentaires et d'un gain de temps.

En termes de pratique, la plupart d'entre eux, ont eu l'occasion, au niveau de l'examen physique, d'observer et de palper (abdomen) mais pas de percuter (par manque de formation) ni d'ausculter (relevant du domaine médical).

L'examen clinique apparaît clairement être un gage de sécurité, de professionnalisme et de responsabilité dans les soins, et il favoriserait l'interdisciplinarité.

L'examen clinique revêt plutôt une image positive à leurs yeux puisque 95% estiment qu'il soit bénéfique à la profession ; d'ailleurs 87% souhaiteraient y être formés.

2- Les professionnels :

L'échantillon met en évidence une population plutôt jeune (moins de 40ans), exerçant la profession d'infirmière sans spécialisation particulière (85%) et officiant dans un centre

hospitalier universitaire (79%) au sein d'unités conventionnelles et de soins critiques depuis moins de 10 ans.

L'observation est le terme principalement utilisé pour caractériser l'examen clinique ; viennent ensuite l'auscultation et le recueil de données.

Ils complètent leur réponse, après fourniture de propositions, en y incluant l'entretien, la percussion et la palpation.

82% estime que l'examen clinique intègre notre champ de compétences et qu'il n'est pas du rôle exclusif du médecin.

Selon eux, l'entretien (90%), l'observation (100%) et la palpation (76%) sont des techniques qui font parties de nos prérogatives. Elles permettent le recueil de données et la surveillance clinique du patient. D'ailleurs, 97 % pense l'intégrer à sa pratique au travers l'observation et l'entretien.

La majorité utilise le stéthoscope en dehors des mesures tensionnelles afin de vérifier la mise en place d'une sonde nasogastrique. Quelques infirmiers l'utilisent dans l'exploration des fonctions cardiovasculaire, respiratoire et digestive.

Néanmoins, l'auscultation et la percussion n'apparaissent pas être de leur rôle, et ce, essentiellement par manque de formation et parce que ces techniques seraient de l'ordre du domaine médical.

L'évaluation clinique d'un patient semble se fonder sur l'entretien, l'observation, l'expérience, les paramètres vitaux et paracliniques ; moyens qui ne satisfont pas les professionnels pour 61% d'entre eux.

En tout cas, l'examen clinique leur semble être un outil permettant d'améliorer leur surveillance clinique et la détection rapide de situations d'urgence. D'ailleurs, 91 % souhaiterait y être formé à des fins d'efficacité dans les soins, de valorisation professionnelle et personnelle. Enfin, tous pensent que sa maîtrise soit une avancée positive.

L'analyse quantitative des questionnaires est annexée (annexe V)

B- Les entretiens :

Ils nous ont permis d'explorer et de mettre en lumière différentes thématiques. Afin de faciliter l'identification des intervenants et d'éviter les répétitions qui risquent d'alourdir le style, nous leur attribueront des sigles :

- CSF : Cadre de Santé Formatrice de la région parisienne

- ERC : Expert en Raisonnement Clinique et CSF
- IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil des urgences formé à l'examen clinique
- IM : Infirmière diplômée d'un Master I formée à l'examen clinique.

1- La définition de l'examen clinique :

