

Primary care: The art and science of advanced practice nursing (6th ed.).

by n Dunphy, L.M., Winland-Brown, J.E., Porter, B.O., & Thomas, D.J. (2022). · Language: FR

Summary by booksummaryai.com — <https://booksummaryai.com/country/fr/primary-care-the-art-and-science-of-advanced-practice-nursing-6th-ed-resume>

Summary

En 60 secondes

Dunphy et Winland-Brown ouvrent avec le Cercle du soin, un modèle qui refaçonne la démarche de soins infirmière pour les soins primaires. Elles remontent le fil du rôle jusqu'en 1965, lorsqu'une infirmière et un médecin ont lancé le premier programme d'infirmière praticienne à l'Université du Colorado. Puis, chapitre après chapitre, elles parcourent la promotion de la santé, les maladies chroniques, la santé mentale et les soins palliatifs avec des lignes directrices actuelles. Le fil conducteur : le nursing de pratique avancée fusionne l'art du soin avec la science des données probantes.

Pourquoi le lire

C'est l'ouvrage de référence pour les étudiants en voie d'infirmière praticienne et les infirmières de pratique avancée en exercice qui ont besoin d'un seul volume couvrant les soins primaires tout au long de la vie. Il compte parce qu'il accomplit ce que peu de manuels tentent : il ancre chaque ligne directrice clinique dans un cadre de soin, pour que les protocoles ne perdent jamais la personne. Si vous voulez la science sans perdre l'âme du nursing, c'est votre référence.

Les idées clés

Le Cercle du soin : la démarche infirmière, reconstruite pour les soins primaires

Deux enseignantes en sciences infirmières examinent la démarche de soins infirmière — évaluer, diagnostiquer, planifier, mettre en œuvre, évaluer — et y voient une lacune. Les soins primaires exigent quelque chose de plus réactif : les patients arrivent avec des plaintes indifférenciées, une complexité sociale, et aucune observation d'admission pour vous guider. Alors Dunphy et Winland-Brown redessinent le cercle. Leur modèle conserve la rigueur de la démarche infirmière mais l'adapte à ce que les soins primaires demandent réellement au clinicien. Il devient l'épine organisatrice de tout l'ouvrage — chaque chapitre qui suit repose sur ce cadre, et l'art et la science des soins infirmiers y sont explicitement tissés ensemble plutôt que séparés.

La plupart des modèles cliniques sont empruntés à la médecine puis adaptés aux soins infirmiers. Celui-ci suit le chemin inverse : il prend la démarche propre aux soins infirmiers et

l'étire pour l'ajuster aux réalités des soins primaires, où le motif de consultation n'est presque jamais le problème entier. La surprise est de voir combien de la pratique avancée dépend de ce cadrage — vous pouvez mémoriser des recommandations, mais sans un modèle qui embrasse la personne entière, vous n'êtes qu'un vérificateur de protocoles. Le Cercle du soin est l'argument du livre : l'art et la science ne sont pas rivaux ; ils forment le même cercle.

À essayer: Cette semaine, choisissez une consultation et parcourez consciemment tout le Cercle du soin — pas seulement l'évaluation et le plan, mais les dimensions sociales et relationnelles du soin que vous sauteriez d'habitude.

1965 : une infirmière et un médecin inventent l'infirmière en pratique avancée

Au milieu des années 1960, les enfants attendent trop longtemps avant d'être soignés. Il n'y a pas assez de médecins de premier recours, et les consultations pédiatriques s'accumulent sans réponse. À l'Université du Colorado, une infirmière nommée Loretta Ford et un médecin nommé Henry Silver décident que la pénurie ne se résorbera pas toute seule. En 1965, ils lancent le premier programme de formation d'infirmières praticiennes, créant le rôle d'infirmière praticienne pédiatrique — des infirmières formées pour dispenser directement des soins primaires aux enfants. Un expédient devient une profession. Chaque infirmière praticienne exerçant aujourd'hui remonte à ce programme unique, bâti par deux personnes qui ont vu une lacune et refusé d'attendre que le système la comble.

