

Session S073

La surveillance clinique peut sauver des vies (...ou pas?....): Leçons apprises de deux décennies d'expertise légale.

Odette Doyon, inf., M.Éd., PhD (sciences biomédicales)

Professeure émérite, Université du Québec à Trois-Rivières

Professeure invitée, Université de Lausanne

SIDIIEF, 8^e congrès mondial

Créer de la santé: la force du savoir infirmier

Ottawa, 18 octobre 2022



Odette.Doyon@uqtr.ca

Plan

Introduction

Activité d'expertise légale

Constats problématiques

Contexte théorique

Méthode

Résultats

Discussion

Leçons apprises

Conclusion

Cadre d'analyse:
Pratique réflexive de Schön (1994)

The diagram consists of a grey rectangular box with a blue border. Inside the box, the text 'Cadre d'analyse: Pratique réflexive de Schön (1994)' is written in blue. A grey arrow points from the left side of the box towards the 'Méthode' section of the table of contents.

Introduction

- **Responsabilité professionnelle de l'infirmière**
 - Obligation de processus et de moyens
 - Utilisation des résultats probants
- **La surveillance clinique infirmière**
 - Assise de l'exercice infirmier pour toute personne dont l'état de santé présente des risques
 - Application des moyens et procédures de l'évaluation clinique
 - Attitude de « Watch-ful-ness » (Meyer & Lavin, 2005): Indication que quelque chose de significatif survient
 - « *What is* » : interprétation de ce qui se passe maintenant
 - « *What might be* »: anticipation de complications
- **Préoccupation de la sécurité des soins**
 - Les situations cliniques faisant l'objet de causes légales
- **Des leçons apprises plutôt qu'une recherche**
 - Considérations éthiques liées au décès des patients

Activité de consultation et d'expertise légale

Définition

- À la demande d'avocats: activité de consultation ou de conseil visant à déterminer s'il y a eu manquement aux normes de soins lors d'un événement indésirable
- Rôle: fournir un avis clair, impartial et défendable sur les soins infirmiers en se basant sur l'expertise clinique
 - Opinion d'expert
 - Expérience de 5 à 10 ans dans une spécialité des soins infirmiers
 - Priorité absolue: impartialité, capacité d'analyse

Émergence du rôle

- Domaine en essor au Canada
 - Cabinets d'avocats et tribunaux, ordres professionnels, arbitrages employeurs/syndicats, accidents du travail, etc.
- EU: regroupement de l'*American Association of Legal Nurse Consultants*.

Cavanaugh, S. (2015). Experts dans leur domaine. *Infirmière Canadienne*. <https://infirmiere-canadienne.com/fr/articles/issues/2015/septembre-2015/experts-dans-leur-domaine>

Sécurité des soins et événement indésirable

Sécurité des soins

- « *La réduction et l'atténuation des effets d'actes dangereux posés dans le système de santé, sans égard à la maladie du patient, ainsi que l'utilisation de pratiques exemplaires éprouvées qui donnent des résultats optimaux confirmés chez les patients.* » (Canadian Safety Terminology, 2003)

Événement indésirable *Failure-to rescue*

- « *Inhabileté à sauver la vie de patients après le développement de complications, dans un contexte où ces réactions indésirables ou ces morts étaient prévisibles* » (Schmid, Hoffman, Happ, Wolf, & DeVita, 2007)
 - Liés aux soins ou à la gestion des soins plutôt qu'à la maladie qui affecte un patient, ils sont imprévus et involontaires et causent un préjudice. (Comité directeur national sur la sécurité des soins, 2002).
 - Par omission ou commission

Constats problématiques

2003-2022: 19 consultations/expertises pour l'analyse de la prise en charge des soins infirmiers pour ces patients ayant subi un préjudice grave (17 décès)

- **Questions posées lors de chaque cas d'expertise:**

Les infirmières ...

- 1) *Ont-elles surveillé l'état de la personne selon les règles de l'art ?*
- 2) *Ont-elles avisé le médecin au bon moment ?*

- **Conclusions générales:**

- Situations de soins courantes, non urgentes, sans surcharge, sur une longue période de temps (2 à 3 quarts de travail consécutifs), chez des infirmières non novices, ni débutantes
- Lacunes de surveillance clinique:
 - Lors de la collecte des données: non respect des procédures d'évaluation clinique reconnues ou enseignées (SV, L'ABCD); non ajustement de l'horaire de surveillance
 - Lors de l'analyse des données: jugement clinique en silo; décisions cliniques imprudentes
- Lacunes dans la communication
 - Écrite: notes au dossier
 - Orale: transmissions d'information pour la continuité des soins; demande d'aide au bon moment

- **Question:**

- Comment comprendre ce qui s'est passé de manière récurrente lors de ces cas ?

