NOUVEAU RÉFÉRENTIEL 2026

UE A.1 Fondamentaux des sciences infirmières et raisonnement clinique

IFSI

STÉPHANIE HOYELLE-PIERRE

PRÉFACE DE THÉRÈSE PSIUK

LE PETIT GUIDE PRATIQUE DU RAISONNEMENT CLINIQUE INFIRMIER

2e ÉDITION

La démarche clinique infirmière : méthode et pratique pas à pas



- Une approche pédagogique du modèle clinique trifocal
- Des analyses de situations et des cas cliniques complets
- Une introduction à l'Evidence-Based Nursing et au diagnostic infirmier

Vuibert

Stéphanie Hoyelle-Pierre

LE PETIT GUIDE PRATIQUE DU RAISONNEMENT CLINIQUE INFIRMIER

2e édition

Vuibert

Vuibert s'engage
durablement pour l'environnement

Adaptation de la maquette intérieure : Patrick Leleux PAO

Mise en pages : PCA

Couverture : Primo & Primo

ISBN : 978-2-311-66775-2

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit aux ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

Dans le cas où le livre comporte des ressources numériques en ligne, ces dernières sont des compléments offerts à l'achat du livre. Par respect du droit d'auteurs, ces ressources sont incessibles, interdites de reproduction et réservées à un usage strictement personnel. Elles sont soumises aux conditions d'utilisation en vigueur (CGU) accessibles sur notre site et peuvent, pour des raisons commerciales, légales, d'évolution technique ou de contenu, être supprimées ou interrompues à tout moment, sans garantie de maintien ou de compensation. Dans le cas où les QR codes et liens hypertextes permettent d'accéder à des sites internet tiers, la responsabilité des éditions Vuibert n'est pas engagée, notamment quant à leur éventuel dysfonctionnement ou à leur indisponibilité d'accès.

© Octobre 2026, Éditions Vuibert – 5, allée de la 2e DB, 75015 Paris
www.vuibert.fr

Présentation de l'autrice

Stéphanie HOYELLE-PIERRE, docteure en sciences de l'éducation et qualifiée aux fonctions de maître de conférences en sciences infirmières et en sciences de l'éducation, est pleinement engagée dans la formation infirmière et le développement de la recherche.
Enseignant-chercheur au sein de l'UFR des sciences de la santé Simone Veil de l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), elle mène ses travaux de recherche au sein du laboratoire REHADAPT (REcherche, HAndicap, Dysfonction, Adaptations, Participation et Technologie). Ses principaux champs de recherche s'articulent autour du raisonnement clinique, de la pédagogie, de la simulation en santé et de la ludopédagogie, avec un intérêt marqué pour les technologies numériques et les approches innovantes du soin.
À travers ses activités d'enseignement, de recherche et d'accompagnement des étudiants, elle œuvre à former des professionnels capables d'analyser, de décider et d'agir avec pertinence face à des situations de soins de plus en plus complexes. Son expertise reconnue du modèle clinique trifocal, alliée à son implication active dans les évolutions universitaires et professionnelles, fait d'elle une référence dans le domaine du raisonnement clinique infirmier.

Sherlock Holmes a dit « Lorsqu'un fait semble contredire une longue liste de déductions, c'est que l'on interprète mal. »
Arthur Conan Doyle, *Une étude en rouge*, 1887 aux éditions Robert Laffont

Préface

Le modèle clinique trifocal[1] centré sur le patient considéré comme un partenaire dans la démarche clinique et dans la démarche de personnalisation des soins[2] est le concept central proposé dans cette 2e édition de l'ouvrage rédigé par Stéphanie Hoyelle-Pierre.

Dans un écrit publié sur le réseau professionnel LinkedIn, Lionel Cervera[3], formateur, précise que « *Dans la pratique, le modèle clinique trifocal est utilisé comme outil de structuration de la pensée : il aide à "balayer" systématiquement les trois domaines et à éviter les angles morts de la prise en soins, en particulier sur les risques et les réactions émotionnelles, souvent moins visibles que les signes cliniques somatiques. De plus, il favorise le raisonnement clinique partagé, en offrant un langage commun pour discuter des situations au sein de l'équipe pluriprofessionnelle ainsi qu'avec le patient-partenaire* ».