Le rôle d'infirmière praticienne n'est pas né de l'ambition ni d'une conquête de territoire — il est né d'une pénurie. Cette origine compte : la légitimité de la profession a toujours reposé sur la réponse à un réel besoin d'accès aux soins, non sur le remplacement de quiconque. La collaboration de Ford et Silver est aussi l'essentiel — une infirmière et un médecin l'ont construit ensemble. Lorsque les débats s'enflamment sur le champ d'exercice des infirmières praticiennes, rappelez-vous que ce rôle a commencé comme un partenariat répondant à un problème que la médecine seule ne pouvait résoudre.

À essayer: Si vous êtes étudiant(e) infirmier(ère) praticien(ne), notez pourquoi vous êtes entré(e) dans cette profession — puis comparez avec la lacune d'accès que Ford et Silver ont vue en 1965.

Le soin comme cœur philosophique, non comme garniture

Un étudiant feuillette les chapitres cliniques pour arriver à un chapitre simplement intitulé « Le soin et l'infirmière en pratique avancée ». La question sous-jacente : avec toute cette science à maîtriser, pourquoi consacrer un chapitre au soin ? La réponse que construit le chapitre : le soin n'est pas un supplément doux ajouté à la pratique avancée — il est le concept central des soins infirmiers eux-mêmes. La Théorie du soin humain de Jean Watson est présentée comme le fondement philosophique des soins infirmiers en pratique avancée, offrant au clinicien un cadre pour comprendre à quoi servent au bout du compte toutes ces recommandations. Le chapitre se situe délibérément tôt dans l'ouvrage, avant qu'un seul protocole n'apparaisse.

Les manuels placent d'ordinaire la science en tête et accrochent les chapitres « humanistes » en guise d'ornement. Celui-ci inverse l'ordre : le soin vient d'abord, comme le fondement sur lequel tout le reste s'appuie. La théorie de Watson donne à la pratique avancée une colonne vertébrale philosophique — l'idée que la relation elle-même fait partie du traitement. C'est ce qui distingue une infirmière praticienne qui suit des recommandations d'une infirmière qui exerce les soins infirmiers à un niveau avancé.

À essayer: Lisez un concept de soin de Watson et appliquez-le à votre prochaine interaction avec un patient — observez ce qui change dans votre manière d'aborder la rencontre.

Le dépistage devient précis : le cancer colorectal à 45 ans

Un patient dans la quarantaine est assis en face de vous, en bonne santé, sans plainte, se demandant ce dont il a réellement besoin. Le chapitre 3 sur la promotion de la santé vous donne la feuille de réponses : les recommandations du U.S. Preventive Services Task Force, y compris le passage à un début du dépistage du cancer colorectal à 45 ans. Ce chiffre a été abaissé par rapport à ce qu'il était auparavant, et le chapitre veille à ce que vous le sachiez. La promotion de la santé n'est pas ici une vague leçon de bien-être — c'est un ensemble concret d'actions graduées selon les preuves que vous menez avec chaque patient apparemment en bonne santé qui franchit la porte.

La partie la plus difficile des soins primaires, c'est que le travail le plus important se fait avec des gens qui se sentent bien. Les recommandations de dépistage sont la manière dont les preuves deviennent action dans ces moments-là, et les seuils d'âge évoluent à mesure que les données s'accumulent — 45 ans pour le cancer colorectal est la ligne actuelle. La compétence ne consiste pas à mémoriser un chiffre ; c'est de prendre l'habitude de vérifier les recommandations actuelles de l'USPSTF plutôt que de pratiquer sur ce qu'on a appris il y a des années.

À essayer: Vérifiez vos dix derniers patients âgés de 45 à 50 ans : combien sont à jour de leur dépistage du cancer colorectal selon la recommandation actuelle de l'USPSTF ?

Les 5 A : un cadre pour changer réellement les comportements

Vous avez dit à un patient d'arrêter de fumer, de faire plus d'exercice, de mieux manger. Il hoche la tête. Rien ne change. Le livre recourt à une structure : les 5 A, un cadre pour les interventions de counseling comportemental. Le cadre est mentionné dans le livre, bien que la formulation exacte varie selon les citations ; le noyau commun est qu'un cadre en 5 A est utilisé pour le counseling. L'important n'est pas l'acronyme ; c'est que le changement de comportement exige une séquence, pas un sermon. Demandez d'abord, conseillez clairement, évaluez la disposition, aidez avec un plan, organisez le contact suivant.