Contexte théorique

Sécurité des soins

- **2000: Problème de la sécurité des soins décrit dans le rapport « To Err is Human » de Kohn et al, Institute of Medicine (EU)**
 - « *Quality Chasm* » / « *Gouffre de la qualité* »
- **Causes principales**
 - Schmid, Hoffman, Happ, Wolf, & DeVita (2007): non reconnaissance des changements de l'état clinique; non application, dans un délai approprié, des moyens pour renverser ces changements
 - Leonard, Graham et Bonacum (2004) : Facteur humain de communication et collaboration
- **Succession d'études**
 - 2004: Baker et al. (Canada)
 - « *Mourir en secret* »
 - 2008: De Vries et al. (Pays-Bas) – Rev. syst.
 - 2013: Jha et al. (OMS et U, Harvard) – Rev. Syst.
 - 2014: D'amour et al. (Québec)
 - 2017: Halfon et al. (Suisse)
 - 2018: Schwendimann et al. (Suisse, Liban, Italie) – Scoping Rev.
 - 2020: Burke et al. (UK) – Rev. Syst.
- **Préoccupation internationale**
 - Environ 1 événement indésirable/9-10 hospitalisations
 - La moitié des événements étant prévenable
 - Causes principales: effets indésirables de la médication (≠ erreurs), infections sondes urinaires et cathéters veineux, pneumonies nosocomiales, thromboembolies veineuses, chutes, plaies de pression
 - Fardeau économique, personnel et social

Événements « sensibles » aux soins infirmiers: réactions indésirables des médicaments, infection nosocomiale, infection de cathéters veineux, thromboembolie veineuse, lésions de pression, chutes

2003-2021

Consultations et expertises concomitantes au développement de la littérature

Méthode

- Sources d'informations

- Cadre d'analyse:

Praticien réflexif de Schön (1994). *Le praticien réflexif : À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel.*

Sources d'informations: 7 exemples

| Situations cliniques | Observations de la cinétique de cas |
|---|---|
| <p>Surveillance neurologique X2</p> | <p>Céphalée avec altération de la vigilance (2 quarts de travail): Ø évaluation céphalée et état de soulagement; certains signes neurologiques non répétés, Ø Glasgow; pupilles inégales X1; réaction à la douleur seulement; incontinence urinaire X2 notée en soirée; appel pour somnolence en fin de soirée; ACR</p> <p>Paresthésie-paralysie (4 quarts de travail) : douleur thoracique, fièvre, Atc utilisation drogues IV; manifestations neuro progressives : chocs électriques, ↓ force musculaire, chute, incontinence; Glasgow seulement X2; Ø évaluation tonus, force, sensibilité; handicap permanent</p> |
| <p>Surveillance cardiovasculaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saignement sous bêtabloqueur <p>X2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thromboembolie veineuse | <p>Post-coronarographie (3 quarts de travail) : Atc HTA et b-bloqueur; PM : agrandissement de l'hématome X2 non mesuré; signes vasculaires MID seulement sans comparaison avec MID (pouls OK, couleur OK, chaleur OK); diminution progressive de la PA sans tachycardie, soirée et nuit; PA pincée nuit; ACR le matin (1,5 L de sang dans l'hématome)</p> <p>Post-chirurgie colectomie (2 quarts de travail) : ATC IM, PAC et b-bloqueur : saignement dans les drains; diminution progressive de la PA sans tachycardie en soirée; ACR</p> <p>Thromboembolie veineuse (5 jours) : douleur mollet D, Homans+; Ø mesure, Ø comparaison G; note : surveillons, sans planification ni avis ; évaluation aléatoire; jour 5 : œdème important; douleur épaule; embolie pulmonaire</p> |
| <p>Administration opiacés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Note : Avis de l'OIIQ sur la surveillance publiés <p>X2</p> | <p>Post-chirurgie (2 quarts de travail) : bonne santé, naïf aux opiacés; SV, respiration inconstante; utilisation incomplète de Pasero (Ø éveil – laisser dormir); mauvaise interprétation signes d'extension des opiacés sur le SNC; mauvaise interprétation d'une bradycardie, sans mesure concomitante FR; ACR</p> <p>Colique néphrétique (2 quarts de travail) : obésité, naïf aux opiacés; nuit : dort aux tournées; Ø éveil, Ø signes vitaux (prescrits QID) ; ACR ; (ronflements en note tardive)</p> |