Dans un article publié sur le même réseau professionnel, Pierre Bistarelli[4], infirmier en santé mentale, démontre que ce modèle trifocal doit devenir un réflexe clinique lors de chaque interaction avec un patient : « *l'état émotionnel est-il une conséquence, d'une complication liée au traitement ? le patient est-il anxieux car n'a pas uriné depuis des heures et que cela est responsable de son insomnie ?* »

Le bon réflexe clinique est une compétence essentielle qui ne peut se développer qu'avec une méthode pédagogique progressive, rigoureuse, qui fait le lien en permanence entre cas concrets simples et ensuite plus complexes, mobilisation des opérations mentales du raisonnement clinique, liens avec des connaissances en sciences médicales et en sciences humaines centrées sur des données probantes.

C'est cette méthode pédagogique que nous propose l'auteur de cet ouvrage, avec une adaptation de la découverte du modèle clinique trifocal : premier domaine, troisième domaine et ensuite le domaine des risques plus complexe pour le niveau de maturité des étudiants infirmiers.

Le modèle clinique trifocal permet d'identifier les niveaux de jugement clinique de l'infirmière dans un raisonnement clinique partagé avec les médecins et avec les autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, psychologues, diététiciennes etc.) ; la distinction entre problèmes traités en collaboration et diagnostics infirmiers est essentielle

---

1. MARCHAL A. PSIUK Th. (2002, réédité en 2010), *La démarche clinique de l'infirmière*, Paris, Séli Arslan.
2. LEFORT H. PSIUK Th. (2019), *Patient partenaire, patient expert, de l'accompagnement à l'autonomie*, Paris, Ed Vuibert.
3. CERVERA Lionel, *Le raisonnement Clinique selon le modèle clinique trifocal au service de la prise en soin infirmière au sein des parcours RAAC. publié sur le réseau professionnel LinkedIn le 26 janvier 2026.*
4. BISTARELLI Pierre, *Modèle clinique trifocal dans une situation clinique en santé mentale, publié sur le réseau professionnel LinkedIn, mars 2026*

comme le précisait Juall Carpenito et Marjory Gordon, expertes de la Nanda (Association Nord Américaine pour les Diagnostics Infirmiers) : *« Appeler diagnostic infirmier la 2e étape du processus infirmier peut prêter à confusion et peut avoir l'effet indésirable de conduire les infirmières à essayer d'énoncer toute conclusion ou problème sous la forme d'un diagnostic infirmier »* (Carpenito 1997).

« On ne peut pas appeler diagnostics infirmiers les jugements liés à l'observation des manifestations de la maladie ou aux traitements. La terminologie pathologique est parfaitement adaptée. Il serait ridicule de renommer une pathologie dans le cadre du diagnostic infirmier alors qu'elle ne peut être soignée que dans le cadre de protocoles médicaux ; À l'évidence, toute l'activité d'une infirmière ne peut pas s'intégrer dans les diagnostics infirmiers. » (Gordon 1987).

La démarche pédagogique pas à pas, à partir du modèle clinique trifocal, évite cet écueil, non seulement en respectant les jugements cliniques centrés sur les problèmes traités en collaboration et les diagnostics infirmiers mais également en ajustant les termes aux sociétés savantes et à la Haute autorité de santé.

L'excellence de la méthode pédagogique systémique proposée dans cet ouvrage sera un contexte très favorable au développement du leadership clinique des étudiants, indispensable pour une présence efficace dans le raisonnement clinique partagé avec le patient partenaire et les autres professionnels de santé.