Les conseils échouent parce qu'ils sont un événement unique ; le changement de comportement est un processus aux étapes distinctes. Les 5 A transforment une exhortation vague en intervention clinique avec un début, un milieu et un suivi. Ce qui surprend, c'est tout ce qui repose sur le premier et le dernier A — demander avant de conseiller, et organiser le suivi après.

Sautez-les, et les trois du milieu s'effondrent en ce sermon qui n'a jamais fonctionné.

À essayer: À votre prochain moment de counseling, forcez-vous à passer par les cinq étapes — surtout « organiser » — et fixez le rendez-vous de suivi avant que le patient ne parte.

ABCDE : l'alphabet qui attrape le mélanome

Une tache sombre sur le dos d'un patient. Est-ce rien, ou est-ce la chose à ne pas manquer ? Le livre vous tend un moyen mnémotechnique : ABCDE. Asymétrie. Bords irréguliers. Couleur variable. Diamètre supérieur à 6 millimètres. Évolution. Cinq caractéristiques, à parcourir dans l'ordre, qui séparent une lésion pigmentaire suspecte d'une que l'on peut surveiller. C'est le genre d'outil qui tient sur une fiche et change ce que vous faites en salle d'examen — car un mélanome détecté tôt est une autre maladie qu'un mélanome détecté tard.

Les outils de dépistage gagnent leur place en étant utilisables sous pression du temps, et ABCDE en est l'exemple classique : cinq vérifications, aucun équipement, triage immédiat. Le « E » — évolution — est celui que les cliniciens sous-estiment le plus souvent, car le changement dans le temps exige une histoire, pas seulement un regard. La leçon pour la pratique : une lésion qui échoue sur une lettre quelconque reçoit de l'attention, et « grossit ou change » compte même quand le reste paraît bénin.

À essayer: Faites un examen cutané complet du corps avec ABCDE à votre prochain patient en examen physique — et photographiez tout ce qui coche deux lettres.

Hypertension à 130/80 : la ligne qui a redéfini des millions de personnes

La directive ACC de 2017 est citée dans le livre. Une tension artérielle de 130/80 mmHg ou plus — une lecture qui était autrefois « préhypertension » — est désormais de l'hypertension. La directive énonce son but sans détour : « Le but du traitement est de ramener la tension artérielle à <130/80 mmHg chez la plupart des adultes, en particulier ceux dont le risque de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse à 10 ans est 10 %. » Du jour au lendemain, une vaste bande de patients qui se croyaient en bonne santé est devenue candidate au traitement. Le livre vous guide à travers les catégories pour que vous puissiez classer, stratifier le risque et agir.

Les seuils diagnostiques sont des décisions cliniques déguisées en chiffres, et déplacer l'un d'eux de 140/90 à 130/80 reclasse une population énorme. Le génie de la directive est d'accompagner le seuil abaissé d'une stratification du risque — le risque cardiovasculaire à 10 ans de 10 % ou plus — pour que l'intensité du traitement suive le risque, et pas seulement la lecture. Pour les soins primaires, cela signifie que chaque prise de tension est aussi un calcul de risque.

À essayer: Pour chaque patient hypertendu cette semaine, calculez son risque ASCVD à 10 ans avant de décider avec quelle intensité viser <130/80.

Metformine d'abord, HbA1c sous 7 % : la base du diabète

Un nouveau diagnostic de diabète de type 2 atterrit dans votre agenda. Par où commencer ? L'ouvrage cite les Standards of Medical Care de l'American Diabetes Association (2022) : « La metformine est l'agent pharmacologique initial privilégié pour le traitement du diabète de type 2. » La cible pour la plupart des adultes non enceintes est une HbA1c inférieure à 7 % — mais les Standards ajoutent une nuance : des cibles plus strictes, comme moins de 6,5 %, ont du sens chez les patients plus jeunes avec une maladie de courte durée. Un diagnostic, un médicament, un chiffre — puis l'individualisation commence.

Les recommandations vous donnent un point de départ par défaut, et l'art consiste à savoir quand ce point de départ se plie. La metformine en premier est la norme parce qu'elle fonctionne, qu'elle est bien tolérée et qu'elle est bon marché — mais la cible d'HbA1c, c'est là que les facteurs propres au patient entrent en jeu. Une personne de 35 ans nouvellement diagnostiquée se voit fixer une cible plus serrée qu'une personne de 80 ans atteinte depuis des années. La logique de l'ADA enseigne une compétence plus profonde : partir du standard, puis individualiser délibérément, non par accident.

