

# *Évolution de la gestion des risques vers la culture de sécurité:*

- *Illustrer les concepts de surveillance et de sécurité*
- *Extrapoler vers les responsabilités d'un CII*

**Odette Doyon, inf. retraitée, M.Éd., PhD**

Professeure émérite (sciences infirmières)

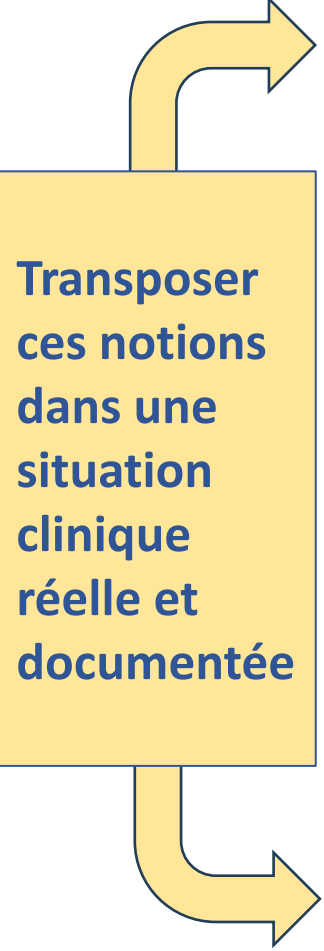
Université du Québec à Trois-Rivières

**Colloque de l'Association des CII du Québec (ACIIQ)**

7 novembre 2025

Québec

# OBJECTIFS



Transposer  
ces notions  
dans une  
situation  
clinique  
réelle et  
documentée

- **Revoir les notions de sécurité des soins et d'événements évitables «*Failure-to-rescue*»**
  - Événements simples et complexes
  - Facteurs de la culture de sécurité
  - Responsabilités d'un CII
- **Analyser un cas de coroner avec la perspective de la culture de sécurité**
  - Apprentissage à partir des erreurs
  - Attitude de justice et d'équité
  - Possibilités d'influence
    - Infirmière
    - CII
- **Intégrer la perspective de la culture de sécurité**
  - Leçons apprises
  - Responsabilités d'un CII

- **La sécurité des soins ...**

*... Principe fondamental des soins de santé.*

*... Effort complexe de l'ensemble du système et des professionnels.*

**Un rôle du CII ?**

# Terminologie

## 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. »

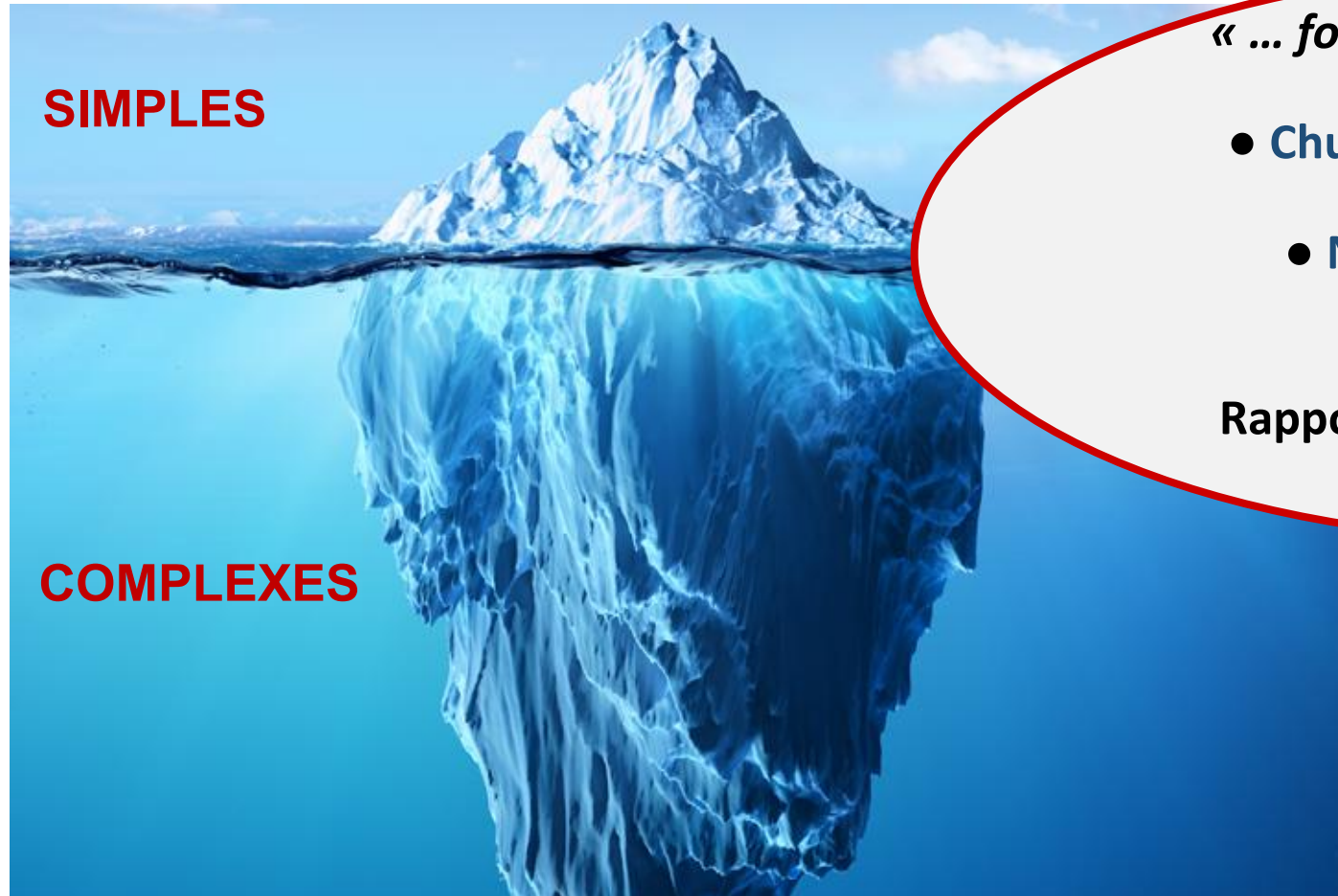
(Canadian Safety Terminology, 2003)