Thérése PSIUK, directrice des soins honoraire
août 2026

Sommaire

Introduction 9

Partie 1. Apports théoriques

1 La démarche clinique 12

1. Définition de la démarche clinique 12
2. Le raisonnement clinique 13
   2.1. Définition du raisonnement clinique 13
   2.2. Les opérations mentales, indispensables au raisonnement 15
   2.3. Les possibles obstacles au raisonnement clinique 17
   2.4. La pensée analytique et la pensée intuitive : comment notre cerveau construit le raisonnement clinique 18
   2.5. La pensée critique 22
3. Le jugement clinique 23
4. Les données probantes dans la démarche clinique 24

2 La démarche clinique spécifique à l'infirmier 26

1. 1re étape de la démarche clinique infirmière : le recueil de données 27
   1.1. Les données objectives 27
   1.2. Les données subjectives 29
   1.3. La consultation infirmière 29
2. 2e étape de la démarche clinique infirmière : l'analyse des données 30
   2.1. Le tri des données, la catégorisation 31
   2.2. Le traitement des données récoltées/recueillies 32
3. 3e étape de la démarche clinique infirmière : le jugement clinique pour un projet de soins individualisé 35
   3.1. Définition 35
   3.2. Le problème réel 38
   3.3. Le problème potentiel 39
   3.4. Le diagnostic infirmier 41

3 **Projet de soins et planification de soins** 45

1. Projets de soins individualisés 45
2. Planification des soins 46
3. La formulation d'objectifs de soins 47
4. Les interventions infirmières 48
5. L'évaluation des soins 48
6. Le nouveau paradigme de l'exercice infirmier 49

4 **Le modèle clinique trifocal** 51

1. Définitions 51
2. Les trois dimensions du modèle clinique trifocal 53
   2.1. La dimension « Signes et symptômes de la pathologie et/ou du handicap » 53
   2.2. La dimension « Réactions réelles aux problèmes de santé » 59
   2.3. La dimension « Risques » 63
3. Vigilance sur la formulation de certains diagnostics infirmiers 70
4. Le regroupement des problèmes de santé et la hiérarchisation 71
   4.1. Regroupement des problèmes de santé 71
   4.2. Exemple de situation clinique de monsieur X : regroupement des problèmes de santé 72
5. La formulation des objectifs de soins et la formulation du projet de soins 73
   5.1. Les objectifs de soins individualisés 73
   5.2. Exemple de situation clinique de monsieur X : formulation des objectifs de soins individualisés 74
6. Synthèse en schémas de la démarche clinique avec le modèle clinique trifocal 75

Partie 2. Application en situation

1 **Cas clinique n°1 : en guidage pas-à-pas** 78

1. Énoncé de la situation clinique 78
2. Analyse de la situation 79
   2.1. 1re étape : sélection des données et analyse de la pertinence de ces données 79
   2.2. Catégorisation et thématisation 105

3. Classement des données analysées dans le modèle clinique trifocal, raisonnement clinique et jugement clinique en lien 106
3.1. 1er domaine du modèle clinique trifocal : « Signe(s) et symptôme(s) de la pathologie et/ou du handicap » 106
3.2. 3e domaine du modèle clinique trifocal : « Réactions réelles aux problèmes de santé » 107
3.3. 2e domaine du modèle clinique trifocal « Risques » 116
4. Finalisation du jugement clinique 124

2 Cas clinique n° 2 : À vous de jouer 126

1. Énoncé 126
1.1. La situation clinique 126
1.2. Analyse de la situation clinique 127
1.3. Classement des données 127
1.4. Finalisation du jugement clinique 129
2. Correction du cas clinique n° 2 129
2.1. Analyse de situation 129
2.2. Classement des données 145
2.3. Finalisation du jugement clinique 150

3 Cas clinique n° 3 : en autonomie 152

1. Énoncé 152
1.1. La situation clinique 152
1.2. Analyse de la situation clinique 152
1.3. Classement des données 153
1.4. Finalisation du jugement clinique 154
2. Correction du cas clinique n° 3 155

Bibliographie 157

Introduction

La création et la reconnaissance des sciences infirmières constituent une évolution majeure dans l'histoire de la profession infirmière. Longtemps perçue comme une activité essentiellement technique et subordonnée à la médecine, la profession s'inscrit aujourd'hui dans une dynamique d'universitarisation et de production de savoirs propres. Cette transformation s'illustre notamment par la mise en place de la section 92 du Conseil national des universités (CNU), dédiée aux sciences infirmières, ainsi que par l'évolution récente des référentiels de formation, dont celui de septembre 2026, qui valorise le développement de compétences réflexives, critiques et scientifiques.