Donner une définition de l'examen clinique est apparu comme un exercice difficile. En effet, selon la CSF qui dispense un cours d'introduction à l'examen clinique, « *c'est un grand mot* » et « *il y a beaucoup de choses à dire* ». Finalement, c'est quelque chose que l'infirmière fait au quotidien de manière implicite en observant son patient, « *en faisant des liens avec ses connaissances théoriques* » ; cela va jusqu'à « *la réalisation (...) d'actes* » comme « *reconnaître un souffle et d'ausculter et de sentir avec les mains* » mais sans stéthoscope. Pour l'ERC, c'est l'ensemble des moyens utiles au raisonnement clinique. Cela passe par l'observation, l'entretien, les connaissances, les perceptions et « *intuitions perceptives* ». Puis, après lui avoir précisé ce que nous entendions derrière l'examen clinique, elle y inclut la palpation et la percussion. L'auscultation est abordée avec difficultés puisque « *c'est surtout au niveau de l'auscultation où on a du mal à se positionner* ». Pour l'IOA, la définition de l'examen clinique met en revanche plus l'accent sur l'auscultation, la palpation et l'examen neurologique. « *C'est une reconnaissance de certains signes par différentes méthodes (...) pour pouvoir reconnaître certains problèmes* » et « *c'est comme un grand recueil de données qui permet à l'infirmier de comprendre la situation, en fait* ». L'IM y voit l'examen d'un organe ou d'une fonction et un outil inaliénable et universel commun à tout professionnel de santé. « *L'examen clinique, c'est le même pour tout le monde (...) il appartient à tout le monde, après chacun le pratique dans un objectif* ». Enfin, il apparaît pour tous être la base de la démarche clinique infirmière. Selon l'ERC, il ne s'agit pas de poser un diagnostic médical mais un jugement clinique que le médecin validera ou pas.

2- Représentations liées à l'examen clinique :

L'examen clinique n'apparaît pas souffrir de représentation particulière quand il se définit par une observation attentive du patient notamment puisque ce serait une pratique implicite déjà présente. Par contre, dès qu'il est entendu comme, en partie, un examen

physique constitué de l'observation, la palpation, la percussion et l'auscultation du patient, il tombe sous la symbolique médicale et de ce fait suscite des réactions. La CSF déclare ainsi, « *on est pas des médecins* ». Mais finalement, c'est l'auscultation, notamment par l'utilisation du stéthoscope, qui pose problème. En effet, la CSF envisage bien la pratique de l'auscultation mais en excluant l'utilisation du stéthoscope. « *C'est pas dans notre culture de nous servir d'un stéthoscope, nous les infirmières, à part pour prendre une tension* ». L'auscultation ne pourra être donc qu'immédiate : « *on y va à l'oreille sauf que l'on n'a pas d'instrument* » comme aux temps pré Laënnec. Comme nous l'avons vu, l'ERC présente des difficultés à prononcer le terme d'auscultation et avoue finalement que « *c'est surtout au niveau de l'auscultation où on a du mal à se positionner* ». L'IOA qui a pourtant bénéficié de la formation, a des réticences à utiliser de façon affichée un stéthoscope. « *Le stéthoscope est tellement représentatif du médecin* ». D'ailleurs, il concède que « *tout ce qui est palpation (...) c'est fait plus discrètement du coup (...) ça amène moins de réticences* ». « *On voit pas encore l'infirmière avoir son stétho dans la poche et puis le sortir, (...) c'est pas encore comme ça. Je pense qu'on en n'est pas encore là* ». L'IM fait le même constat : « *j'utilisais pas de signes extérieurs, on en était pas arrivé là* ». Le stéthoscope est « *tellement un symbole médical* ». Selon elle, cet interdit serait le fruit d'une pression de ces collègues à qui l'examen clinique avait été mal expliqué et qui lançaient « *ça y est, tu fais ton mini médecin* ». Par contre, « *ils en avaient rien à faire, les médecins des urgences* » et « *ils étaient prêts à nous faire écouter les poumons* ». Elle conclut quand elle évoque l'examen clinique, que « *les freins viennent plus des infirmiers eux-mêmes et de leur a priori. Les médecins sont plutôt pour* ».

3- Le cadre légal de l'examen clinique :

La CSF situe l'examen clinique « *dans les surveillances du rôle propre, ou dans ce qui est à visée diagnostique* ». La mention, à plusieurs reprises de l'examen clinique dans le référentiel de formation et de compétences sans définition précise, est vue comme le symbole d'une frontière « *mince entre le rôle du médecin et le nôtre* » et « *d'une querelle de clocher* ». L'ERC y voit plutôt « *une porte ouverte* » propice à une appropriation. Finalement, malgré le fait que soient mentionnées les techniques de l'examen physique dans le cours d'introduction à l'examen clinique, la CSF précise que « *la réforme de 2009 n'a pas changé le décret en lui-même de nos compétences (...) et tant que ce ne sera pas fait, on ne pourra pas l'appliquer [l'examen clinique]* ».