## 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
  - imprévus et involontaires
  - **causent un préjudice.**

(Comité directeur national sur la sécurité des soins, 2002).

# Événements indésirables simples et complexes



« ... *formé que d'un seul élément* »  
(Le Petit Robert, 2004)

- Chutes, erreurs de médication, infections
- Non respect de protocole
  - Liés à l'équipement

Rapports d'accidents/incidents et statistiques

2014 – 2023

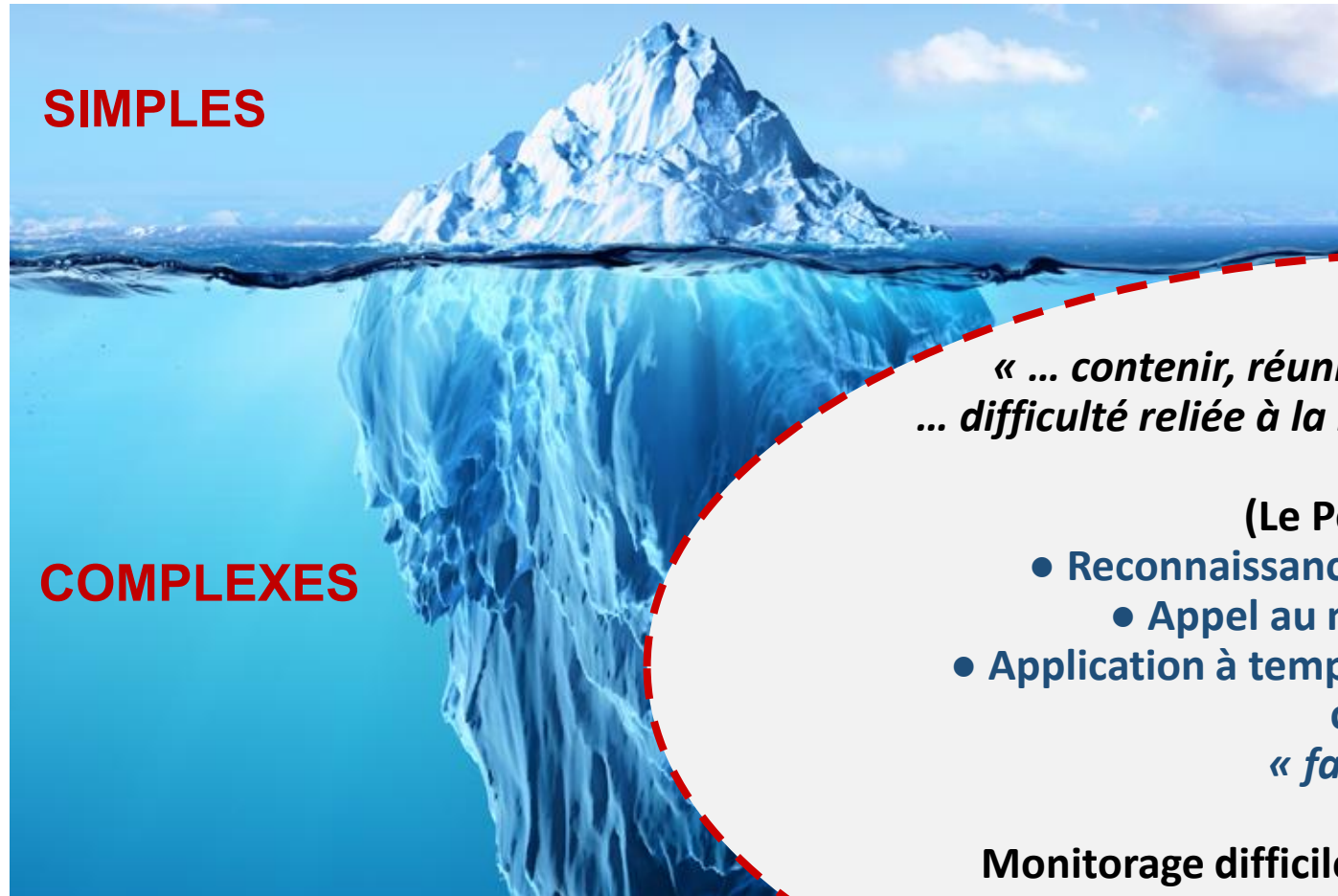
Québec: MSSS Rapport sur les incidents et les accidents