Cadre d'analyse: Praticien réflexif de Schön (1994)

Schön décrit les conditions du développement de la compétence chez les professionnels issus des sciences appliqués, confrontés quotidiennement au « cas unique », lequel ne peut jamais être enseigné car il n'est pas connu, ni constant. Ainsi:

- **Dans certaines situations**
 - Incertaines
 - Ambiguës
 - Complexes
 - Singulières
 - Pour ces analyse de cas : peut-être préjudiciables ?

Le professionnel développe sa compétence au moyen de la pratique réflexive par:

- **Réflexion en cours d'action: pendant l'intervention**
 - L'infirmière pendant la prestation de soins: la collecte et l'analyse des données, et la rétroaction entre ces 2 étapes
- **Réflexion sur l'action: suite à l'intervention**
 - Être chercheur dans un contexte de pratique pour mettre en évidence le savoir_caché dans l'action
 - Pour ces analyses de cas: Ou le non savoir et peut-être également, les difficultés, les lacunes, les écarts de qualité cachés dans une action ?

Réflexion du praticien (Schön)

Le professionnel développe sa compétence au moyen de la pratique réflexive

En cours d'action

- **Savoir en cours d'action et penser en cours d'action**
 - « S'ajuster sur le terrain »
 - Ce qui est ressenti
 - Ce qui est fait
 - *Collecte et analyse des données*
 - *Rétroaction collecte-analyse*
- Observations concrètes
- Réflexions immédiates sur cela
 - Ajustements immédiats

2 dimensions
pour cet
exercice
d'analyse

Sur l'action

- **Réflexion métacognitive sur le processus: « moi en train d'agir ... »**
 - **Réfléchir sur l'action:**
 - La fin et les moyens
 - Les normes tacites
 - Les appréciations qui sous-tendent un jugement
 - Les stratégies et théories implicites
 - **Le praticien devient un chercheur dans un contexte de pratique**
 - Répétition de l'action
 - répertoire d'attentes, d'images et de techniques
 - Liens entre la fin et les moyens
 - Création d'un répertoire conscient

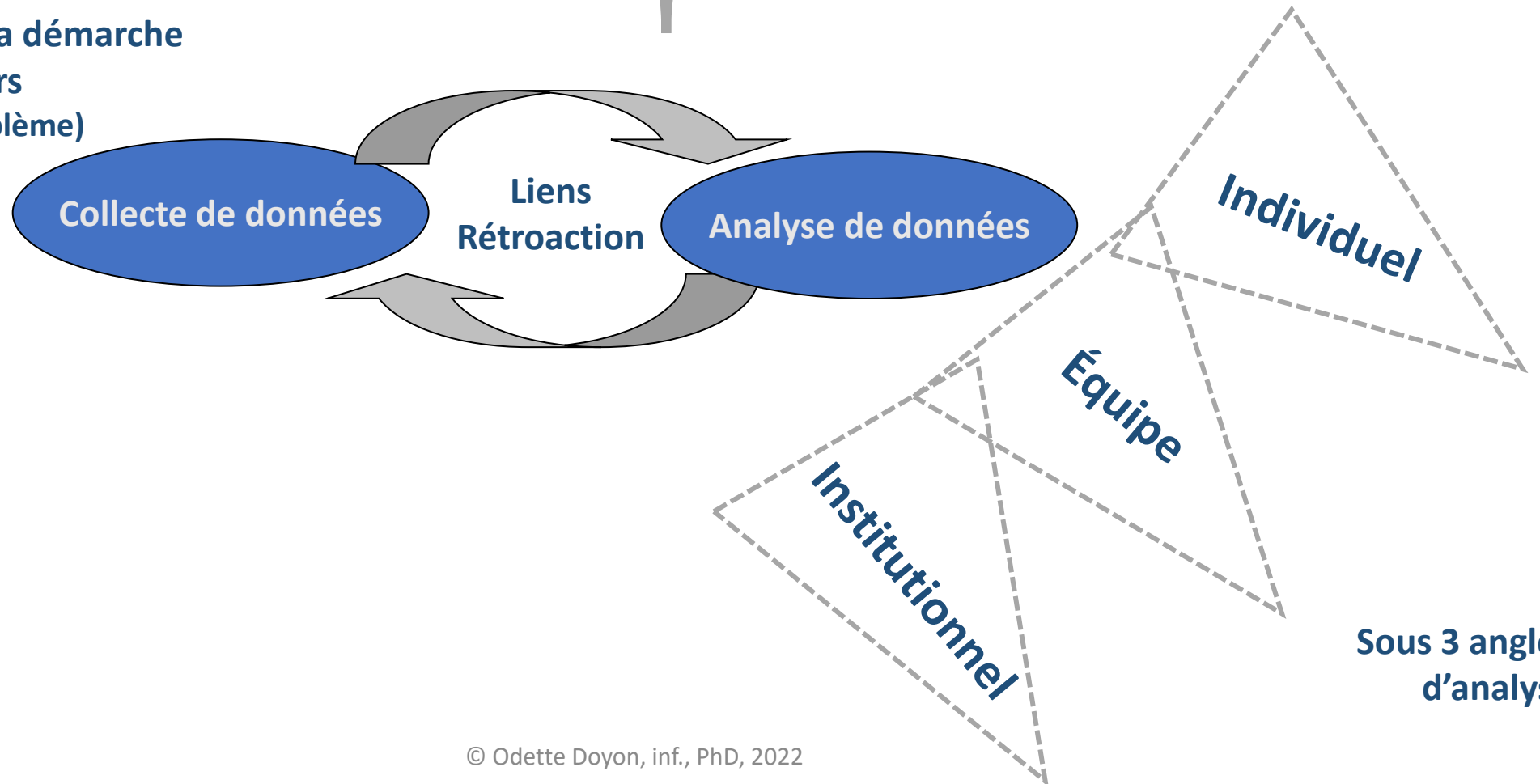
4 dimensions
pour cet
exercice
d'analyse