4- Formation et examen clinique :

La CSF avoue que ce cours en formation initiale est difficile à mettre en œuvre et compte sur l'arrivée de formateurs plus jeunes pour faire évoluer les mentalités tout en rappelant que le référentiel est récent et qu'il n'y apparaît pas l'obligation d'introduire un temps spécifique à l'examen clinique. *« En plus, ce n'est pas dans le projet pédagogique. C'était quelque chose qui nous tenait à cœur et que l'on a essayé d'induire ; mais tant qu'il n'est pas formalisé réellement dans la formation initiale, je pense qu'ici, ça va être dur de le mettre en place. »* D'autant plus que *« c'est quelque chose qui est formateur dépendant. »* De plus, selon elle, l'apprentissage de l'examen clinique devra être impulsé par le terrain et pas par la formation initiale comme les diagnostics infirmiers l'ont été et dont les ajustements entre les professionnels et les étudiants ont été compliqués. *« Si tout le monde s'y met, ça va permettre aux étudiants de l'aborder et après, cela arrivera peut-être en formation initiale »* Enfin, *« je pense que cela doit rester de l'ordre de la pratique avancée »*.

L'ERC pense qu'elle transmet des éléments de l'examen clinique au travers l'enseignement du raisonnement clinique qu'elle illustre avec des exemples tirés de son expérience et donc formateur dépendant. Néanmoins, elle avoue tout de même que l'examen clinique n'est peut-être pas assez mis en avant. *« Il faudrait peut-être qu'on le mette en valeur. Plus dire, là vous êtes sur un examen clinique qui vous est propre. »*. Elle s'interroge sur les difficultés à le mettre en pratique en IFSI et en conclut que son apprentissage doit s'effectuer sur le terrain *« par des acquis d'expériences »*. Il y a un *« socle de savoirs »* transmis par l'IFSI et après, il nous appartient *« d'avoir les connaissances suffisantes pour pouvoir identifier la bonne hypothèse auprès du médecin, c'est à dire, d'identifier un crépitant ou d'identifier un souffle ou de palper un globe vésical »*. La démarche individuelle de savoirs complémentaires est l'esprit recherché par la réforme. En tout cas, elle estime que l'examen clinique doit, pourquoi pas, être enseigné à l'ensemble de la profession mais certainement être plus pointu dans les pratiques avancées.

L'IM envisagerait plus l'examen clinique en formation initiale par l'enseignement d'un *« b.a.-ba »*. , *« un examen clinique assez simple (...) en reprenant tous les appareils avec des choses assez simples »* car *« c'est la base de notre métier »*. Cette dernière, comme l'IOA estiment que la formation qu'ils ont reçu, requiert des connaissances plus approfondies et une pratique régulière qu'ils n'ont pu pérenniser du fait de l'absence de

soutien institutionnel ni de projet de service en ce sens (contexte défavorable de restructuration du personnel et des moyens de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris).

5- Apports de l'examen clinique dans la pratique :

L'examen clinique semble bénéfique, qualitativement, au travail de l'infirmier. Selon la CSF, c'est une compétence qui fera que le médecin « *va la reconnaître comme une excellente infirmière* ». Pour l'ERC, « *plus on sera perfectionné dans l'examen clinique, mieux ce sera* ». « *On met en avant nos connaissances ; on va aller confirmer nos hypothèses par un examen clinique et ça donne de la crédibilité auprès du médecin* ». L'IOA et l'IM sont persuadés que c'est une plus-value dans la pratique.

Les 4 entretiens dégagent l'idée que l'examen clinique améliore la qualité des relations interdisciplinaires et la contribution de l'infirmier dans la résolution de problèmes de santé en équipe pluridisciplinaire. Il apparaît comme une interface, avec un vocabulaire et des techniques communs à tous les professionnels de santé.