‡ Données incomplètes pour 2012-2013 et 2013-2014										
ÉVÉNEMENTS DÉCLARÉS ‡	2014 -15	2015 -16	2016 -17	2017 -18	2018 -19	2019 -20	2020 -21	2021 -22	2022 -23	2023 -24 <sup>1</sup>
Nb total	481 000	484 021	503 447	513 357	500 502	495 652	442 725	444 756	461 905	502 825
Incidents	67 212	66 859	65 877	75 162	70 883	59 366	49 297	51 326	49 760	56 268
Accidents	413 778	417 162	437 570	438 195	429 619	436 286	393 428	393 430	412 145	446 557
<b>GRAVITÉ</b>						Années COVID				
Ø conséquence	407 525	411 097	428 882	437 036	425 427	412 811	370 163	190 077	185 202	198 264
Avec conséquences appréhendées (depuis 2021-22)								183 246	199 414	220 570
Temporaires	71 852	71 214	72 855	74 467	70 070	75 406	68 225	70 401	76 063	82 533
*↑soins/durée	2 332	2 268	1 222	2 056	1 941	2 006	1 567	1 755	1 848	*2 018
Permanent	335	356	323	317	350	375	379	517	634	<b>698</b>
*soins critiques	70	82	54	46	66	62	58	50	77	<b>*76</b>
<b>Décès</b>	<b>316</b>	<b>326</b>	<b>378</b>	<b>421</b>	<b>450</b>	<b>517</b>	<b>550</b>	<b>515</b>	<b>592</b>	<b>679</b>

<u>PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS 23-24 (%)</u>	<u>Répartition par groupe d'âge (%)</u>
Chutes et quasi-chutes (41,2)	19-44 : Incident (1,1); Accident (5,2)
Événements liés à la médication (23,5)	45-64 : Incident (1,2); Accident (8,5)
Traitement (5,7); abus/agression/harcèlement (3,5); tests de laboratoire (1,9)	65-74 : Incident (1,2); Accident (12,7)
	75 + : Incident (3,8); Accident (56,2)

<sup>1</sup> MSSSQ (2024) Rapport 2023-2024 sur les incidents et les accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec. Du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024.

# Événements indésirables simples et complexes



**SIMPLES**

**COMPLEXES**

*« ... contenir, réunir plusieurs éléments différents  
... difficulté reliée à la multiplicité des éléments et à leurs  
relations »*

**(Le Petit Robert, 2004)**

- **Reconnaissance des changements cliniques**
  - **Appel au médecin au bon moment**
- **Application à temps des moyens pour renverser ces changements**

*« failure to rescue »*

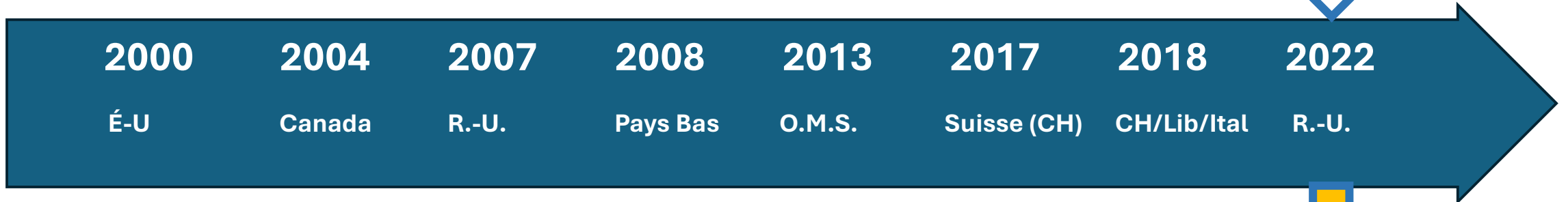
**Monitoring difficile: enquêtes institutionnelles ou  
professionnelles**