À essayer: Pour chacun de vos patients diabétiques de type 2 cette semaine, notez pourquoi leur cible d'HbA1c est — ou n'est pas — < 7 %.

Stadifier la maladie rénale : catégories de DFG et la glissade de 10–20 %

Une créatinine revient légèrement perturbée. S'agit-il d'une maladie rénale, ou d'une bizarrerie de laboratoire ? L'ouvrage explique l'usage d'équations pour estimer le débit de filtration glomérulaire (DFGe). Puis la recommandation KDIGO de 2012 fournit la carte : la maladie rénale chronique classée par catégorie de DFG, de G1 à G5, et par catégorie d'albuminurie, de A1 à A3. L'enjeu est concret : le risque de progression est le plus élevé chez les patients G3aA3 ou pire, et la progression vers l'insuffisance rénale terminale atteint 10–20 % sur 5 ans dans ce groupe. Deux lettres et un chiffre vous disent qui est sur la voie rapide.

La maladie rénale est silencieuse jusqu'à ce qu'elle ne le soit plus, et c'est pourquoi la classification compte ici plus que dans presque toute autre maladie chronique. La grille G-et-A fait quelque chose d'ingénieux : elle croise deux axes indépendants — la filtration et la fuite protéique — car chacun seul sous-estime le risque. Un patient G3aA3 n'a pas une « IRC modérée » ; il a un compte à rebours de 5 ans vers la dialyse. Ce recadrage change la façon dont vous gérez agressivement la tension artérielle, les médicaments et les orientations.

À essayer: Reclassez chaque patient avec MRC de votre file active selon la catégorie de DFG et d'albuminurie — signalez quiconque à G3aA3 ou pire pour un suivi intensifié.

Lombalgie : quoi essayer avant l'opioïde

Un patient se plie en deux sous une lombalgie aiguë et demande quelque chose de fort. L'ouvrage vous arme de deux documents. La recommandation de l'American College of Physicians (ACP) pour la lombalgie aiguë, subaiguë et chronique est référencée. Et la recommandation de 2016 des CDC sur les opioïdes trace la ligne : la thérapie non

pharmacologique et la thérapie pharmacologique non opioïde sont privilégiées pour la douleur chronique. La séquence compte — le fort n'est pas en premier, et pour la douleur chronique il n'est même pas en deuxième.

La lombalgie est le lieu où l'ère des opioïdes s'est heurtée aux données probantes, et les recommandations qui en ont émergé constituent une correction de cap. La stadification de l'ACP et l'ordre de préférence des CDC partagent une logique : réserver les outils les plus risqués à l'échec des plus sûrs, et pour la douleur chronique, les plus sûrs viennent d'abord par défaut. Pratiquer ainsi n'est pas être mou face à la douleur — c'est être honnête sur ce qu'est réellement la trajectoire d'une lombalgie.

À essayer: Avant votre prochaine consultation pour douleur chronique, listez les options non pharmacologiques et non opioïdes que vous proposerez en premier — et documentez pourquoi.

ABCD2 et la fenêtre de 4,5 heures après un AIT

Le bras d'un patient s'est engourdi pendant vingt minutes ce matin. C'est résolu. Le renvoyez-vous chez lui ? Le score ABCD2 est passé en revue pour la stratification du risque après un AIT. Et si le pire arrive — un AVC ischémique constitué — les recommandations de l'AHA fixent l'horloge : tPA administré dans les 4,5 heures suivant le début. Deux outils, un message : les événements cérébrovasculaires sont des urgences chronométrées, et le clinicien de soins primaires est souvent la première personne à tenir le chronomètre.

Les symptômes transitoires sont les plus dangereux, parce que patient et clinicien veulent tous deux y croire. ABCD2 convertit ce soulagement en arithmétique — âge, tension artérielle, signes cliniques, durée, diabète — de sorte que la décision d'orientation suit le risque plutôt que le rassurement. La fenêtre de 4,5 heures du tPA définit ensuite tout le système en aval : le score décide qui est exploré en urgence, et l'horloge décide quel traitement reste encore possible.