Les deux infirmiers formés insistent sur le fait que cet apport leur a permis d'affiner leur jugement clinique et de mieux comprendre et évaluer les problèmes de santé. « *Cela permet d'être capable de déceler des problèmes plus fins* ». « *Plus on se forme, plus on peut être fin dans son regard et notre analyse* ». Il permet de faire des liens. « *Ça m'a permis de mieux comprendre comment on fonctionne dans notre tête et notre corps pour analyser les choses* ».

Ils précisent également que, dans le cadre du service des urgences, il pourrait permettre de simplifier le parcours des patients et la charge de travail médical si un infirmier faisait, par exemple, les examens cliniques et l'orientation de la petite traumatologie. Une réflexion avait d'ailleurs été menée en ce sens mais sans suite du fait des restructurations mentionnées plus haut.

Enfin, l'IOA soumet l'idée que la pratique de l'examen clinique est l'occasion de rapprocher physiquement du patient au travers le toucher-palpation. C'est un domaine qui, selon lui, se perd un peu chez les infirmiers. « *On se rapproche encore plus du patient* ». C'est une idée que ne partage pas l'ERC. Selon elle, l'examen clinique induit un toucher à visée diagnostique, ce qui est différent d'un toucher « *qui va permettre une confiance. (...) Les attentes du patient ne sont pas les mêmes derrière* ».

6- Limites opposables à l'examen clinique :

Pour l'ERC, l'examen clinique ne doit pas être un outil systématique de recueil de données. En effet, elle met en garde sur le danger de tomber dans une pratique dénuée de sens comme la *« tournée des tensions, pulsations, température, saturation en systématique »*. Il ne doit pas être non plus une grille. *« Ce serait ridicule, on en reviendrait à notre grille des 14 besoins de V. Henderson »* ou *« parce que je vois, le risque , c'est que l'on fasse un examen clinique complet au même titre que l'on faisait un recueil de données complet dans le cadre des besoins de Virginia Henderson, sans trop savoir ce que l'on va chercher »*.

L'ERC s'interroge sur un biais auquel il faut être vigilant : *« est-ce que l'on ne va pas shunter l'observation du patient au profit de l'examen physique ? »*. L'IOA partage cet avis en disant *« qu'il ne faut pas oublier que notre démarche est globale »*. L'IM va également dans ce sens : *« avant de prendre son stétho, il faut d'abord regarder son patient »*.

Enfin, l'ERC pointe du doigt le désaveu des médecins pour la clinique sur laquelle ils devraient se recentrer afin de limiter le coût des examens complémentaires. Elle ne voit pas d'un bon œil la possibilité que l'infirmier fasse l'examen clinique et que le médecin le complète par des examens complémentaires. *« Je vois pas l'infirmière prendre la place du médecin sur l'examen clinique »*. Il faut que cette pratique se fasse dans des objectifs différents.

Selon l'IM et l'IAO, l'apprentissage de l'examen clinique nécessite des connaissances et du temps. *« Vous voyez combien d'années les médecins mettent pour maîtriser ça ! »* et *« je pense que c'est une étude qui demande pas mal de formation »*. Il nécessite également une pratique quotidienne régulière.

7- Des propositions pour l'intégrer formellement à notre pratique :

L'IM propose l'apprentissage d'un examen clinique simple en formation initiale, puis, de se spécialiser sur un organe ou un système en fonction du service où l'on exerce. Par exemple, il s'agirait de maîtriser l'examen de l'appareil respiratoire en pneumologie.

L'IAO trouve intéressant la démarche de la formation qu'il a suivi, puisqu'il devait à son tour la relayer auprès de ses collègues ; chose qu'il n'a pu faire du fait de la durée trop courte de l'apport, de son manque d'expertise dans ce domaine et des circonstances d'ordre économique.