La création des sciences infirmières en France permet de passer d'un métier à une discipline académique en donnant une légitimité scientifique à la profession, de développer notre identité professionnelle et l'évolution de nos pratiques.

La reconnaissance universitaire officielle permet de structurer un champ de recherche en sciences infirmières avec une production de connaissances spécifiques à notre identité professionnelle. Elle permet également d'améliorer la qualité des soins en développant des pratiques fondées sur des données probantes pour les soins infirmiers (*Evidence Based Nursing*) et de renforcer la légitimité dans les décisions professionnelles. Et enfin, de reconnaitre la complexité du raisonnement clinique infirmier, de reconnaitre une expertise spécifique infirmière, différente, mais complémentaire aux raisonnements cliniques des autres professionnels de santé.

Dans un contexte marqué par la complexification des systèmes de santé, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, les soins infirmiers ne peuvent plus se limiter à l'application de prescriptions. Ils nécessitent désormais un raisonnement clinique élaboré, une capacité d'adaptation aux situations complexes et une prise de décision fondée sur des données probantes. La reconnaissance des sciences infirmières permet ainsi de structurer un champ de recherche autonome, de renforcer la qualité et la sécurité des soins, et de légitimer l'expertise spécifique des infirmiers au sein des équipes de santé.

En sciences infirmières, la pratique clinique repose sur trois niveaux de savoirs qui s'articulent entre eux :

- les théories, qui proposent un cadre explicatif général permettant de comprendre les mécanismes des phénomènes de santé ;
- les modèles conceptuels, qui organisent et guident la discipline en structurant ses concepts fondamentaux (tels que la personne, le soin, la santé et l'environnement) ;

- les modèles cliniques qui opérationnalisent ces savoirs de manière concrète sur le terrain, fournissant aux professionnels les outils méthodologiques nécessaires pour analyser les situations de soins et guider leur prise de décision.

Ainsi, la démarche soignante se nourrit d'un va-et-vient constant entre conceptualisation théorique et application pratique.

Dans cet ouvrage, nous nous intéresserons au modèle clinique trifocal développé par Thérèse Psiuk et Arlette Marchal.

Le modèle clinique trifocal a été élaboré par Thérèse Psiuk et Arlette Marchal dans les années 2000 (Marchal & Psiuk, 2002 ; Marchal & Psiuk, 2010), à partir des travaux sur le raisonnement clinique infirmier, issus de l'analyse des pratiques professionnelles et de la formation des étudiants en soins infirmiers.

Ce modèle clinique vise à **structurer le jugement clinique** en organisant les données autour de **trois axes : problèmes médicaux, risques potentiels et réactions humaines**, afin de soutenir la prise de décision soignante.

Ce modèle s'inscrit ainsi dans une démarche de formalisation des savoirs infirmiers, articulant approche biomédicale et vision globale centrée sur la personne (Psiuk, 2012 ; Psiuk 2019 ; Psiuk & Marchal, 2011 ; Marchal & Psiuk, 2002 ; Marchal & Psiuk, 2010).

La particularité de ce modèle clinique réside dans le fait que cette démarche peut être applicable à n'importe quelles professions de santé et favorisera le travail en pluriprofessionnalité ainsi que le travail d'équipe.

Tout au long de cet ouvrage, nous décrirons l'utilisation pas-à-pas de ce modèle clinique trifocal.

Partie 1

Apports théoriques

1 La démarche clinique

Afin de garantir un cheminement pédagogique progressif, la première partie sera dédiée à l'assimilation des connaissances théoriques et de la sémantique propres à la démarche clinique globale. Ces connaissances sont essentielles pour aborder, dans une seconde partie, un développement plus approfondi et contextualisé de la démarche clinique infirmière en détaillant celle-ci sous le prisme des sciences infirmières.

1 Définition de la démarche clinique

La démarche clinique est un processus intellectuel actif continu et évolutif qui structure et organise les étapes nécessaires pour l'identification du diagnostic de situation d'un patient afin de mettre en œuvre ensuite les soins appropriés et individualisés qu'est le projet de soins.
L'approche clinique en soins de santé repose sur **une combinaison essentielle de deux processus : le raisonnement clinique et le jugement clinique**. Cette démarche clinique est cruciale pour établir un projet de soins adapté aux besoins spécifiques du patient.