Application du cadre d'analyse de Schön

Réflexion en cours d'action
(mes observations)

Réflexion sur l'action
(mes analyses)

Fondements de la démarche
de soins infirmiers
(résolution de problème)



Résultats

Réflexion en cours d'action: Collecte des données

Non respect des procédures reconnues ou enseignées dans des situations courantes soins (apparition « *nouvelle* » de moyens non scientifiques)

Individuel

- **Collecte non rigoureuse:**
 - « Glissement » non justifié dans le respect des procédures & langage reconnus et enseignés; application de normes tacites non scientifiques
 - Utilisation de paramètres cliniques inappropriés selon l'état
- **Collecte incomplète:**
 - Non utilisation ou utilisation partielle de grilles scientifiquement reconnues, enseignées et disponibles
 - Glasgow, Pasero, protocoles de surveillance, règles de soins infirmiers
- **Collecte imprécise:**
 - Notes au dossier: données manquantes, non concordance entre la réalité et les notes par exception, langage non scientifique, intuitif ou populaire
- **Collecte non ajustée:**
 - Horaire de surveillance non adapté à la condition clinique
 - Paramètres cliniques non réévalués systématiquement par la suite, ou 24 heures plus tard

Équipe (unité de soins)

- Plusieurs infirmières d'un même quart de travail
- Plusieurs infirmières de quarts de travail consécutifs

Institutionnel

- Même CH: Moyens différents d'une unité à l'autre
- Différents CH: non utilisation concomitante de grilles d'observation reconnues et disponibles ailleurs (CH non universitaires vs universitaires)

Réflexion en cours d'action: Analyse des données et rétroaction

Question du raisonnement clinique: raisonnement clinique élémentaire, selon le dualisme bon-mauvais (« *respire-ne respire pas* »; « *conscient-inconscient* »)

Raisonnement clinique: réflexion qui précède l'action, ou les modalités de résolution de problème (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994)