Il apparaît clairement dans les expériences de formation à l'examen clinique, que son implantation dans la pratique quotidienne doit être le fruit d'une réflexion interdisciplinaire. C'est un projet qui doit se construire en partenariat et avec l'approbation des médecins-« *il faut pas qu'ils pensent qu'on leur pique leur boulot* », « *main dans la main infirmiers, médecins* »- et qui doit être bien expliqué dans les objectifs poursuivis et la définition des rôles de chacun. Ces précautions apparaissent nécessaires afin de faire tomber les représentations autour de l'examen clinique « *sources d'incompréhensions* » et de blocages. « *Il faut être diplomate quand tu amènes ce genre de changement* ».

L'ERC imagine plutôt l'apprentissage d'un examen clinique axé sur des risques prévalents comme les risques d'escarre ou thrombo-embolique.

PARTIE III : Problématisation

I- DISCUSSION :

Le contexte sanitaire actuel, comme nous l'avons vu, augure des évolutions importantes pour la profession infirmière tant au niveau de son rôle central, au sein des acteurs de santé, qu'en termes de compétences attendues. Ces changements se profilent dès aujourd'hui avec l'universitarisation du cursus et l'émergence des pratiques avancées. Néanmoins, la nécessité d'une refonte de l'organisation des rôles et missions des professionnels de santé, revêt aujourd'hui un caractère d'urgence. La profession devra faire preuve d'une haute réactivité et adaptabilité. Or, l'examen clinique est décrit comme un « *gold standard* » pour faire face à la complexification des soins et comme une interface de choix dans l'interdisciplinarité. D'ailleurs, tous les sondés s'accordent sur ce point. Même si l'examen clinique semble être intégré aux pratiques avancées, qu'en est-il de sa pratique sur le terrain et de son enseignement en formation initiale? Actuellement, l'évaluation clinique sur laquelle se base l'infirmier français n'est pas l'examen clinique entendu comme outil de recueil systématique et systématisé des données. L'évaluation clinique repose sur un processus implicite, non formalisé utilisant principalement l'entretien, l'observation et la palpation du patient. Cet état des lieux a été confirmé par les questionnaires et entretiens. La formation initiale propose une approche fondée sur l'apprentissage prioritaire du raisonnement clinique sur la base du modèle trifocal. De plus, notre recherche exploratoire met en évidence que l'identification des moyens permettant le recueil de données, manque de visibilité et apparaît formateur dépendant. La perspective d'enseigner l'examen clinique en formation initiale semble se heurter à des difficultés de logistiques, pédagogiques et institutionnelles. Finalement, l'évaluation clinique pratiquée sur le terrain et enseignée en formation initiale, serait implicite à l'image de notre législation qui laisse la possibilité d'intégrer l'examen clinique dans nos compétences en le nommant mais sans le définir vraiment. D'ailleurs la difficulté pour les personnes interrogées de définir, dans toutes ses composantes, l'examen clinique, est le reflet de ce flou juridique.

Or, l'examen clinique apparaît comme un outil de qualité au service de la démarche clinique. D'ailleurs, selon notre travail exploratoire, les professionnels et les étudiants semblent intéressés par l'acquisition de cette compétence qu'ils pratiquent déjà mais de façon partielle. Il semble que cet apport comblerait des lacunes dans ce domaine. Des interrogations se posent au sujet des techniques de la palpation en termes de méthodologie,

mais surtout de l'auscultation et de la percussion par l'absence de formation dans ce domaine et par l'image médicale qu'elles véhiculent. L'auscultation pose donc problème et le stéthoscope apparaît comme le signifié du domaine médicale; domaine dans lequel il s'avère encore délicat de s'aventurer. Peut-on envisager un examen clinique de qualité sans intégrer pleinement toutes ses composantes? Ce serait revenir à ce qui se fait déjà. Nous l'avons vu, l'examen clinique est le fruit d'une genèse étalée sur plus de deux millénaires avec une forte imprégnation médicale notamment en France où il a été élevé au rang d'art et de symbole de pouvoir et de suprématie médicale au 19^{ème} siècle. Or, la profession infirmière garde les stigmates de son combat militant pour se défaire d'une image d'auxiliaire médicale. Elle a œuvré avec ferveur pour s'en détacher jusqu'à l'émergence de son rôle propre; néanmoins, un certain complexe d'infériorité est encore perceptible...D'ailleurs le concept de diagnostic infirmier dont la terminologie à consonance trop médicale, a fait les frais de ce fossé qui s'est creusé entre infirmiers et médecins. L'examen clinique suivra-t-il la même destinée ?