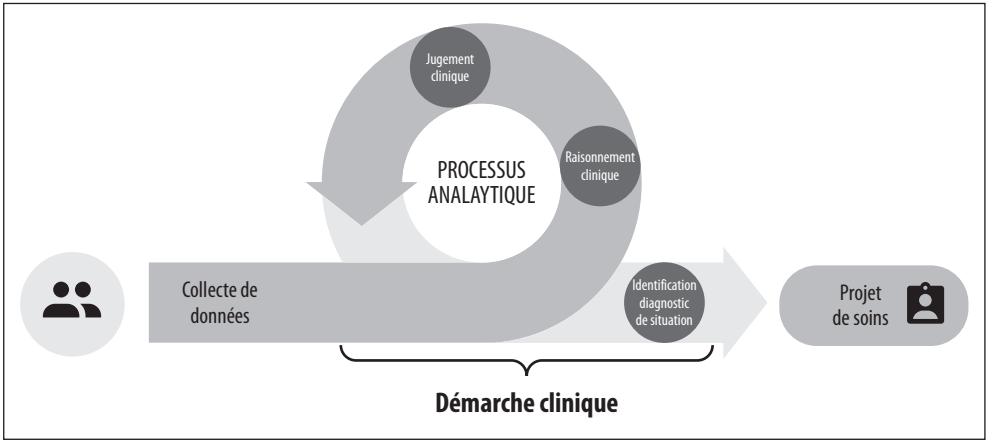

Figure 1. De la démarche clinique au projet de soins

La démarche clinique est un processus complexe, excessivement rapide (de l'ordre de quelques millisecondes) et dont les étapes se déroulent presque en même temps (Hoyelle-Pierre, 2020). Elle est essentielle pour plusieurs raisons :

- la **personnalisation des soins,** car elle permet d'adapter les soins aux besoins spécifiques de chaque patient, en tenant compte de ses préférences et de son contexte ;
- **l'amélioration de la qualité des soins** en intégrant le raisonnement et le jugement clinique par les professionnels de santé qui pourront fournir des soins plus efficaces et plus sûrs ;
- le **renforcement de la collaboration interdisciplinaire**. En effet, la démarche clinique va permettre de favoriser la communication et la collaboration entre les différents professionnels de la santé, ce qui est un axe essentiel pour la prise en charge globale du patient ;
- la démarche clinique va être un levier dans le **développement professionnel,** car elle encourage les professionnels à réfléchir de manière critique et à développer leurs compétences cliniques.

Dans la pratique infirmière, le jugement clinique permet au professionnel d'évaluer une situation de soins et de déterminer les interventions les plus appropriées. Ces interventions peuvent relever de son champ de compétences propre, notamment à travers l'identification et la prise en charge des diagnostics infirmiers, ou s'inscrire dans un rôle dit « en collaboration » avec des problèmes traités en collaboration au sein d'une prise en charge coordonnée impliquant d'autres professionnels de santé. Ces notions seront développées plus en détail dans la partie consacrée au raisonnement clinique et au jugement clinique infirmier *(voir page 23)*.

2 Le raisonnement clinique

En simplifiant, le raisonnement c'est ce qui donne du sens à ce que l'on fait. Tout le processus de démarche clinique vise à construire un projet personnalisé de soin en y intégrant les désirs du patient, certaines de ses habitudes de vie et les indicateurs de qualité du soin standard (Psiuk, 2020).

2.1. Définition du raisonnement clinique

Il est difficile d'obtenir une définition consensuelle du raisonnement clinique au sein de la profession infirmière.

Plusieurs auteurs l'ont défini comme étant l'ensemble des « *stratégies et processus cognitifs que les infirmiers utilisent pour comprendre la signification des données de santé du patient, pour identifier et diagnostiquer les problèmes actuels ou potentiels du patient, pour prendre les décisions cliniques qui contribuent à la résolution des problèmes, et pour atteindre des résultats positifs pour le patient* » (Perrier, 2014).