Individuel

- **Raisonnement non juste (non fondé sur les connaissances scientifiques):**
 - Jugement en silo des données collectées
 - absence d'intégration C/A (antécédents « nuances », état de santé, médication, intervention)
 - Liens entre l'action et la justification scientifique de l'action non visibles
 - Explications données non analytiques ou fondées sur l'exception et non la situation
 - Utilisation sans discernement ou non-adaptation individualisée d'un outil ou protocole
- **Raisonnement clinique imprudent:**
 - Utilisation d'un jugement clinique élémentaire ou intuitif
 - Dualisme bon/mauvais: «*respire/ne respire pas*» ou «*conscient/inconscient*», sans évaluation clinique appropriée
 - Non prise en compte de l'hypothèse clinique la plus préjudiciable
 - Mauvais cadre d'analyse de la situation clinique
 - Sous-estimation des risques présents dans la situation du patient
 - Interprétation qui banalise les données ou les sous-estime (biais d'ancrage, de confirmation)
 - Absence de stratégie dans le doute: ajustement de l'horaire, revérification, ajout d'un paramètre d'évaluation, demande de conseil à une collègue
 - Anticipation et prévoyance non visible
 - Suivi ou continuité de la surveillance non visible au dossier après une 1^{ère} observation
 - Difficulté à reconnaître la détérioration
 - Absence d'appel au médecin ou ↑délai d'appel, malgré observations de la détérioration notées au dossier à plusieurs reprises dans les heures précédentes

Équipe (unité de soins)

- Plusieurs infirmières d'un même quart de travail et de quarts de travail consécutifs
- Adoption de nouvelles normes tacites non sécuritaires
- Absence de demande de conseil à une collègue; rôle clinique de l'assistante-chef?

Institutionnel

- Même CH: situation différente d'une unité à l'autre
- Procédures et utilisation des outils non standardisées
- Attribution peu différenciée des responsabilités (inf., inf.-auxiliaires (aides-soignants), assistante-chef)

Réflexion sur l'action (Schön, 1994, *Le praticien réflexif*)

Réflexion métacognitive sur le processus « *les infirmières en train d'agir ...* », soit, le développement de la compétence **... ou de l'incompétence ?**

Dans ces cas d'expertise, réfléchir sur l'action ayant mené à l'événement indésirable :

La fin et les moyens

- Moyens d'évaluation utilisés sans finalité
 - Sans cadre d'analyse clinique préalable, soit la raison de l'utilisation du moyen d'évaluation
 - Peu de prise en compte des facteurs de risque potentiels de complications (cas unique)
- Évaluation /surveillance
 - Non rigoureuse
 - Incomplète
 - Imprécise
 - Non ajustée

Les normes tacites

- Cachées dans l'action, non fondées sur la science
- Créées et adoptées dans l'équipe, dans le milieu (et non en formation initiale)
- Absence d'évaluation et de correction par l'institution

Les appréciations qui sous-tendent un jugement

- Les données incomplètes ou mal documentées ainsi que les entrevues légales, illustrent l'action faite (ou non faite) et la faiblesse du jugement clinique
- Raisonnement non analytique qui minimise l'état clinique réel du patient pour tendre à le normaliser (biais cognitifs)

Les stratégies et théories implicites

- Analyse des liens C/A non visible
- Éléments significatifs individuels non pris en compte (antécédents)
- Utilisation sous-optimale de l'évaluation clinique
- Lacunes d'utilisation ou d'adaptation des outils et protocoles

Les difficultés sont observées sous les 3 angles: individuel, équipe, institutionnel

Discussion

Évaluation/surveillance cliniques et Sécurité

Il existe un ÉCART entre les activités du RÔLE infirmier et les PROCESSUS/MOYENS utilisés en clinique

- Observations concomitantes: Expertises analysées et littérature disponible sur le sujet

ACTIVITÉS

- Reconnaissance de ce rôle infirmier pivot
 - L'infirmière est le professionnel le mieux placé pour effectuer la surveillance
 - Manojlovich & Talsma, 2007; Institute of Medicine, 2004
 - Procéder à l'évaluation clinique
 - Institute of Medicine, 2004; Schmid et al., 2007
 - Signes physiologiques détectables précèdent souvent la détérioration clinique
 - Jones et al., 2011