À essayer: Mémorisez ce soir les composantes d'ABCD2 ; utilisez-le au prochain appel pour AIT pour décider entre bilan le jour même et transfert aux urgences.

U=U et US MEC : contraception et VIH, guidées par les recommandations

Deux conversations, un même cadre. Une patiente veut savoir quelle contraception est sans risque compte tenu de ses antécédents médicaux — les United States Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use des CDC donnent la réponse, condition par condition. De l'autre côté de la salle, un patient séropositif demande ce que le traitement signifie pour son avenir. Les recommandations du Department of Health and Human Services (2022) préconisent d'instaurer un traitement antirétroviral chez toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit le taux de CD4, avec pour objectif d'obtenir et de maintenir une charge virale indétectable (« U=U »). Indétectable égale intransmissible. Les deux conversations se concluent sur des données probantes, non sur des opinions.

Ces deux recommandations partagent une philosophie : remplacer le folklore clinique par des données probantes graduées et spécifiques à chaque condition. Le US MEC transforme la question « est-ce sans risque pour elle ? » d'une intuition en une catégorie, et « U=U » transforme le counseling sur le VIH d'une source de peur en un fait — le traitement comme prévention, adossé à l'objectif de suppression virale pour chaque patient. Les soins primaires sont le lieu où ces deux conversations se produisent d'abord, ce qui rend la connaissance des critères actuels non négociable.

À essayer: Enregistrez dans les favoris de votre téléphone les US MEC actuels des CDC et les recommandations du HHS sur le VIH ; consultez-les avant votre prochaine consultation de counseling en contraception ou sur le VIH.

PSA, décisions partagées et arithmétique de la pénurie de médecins

Un homme de 60 ans demande s'il a besoin du test PSA. La recommandation de l'USPSTF sur le dépistage par le PSA est couverte, en insistant sur la prise de décision partagée, en exposant ce que le dépistage peut et ne peut pas promettre, afin qu'il décide avec vous, et non pour lui. Puis le livre élargit le cadre au système qui entoure cette salle d'examen : le rapport 2021 de l'Association of American Medical Colleges projette une pénurie de 17 800 à 48 000 médecins de soins primaires d'ici 2034. L'homme devant vous est un patient ; la pénurie est la raison pour laquelle les infirmières en pratique avancée existent à grande échelle.

Le dépistage par le PSA est le cas d'école d'une décision qui appartient au patient — les données probantes n'imposent rien, elles éclairent. Associez cela à la projection de pénurie de l'AAMC et vous percevez l'argument discret du livre : à mesure que l'offre de médecins se resserre vers 2034, le clinicien qui excelle dans la prise de décision partagée gagne en valeur, n'en perd pas. La pratique infirmière avancée n'est pas une solution provisoire ; c'est la réponse que l'arithmétique de la pénurie exige.

À essayer: À votre prochaine discussion sur le PSA, apportez un outil d'aide à la décision et laissez le patient énoncer ses priorités avant que vous n'énonciez une recommandation.

Les deux extrémités de la vie : DDST-II et évaluation gériatrique complète

Lundi matin : un tout-petit qui ne parle pas comme ses cousins. Vendredi après-midi : une femme de 84 ans dont la famille se demande si elle peut encore vivre seule. Le livre vous offre un outil pour chacun. Le Denver Developmental Screening Test II (DDST-II) est cité comme outil de surveillance du développement. Pour la personne âgée, l'évaluation gériatrique complète (CGA) est citée pour évaluer le statut fonctionnel, la cognition et le soutien social. Même semaine, même clinicien, deux évaluations entièrement différentes.

Les soins primaires couvrent la vie du berceau au tombeau, et les évaluations aux deux extrémités ne se ressemblent en rien — mais elles partagent un principe : mesurer la fonction, pas seulement la maladie. Le DDST-II repère tôt le retard de développement, au moment où l'intervention compte le plus ; la CGA repère les pertes qui n'apparaissent pas dans la liste des

problèmes — sait-elle cuisiner, qui prend d'elle des nouvelles, sa mémoire tient-elle. Ces deux outils existent parce que les réponses importantes ne figurent pas dans le dossier.

À essayer: Ajoutez cette semaine une question fonctionnelle — « qui vous aide à la maison ? » — à chaque consultation d'un patient de plus de 75 ans.