En tout cas, les expériences d'introduction de l'examen clinique en formation initiale ou en formation continue semblent avoir échoué pour le moment; la faute à un manque de soutien d'institutions en restructuration, à un flou juridique autour de l'examen clinique, à un référentiel d'activités exhaustif et rigide venant en dérogation à l'exercice médical et à des représentations encore bien ancrées qui créent des réactions défensives de la part des infirmiers non formés.

Pourtant l'heure de la réconciliation semble avoir sonné. En effet, la pression du contexte médical, sanitaire, démographique et économique actuel fait qu'il apparaît une impérieuse nécessité à faire coopérer médecins et infirmiers et à augmenter nos compétences. Plus qu'une coopération, n'est-il pas nécessaire, pour aller plus loin, plutôt de favoriser une réelle collaboration entre médecins, infirmiers et les autres professionnels de santé où l'examen clinique s'érigerait comme la figure de proue du navire baptisé « interdisciplinarité ». . Néanmoins, nous sommes encore en droit de se demander, à l'heure actuelle, si cette collaboration reste un mythe ou est en voie de devenir réalité ?

Finalement, à la question : est-ce que la profession peut- elle faire l'économie de la pratique de l'examen clinique, nous pouvons répondre qu'elle semble devoir s'inscrire dans l'évolution du contexte sanitaire tendant à l'amélioration de nos compétences; il semble désiré par les professionnels de terrain et de demain qui en réclament

l'apprentissage. Mais des freins d'ordres culturel, historique et juridique apparaissent comme des grains de sables venant ralentir ce processus d'intégration.

II- QUESTION/HYPOTHÈSE DE RECHERCHE :

Ce constat nous amène à une question de recherche : **est-ce que l'examen clinique s'intégrera au paradigme infirmier français ?**

Il pourra s'intégrer à notre paradigme dans l'hypothèse où les pouvoirs publics favoriseront l'émergence d'une collaboration efficiente des acteurs de santé au service des patients par la refonte législative de nos compétences en termes de missions plutôt qu'en dérogation à l'exercice médical.

CONCLUSION

L'émergence de l'examen clinique de façon visible et formalisé au sein de la profession n'est pas seulement l'intégration d'un simple outil. Gage incontestable d'une amélioration des pratiques, il véhicule une charge symbolique très forte qui fait écho à notre paradigme et questionne sur la place que nous voulons prendre au sein du futur système de Santé. C'est pourquoi, s'engager dans la pratique de l'examen clinique, c'est se positionner comme acteur de santé au sein d'une équipe interdisciplinaire au service du patient et de la Santé Publique.

L'idée est, par le biais de recherches ultérieures, d'évaluer l'impact sur la qualité des soins et du travail en équipe, qu'aurait l'introduction de la pratique de l'examen clinique par des infirmiers à l'échelle d'un service voire d'un établissement dans le cadre d'un projet à moyen terme. Ce projet devra être le fruit d'une réflexion commune entre infirmiers et médecins quant aux objectifs poursuivis dont la diffusion sera la plus univoque possible auprès des professionnels concernés.

Mon engagement dans ce mémoire, un peu militant, reflète l'état d'esprit dans lequel la profession doit s'engager afin de faire reconnaître ses compétences et son leadership comme acteur à l'interface de tous les professionnels de santé. De façon plus pragmatique, ce mémoire nous a donné des arguments solides pour justifier auprès des professionnels de proximité notre pratique de l'examen clinique. Notre démarche a été comprise à partir du moment où ses objectifs ont été suffisamment explicités. Dans un futur proche de pratique professionnelle, nous nous attacherons à travailler cette compétence au quotidien dans le respect des limites de son acceptation par autrui et à en promouvoir sa pratique auprès de nos pairs.

RS