PROCESSUS ET MOYENS APPLIQUÉS

- Évaluation clinique et signes vitaux
 - Mesures et transmissions irrégulières; difficultés à rapporter; imprécisions communication; pratiques individuelles variables malgré les routines et les protocoles; détection des signes précurseurs d'une détérioration, particulièrement cardiaque et respiratoire est sous évaluée; non notification de la détérioration clinique chez les patients hospitalisés; lacunes d'évaluation systématique post-opératoire (Massey et al., 2009; Odell et al., 2009; Buckenborg et al., 2012; Jones et al., 2011; Parker, 2014; Quirke et al., 2011; Pucher et al., 2014; Subbe et Barach, 2017)
- Sous-utilisation des habiletés acquises en examen physique
 - Lacunes évaluation des données objectives; \approx 30 % des techniques enseignées (\approx 120); (Giddens & Eddy, 2009; Secret, 2005; Chua et al., 2013)
 - Au Québec: Chapados et al, 2011 : % utilisation chez 211 inf: Inspection (82); auscultation (62); percussion (11); palpation (56); Giguère, 2012 : utilisation lorsque la situation le nécessite chez 72 inf: moyens pour l'évaluation de la condition physique (71 % du temps) et mentale (56 %); Déry et al. (2017): Étendue non optimale de la pratique infirmière
- Utilisation du raisonnement intuitif plutôt que l'évaluation clinique et le raisonnement analytique: « ... feelings ... but not able to put their finger on it » (Cioffi, 2000; Dresser, 2012 ; Massey, et. al., 2009; Kutney-Lee, et al., 2009; Odell et al., 2009) ; Difficultés à interpréter les valeurs des signes vitaux menant à des délais dans la reconnaissance des complications (Subbe et Barach, 2017) ; manque d'un portrait juste et global de l'état clinique du patient (Chua et al., 2013)

De 1992 à 2022

1992: Enquêtes professionnelles sur la compétence d'une infirmière

(Lévesque, M., 1992, Perspective infirmière, OIIQ)

- *Infirmière qui n'applique pas les étapes de la démarche étant incapable d'évaluer la condition de santé, d'établir des objectifs et des priorités de soins;*
- *... fait preuve d'un jugement clinique déficient dans le choix de ses interventions de soins;*
- *... cause ou risque de causer, des blessures ou des infections aux bénéficiaires du fait d'une mauvaise utilisation du matériel ou d'une négligence à suivre les méthodes et les protocoles établis;*
- *Renseignements écrits et verbaux transmis à l'équipe de soins sont imprécis et incomplets.*

2022: Analyse des cas de consultations et d'expertises

• Observations identiques 1992

- Consultations et expertises
- Faiblesse de la collecte, de l'analyse des données, et transmissions

Idem

• Différence: Plusieurs infirmières d'une même équipe sont impliquées

- *L'événement arrive « par hasard » le jour « x », mais il aurait pu arriver il y a 1 semaine ou 1 mois ... ou dans 1 semaine ou 1 mois ... les normes tacites étant présentes dans l'équipe.*

• Causes similaires à celles identifiées dans la littérature 2004 et 2007

- Non reconnaissance des changements de l'état clinique; non application, dans un délai approprié, des moyens pour renverser ces changements (Schmid, Hoffman, Happ, Wolf, & DeVita, 2007)
- Facteur humain de communication et collaboration (Leonard, Graham et Bonacum, 2004)

• Ajout de recherches qui éclairent le problème et suscitent la réflexion pour la pratique infirmière

- D'Amour et al. (2014): 76,8 % des événements (*lésions de pression, chutes, erreurs d'administration de la médication, pneumonies, infections urinaires, utilisation inappropriée des contentions*) sont attribuables aux soins infirmiers.
- Utilisation partielle de l'évaluation clinique:
 - Chapados et al. (2011)
 - Giguère (2012)
- Déry et al. (2017): Occupation non optimale du champ d'exercice (médecine), notamment l'évaluation et planification des soins (4,2/6), communication et coordination des soins (3,4/6) et optimisation de la qualité et sécurité (3,11/6)

Leçons apprises

Leçons apprises

Si le modèle de la pratique réflexive de Schön éclaire le développement de la compétence, les faiblesses de la pratique réflexive lors de l'exercice infirmier conduisent à des manifestations d'incompétence telles qu'observées dans les cas d'expertise analysés. **Ainsi, l'incompétence peut également se développer dans la pratique.**

- **Parmi les éléments de la pratique réflexive, les plus faibles observés chez les infirmières de quarts de travail consécutifs sont:**
 - L'absence de lien entre la fin et les moyens lors de la surveillance ;
 - La création et l'adoption de normes tacites non scientifiques dans l'équipe qui conduisent à une utilisation sous-optimale des moyens l'évaluation clinique ;
 - L'utilisation d'un raisonnement intuitif et non analytique qui sous-estime l'interprétation des données cliniques, la mise en contexte individualisée, et les risques de détérioration; notamment la présence des biais d'ancrage et de confirmation.
- **Communication écrite:**
 - Peu de soin est apporté à la rédaction de notes pertinentes ainsi qu'à la réévaluation lors du suivi (continuité de la surveillance) dans le dossier ou dans le plan thérapeutique infirmier.
- **Constat similaire dans toutes les expertises:**
 - La pratique sous-optimale des infirmières concernées est un symptôme plus large qui affecte l'équipe d'une unité de soins.
 - L'événement indésirable arrive à un moment précis et implique quelques infirmières, mais les éléments de pratique observés amènent à penser qu'il aurait pu se produire n'importe quand, dans le passé ou dans l'avenir, en raison de la présence de normes tacites de surveillance clinique sous-optimale adoptées par les membres de l'équipe.