Critères de Beers : les ordonnances qui nuisent aux personnes âgées

Une femme de 80 ans, en insuffisance cardiaque et atteinte de maladie rénale chronique, traîne une liste de médicaments qui ressemble à une pharmacie. Les critères de Beers de l'American Geriatrics Society (2019) indiquent que les AINS doivent être évités chez les patients atteints de maladie rénale chronique ou d'insuffisance cardiaque, et que les benzodiazépines doivent être évitées en raison du risque de chutes et de delirium. Deux classes de médicaments, toutes deux courantes, toutes deux prescrites de routine aux patients qu'elles nuisent le plus. Ces critères existent parce que « on lui a toujours donné de l'ibuprofène », voilà comment surviennent les blessures.

La polymédication est le lieu où les bonnes intentions produisent de mauvais résultats, et les critères de Beers sont la mémoire institutionnelle du domaine de ces résultats. La logique derrière les exemples nommés mérite d'être intériorisée : les AINS sollicitent des reins et des cœurs déjà en difficulté, et les benzodiazépines se transforment en chutes et en delirium dans des cerveaux incapables de les éliminer. La déprescription est une compétence, et une liste de critères publiée en est le point de départ.

À essayer: Auditez cette semaine la liste de médicaments d'une personne âgée au regard des critères de Beers de 2019 — signalez chaque AINS et chaque benzodiazépine et établissez un plan de déprescription.

Palliative care early: the Temel study and the consensus statement

The old model: palliative care arrives at the end, after everything else has failed. The National Consensus Project's Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care dismantle that: 'Palliative care is appropriate at any age and at any stage in a serious illness, and can be provided along with curative treatment.' The Temel et al. (2010) study found that early palliative care in advanced cancer improves quality of life and may prolong survival. Patients who got comfort care sooner didn't just die better; they may have lived longer.

The Temel finding inverted a decade of assumptions: adding palliative care early didn't subtract from treatment, it may have added life. That's why the consensus statement's 'any age, any stage' language matters — it reframes palliative care as a parallel track, not a terminal one. For primary care, the practical shift is referral timing: the question isn't whether the patient is dying, it's whether they're seriously ill.

À essayer: Refer one seriously ill patient to palliative care this month who isn't hospice-eligible — early, alongside active treatment.

Les meilleures citations

- "L'objectif du traitement est de ramener la tension artérielle à <130/80 mmHg chez la plupart des adultes, en particulier chez ceux dont le risque de maladie cardiovasculaire athérosclérotique à dix ans est 10 %." - Recommandation ACC de 2017, citée dans l'ouvrage
- « La metformine est l'agent pharmacologique initial privilégié pour le traitement du diabète de type 2. » — American Diabetes Association, Standards of Medical Care 2022, cité dans l'ouvrage
- "Les soins palliatifs conviennent à tout âge et à tout stade d'une maladie grave, et peuvent être dispensés en même temps que le traitement curatif." - National Consensus Project for Quality Palliative Care, cité dans l'ouvrage

Limites

Un panorama en un seul volume sur tout le cycle de vie échange inévitablement la profondeur contre l'étendue — les surspécialistes voudront plus de détails qu'aucun chapitre ne peut en contenir. Les doubles citations de chapitres suggèrent un contenu qui se chevauche ou se déplace entre les éditions, et les lecteurs pourront trouver certaines discussions de lignes directrices déjà datées à mesure que les recommandations évoluent. Le cadre du soin, bien qu'organisateur de manière authentique, peut sembler abstrait à côté des protocoles cliniques denses qu'il est censé unifier. Et comme tout ouvrage bâti sur des lignes directrices externes, sa durée de vie dépend de la fidélité avec laquelle les éditions futures suivront les prochaines révisions.

En une phrase

Le nursing de pratique avancée, c'est le Cercle du soin enroulé autour de données probantes solides — du programme de Ford et Silver en 1965 aux lignes directrices d'aujourd'hui sur la tension artérielle, le diabète, les reins et les soins palliatifs.

Pour qui

Les étudiants en voie d'infirmière praticienne qui se préparent à la certification et les infirmières de pratique avancée en exercice qui veulent une référence de soins primaires actuelle couvrant tout le cycle de vie. Aussi précieux pour les médecins et les assistants médicaux qui veulent le cadre de la perspective infirmière derrière les mêmes lignes directrices.