Le raisonnement clinique est donc **un processus analytique** qui permet aux professionnels de santé d'évaluer les informations cliniques, de poser des questions pertinentes afin de formuler des hypothèses cliniques sur l'état de santé d'un patient. Pour cela le cerveau doit utiliser des mécanismes et des moyens pour mettre en marche ce raisonnement (Houdé & Leroux, 2015). Ce processus analytique implique plusieurs étapes que nous détaillerons sur le chapitre 2 sur la démarche clinique *(voir page 30)*.
Il existe trois grands types de raisonnement : le raisonnement inductif, le raisonnement déductif et le raisonnement hypothético-déductif. Ces trois grands types de raisonnement ne sont pas distincts l'un par rapport à l'autre, mais plutôt complémentaires.

2.1.1. Le raisonnement inductif

Le raisonnement inductif consiste à créer une règle générale à partir de ce que l'on observe sur le terrain. Autrement dit, le raisonnement inductif **part d'observations particulières pour aboutir à une conclusion générale**, c'est un processus ascendant. C'est un type de raisonnement qui permet de formuler des hypothèses ou des lois à partir des données observées. Attention toutefois, ses conclusions ne sont jamais certaines, mais seulement probables.

> Voici un exemple de raisonnement inductif : des médecins observent que de nombreux patients ayant une forte consommation d'alcool de manière chronique développent une carence en vitamine B1. À partir de ces observations répétées, ces médecins formulent l'hypothèse générale selon laquelle l'alcool consommé de manière chronique augmente le risque de développer une carence en vitamine B1.

Cette conclusion à la suite du raisonnement inductif repose sur l'observation de cas de patients, mais pourra être affinée ou nuancée en fonction de nouvelles observations ultérieures.

2.1.2. Le raisonnement déductif

Le raisonnement déductif **part d'une idée générale pour en déduire des propositions particulières**, c'est un processus descendant. Il s'agit d'une opération intellectuelle logique qui garantit la validité de la conclusion si les origines du processus de raisonnement inductif sont correctes et que le raisonnement est correctement structuré.

> Par exemple, selon les recommandations en santé seule les angines bactériennes doivent être traitées par une antibiothérapie et pas de traitement antibiotique pour les angines d'origines virales. Le médecin réalise un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) qui est positif et qui permet de vérifier que nous sommes face à une angine d'origine bactérienne. Donc le médecin prescrira au patient une antibiothérapie.

Le raisonnement clinique infirmier est au cœur du nouveau référentiel des études infirmières de 2026.

La démarche clinique infirmière s'appuie sur le **raisonnement clinique** et le **jugement clinique** pour identifier les problématiques de santé d'une personne et construire un projet de soins personnalisé, pertinent et de qualité. Parmi les modèles qui soutiennent cette démarche, le **modèle clinique trifocal**, élaboré par Thérèse Psiuk et Arlette Marchal dans les années 2000, constitue une référence.



Ce modèle clinique **structure le raisonnement clinique** en organisant les données autour de trois axes : problèmes médicaux, risques potentiels et réactions humaines, afin d'aboutir à des jugements cliniques pertinents et de guider les décisions soignantes.

Retrouvez dans ce livre des notions complexes clairement expliquées, comme la démarche clinique, le diagnostic infirmier, les données probantes ou Evidence-Based Nursing (EBN), ou le jugement clinique.

Grâce à ce livre synthétique, clair et pédagogique, apprenez pas à pas à utiliser ce modèle clinique afin d'améliorer votre raisonnement clinique et aboutir à des jugements cliniques pertinents, en pluriprofessionnalité.
Une 2e partie « Entraînements » vous aidera à réussir **l'UE A.1 « Fondements des sciences infirmières et raisonnement clinique »** et vos stages.

STÉPHANIE HOYELLE-PIERRE est maître de conférences en sciences infirmières. Elle a débuté sa carrière en tant qu'infirmière en 1997 et a progressivement enrichi son parcours professionnel et académique au fil des années. Elle inscrit ses travaux dans le champ du raisonnement clinique infirmier, qui constitue sa thématique de référence.

Vuibert.fr

Livre écoresponsable

16,50 €

ISBN : 978-2-311-66775-2

9 782311 667752

Conception graphique : Primo&Primo