Ces observations:

- Concernent les infirmières individuellement, les équipes de soins et les institutions
- Sont semblables à celles retrouvées dans la littérature

Émergence d'une réflexion éthique

... Est-ce que j'agis bien ? ... Est-ce que j'évite de mal agir ?

- **Réflexions sur les valeurs qui guident les choix et sous-tendent les actions**
 - *Existe-t-il, MAINTENANT, en raison des résultats de recherche sur les événements indésirables, une dimension éthique associée à la prise de décision de l'infirmière de choisir d'utiliser ou non les moyens reconnus d'évaluation et de surveillance clinique des patients sous sa responsabilité?*
 - *Les F to R sont « involontaires » ... jusqu'à quel point le sont-ils toujours lorsqu'on omet d'utiliser les moyens de soins simples et connus ?*
 - *A-t-on le droit de continuer à appliquer des processus de soins sous-optimaux qui sont identifiés dans les causes des F to R ?*
 - *Doit-on attendre les résultats des enquêtes et des poursuites pour changer sa pratique ou peut-on le faire volontairement par engagement, par consensus des intervenants de l'ensemble du système ?*

Conclusion

La surveillance clinique infirmière est le dernier filet de sécurité d'un patient

Paraphrasant Bourcier et Van Andel

« Pour surveiller un patient avec compétence et bienveillance, il reste essentiel de garder les deux yeux ouverts, l'un pour ce que l'on cherche et l'autre, pour ce que l'on ne cherche pas. »

Pour tous les patients, « cas uniques » en soins infirmiers, toujours singuliers, complexes et instables.

Merci !
Place à la discussion ...

Odette.Doyon@uqtr.ca

Références principales

Doyon, O. et Longpré, S. (2022). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. 2^e édition. Montréal: Pearson-ERPI.

Doyon, O. et Spycher, L. (2017). *La surveillance infirmière: dernier filet de sécurité d'un patient*. Paris: Lamarre.

- Baker, G.R., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., et al. (2004). Adverse events in Canadian Hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Burke, J., Downey, C., Almoudaris, A.M. (2020). Failure to rescue deteriorating patients: A systematic review of root causes and improvement strategies. *Journal of patient safety*. May 2020.
- Bunkenborg, G., Samuelson, K., Akesson, J., & Poulsen, I. (2012). Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1466-1477.
- Chapados, C. et É. Lavertu (2015). L'examen clinique et l'évaluation de la santé, 2^e édition, édition française de : *Physical Examination & Health Assessment, 7th edition* (2015) de C. Jarvis. Montréal : Beauchemin-Chenelière Education.
- Chapados, C., Larue, C., Pharand, D., Charland, S., & Charlin, B. (2011). L'infirmière et l'évaluation de la santé : Où en sommes-nous ? *Perspective infirmière*, 8(5), 18-22.
- Chua, W.L., Mackey, S., Ng, E.K.C., & Liaw, S.Y. (2013). Front line nurses' experiences with deteriorating ward patients: a qualitative study. *International Nursing Review*, 60(4), 501-509.
- Cioffi, J. (2000). Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 108-114.
- Comité directeur national sur la sécurité des patients (2002). Accroître la sécurité du système. Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien. http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/building_a_safer_system_f.pdf
- D'Amour, D., Dubois, C.A., Tchouaket, É., Clarke, S., & Blais, R. (2014). The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 882-891.
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84, 1192-1196.
- **Déry, J., D'Amour, D., et Roy, C. (2017)**. L'étendue optimale de la pratique infirmière. Une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspectives infirmières*, 14(1), 51-55.
- De Vries, E.N., Ramrattan, M.A., Smorenburg, S.M., Gouma, D.J., & Boermeester, M.A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 17(3), 216-223. Récupéré de : http://www.safetymed.com.br/arquivo/TheIncidenceNatureInHospitalAdverseEvents_Vries_Review_QSHC_2008.pdf
- Garvey PK. (2015), Failure to Rescue: The Nurse's Impact. *Medsurg Nurs* [En ligne], 24(3):145-9. Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/b89d/b007722a609e9caf71d2851a3664e2a9f3b0.pdf>
- Geyer, G. (2015). Vigilance is the essence of nursing: Case study. *Prof Nurs Today*, 19(2), 36-37.
- Giddens, J.F. & Eddy, L. (2009). A survey of physical examination techniques taught in undergraduate nursing programs: are we teaching too much? *Journal of Nursing Education*, 48, 24–29.
- Giguère, S. (2012). *Étude descriptive de la perception de l'autonomie professionnelle chez les infirmières de la région Mauricie-Centre du Québec*. Essai de maîtrise inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Halfon, P., Staines, A., & Burnand, B. (2017). Adverse events related to hospital care: a retrospective medical record reviews in a Swiss hospital. *Intern. Journal of Quality in Health Care*, 1-7, doi 10.1093/intqhc/mzx061
- Hart, P.L., Spiva, L.A., Baio, P., Huff, B., Whitfield, D., Law, T., Wells, T., & Mendoza, I.G. (2014). Medical-surgical nurses' perceived self-confidence and leadership abilities as first responders in acute patient deterioration events. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2769-2778.

- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L.T., & Donaldson, M.S. (Ed). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: The National Academies Press. <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- Jha, A.K., I. Larizzogitia, C. Audera-Lopez, N. Prasopa-Plaizier, H. Waters et D.W. Bates (2013). The global burden of unsafe care: Analytic modelling of observational studies. *British Medical Journal Quality Safety*, vol. 22, no 10, p. 809-815.
- Kataoka-Yahiro, M. et Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of nursing education*. 33, (8), 351- 356.
- Kelly, L. & Vincent, D. (2011). The dimensions of nursing surveillance: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 652-661.
- Kutney-Lee, A., Lake, E.T., & Aiken, L.H. (2009). Development of the hospital nurse surveillance capacity profile. *Research in Nursing & Health*, 32, 217–228.
- Leonard, M., S. Graham et D. Bonacum (2004). «The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care», *Quality & Safety in Health Care*, vol. 13, suppl. 1, p. i85-190.
- Manojlovich, M. & Talsma, A. (2007). Identifying nursing processes to reduce failure to rescue. *Journal of Nursing Administration*, 37(11), 504-509.
- Massey, D., Aitken, L.M., & Chaboyer, W. (2009). What factors influence suboptimal ward care in the acutely ill ward patient? *Intensive and Critical Care Nursing*, 25, 169–180.
- Meyer, G. & Lavin, M.A. (June 23, 2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. Vol 10 No 1. Récupéré de : <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No3Sept05/ArticlePreviousTopic/VigilanceTheEssenceofNursing.html>
- Moldenhauer, K., Sabel, A., Chu, E.S., & Mehler, P.S. (2009). Clinical triggers: An alternative to a rapid response team. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(3), 164-174.
- Odell, M., Victor, C., & Oliver, D. (2009). Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1992–2006.
- OMS, 2009, cité dans Patient Safety Institute (2012). <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Rapport%20Comple%20-%20La%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients%20dans%20les%20services%20m%C3%A9dicaux%20d%E2%80%99urgence.pdf>
- Pannick, S., Beveridge, I., Wachter, R.M., Sevdalis, N. (2014). Improving the quality and safety of care on the medical ward: A review and synthesis of the evidence base. *European Journal of Internal Medicine*, 25, 874-887.
- Parker, C.G. (2014). Decision-making models used by medical-surgical nurses to activate rapid response teams, *Medsurg Nursing*, 23(3), 159-164.
- Schmid, A., Hoffman, L., Happ, M.B., Wolf, G.A., & DeVita, M. (2007). Failure to rescue. A literature review. *Journal of Nursing Administration*, 37(4), 188-198.
- Secrest, J. A., Norwood, B. R., & Dumont, P. M. (2005). Physical assessment skills: A descriptive study of what is taught and what is practiced. *Journal of Professional Nursing*, 21(2), 114–118.
- Schön, D.A. (1994). *Le praticien réflexif : À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Les Éditions Logiques.
- Schwendimann, R., Blatter, C., Dhaini, S., Simon, M., et Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a Scoping review. *BMC Health Serv Res*, 18, 521.
- Subbe, C.P., & Wekch, J.R. (2013). Failure to rescue: Using rapid response system to improve care of the deterioration patient in hospital. *Clinical Risk*, 19, 6-11.