**- cas de coroners - cas légaux**

Site image <https://www.kbcrawl.com/wp-content/uploads/2018/06/image-iceberg.jpg>

## Burke et al.: Revue systématique causes souches (*Root Causes*)

- 1 486 articles 2006-2018: 842 abstracts retenus; 52 articles analysés
- Complications surviennent de **manière constante** dans les institutions



### CLASSIFICATION CAUSES: « 3 R » *Recognition – Relay - React*

#### **Recognition**

- Non reconnaissance des complications
- Lacunes utilisation outils de détection (Early warning score)
- Mode de décision clinique intuitif VS analytique

#### **Relay**

- Communication non systématique
  - SBAR
- Peur de la critique

#### **React**

- Formation ciblée
- *Rapid response team*

# Culture de sécurité des soins

Ring, L. & Moody Fairchild, R. (2013). Leadership and patient safety: A review of the literature. *Journal of Nursing Regulation*, 4(1), avril 2013, p. 52-56.

- Définition
  - « *Environnement dans lequel la sécurité est une valeur partagée obtenue grâce à un leadership qui promeut une communication franche, et qui maintient une atmosphère qui valorise l'apprentissage, une approche non-punitif des erreurs et l'équité* »
- Contribution
  - Prestation de soins aux patients qui sont sécuritaires, de haute qualité de soins, et efficaces

# Facteurs essentiels d'une culture de sécurité

- **Leadership**
- **Travail d'équipe**
- **Pratique fondée sur les résultats probants**
- **Communication**
- **Apprentissage**
- **Justice et équité**
- **Soins centrés sur les patients**

# Facteurs essentiels d'une culture de sécurité

(Ring & Moody Fairchild, 2013)

- Leadership
- Travail d'équipe
- Pratique fondée sur les résultats probants
- Communication

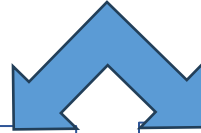
- **Apprentissage**
  - Apprendre à partir des erreurs

- **Justice et équité**
  - Évaluer et équilibrer la responsabilité individuelle et celle du système

- Soins centrés sur les patients

# Responsabilités du CII

- conformément aux règlements



- **Directrice des soins infirmiers (DSI)**

- **Conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (CIETOC)**

Source: CISSS de la Montérégie-Ouest (2025). Règlement sur la régie interne. Conseil des infirmières et infirmiers du CISSS de la Montérégie-Ouest. *DOCUMENT DE TRAVAIL*

# Responsabilités du CII

- conformément aux règlements

## • DSI

- Apprécier, de manière générale, la qualité des actes infirmiers posés (...) et des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur (...)
- Faire des recommandations sur:
  - Les règles de soins infirmiers applicables.
  - Les règles relatives aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments.
  - La distribution appropriée des soins.

*« Tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficients aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement »*

## • CIETOC

# Responsabilités du CII

- conformément aux règlements

- **DSI**

- **CIETOC**

- Donner son avis sur:
  - Les trajectoires de services cliniques (...) notamment en ce qui concerne leur pertinence et leur efficacité.
  - L'organisation technique, scientifique et clinique (...).
  - La distribution des services cliniques.

*« En les considérant du point de vue des infirmières, des infirmières-auxiliaires. »*

- **Une situation clinique...**

*... apprendre à partir des erreurs*

*...adopter une attitude de justice et d'équité*

# Facteurs essentiels d'une culture de sécurité

(Ring & Moody Fairchild, 2013)

- Leadership
- Travail d'équipe
- Pratique fondée sur les résultats probants
- Communication

1)

- **Apprentissage**
  - Apprendre à partir des erreurs
- **Justice et équité**
- Soins centrés sur les patients

Revue des événements sans blâme mais plutôt dans une perspective de résolution systémique des erreurs et de soutien des soignants à faire correctement.

## **RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER**

*À l'intention des familles, des proches et des organismes*

*POUR la protection de la VIE humaine*

*(Dr Louis Normandin, coroner)*

- No: 2018-00405
  - Jimmy-Lee Durocher, 18 ans
- Dr Louis Normandin, coroner
  - 26 octobre 2018
  - <https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/demander-un-rapport-de-coroner.html>

Dr L. Normandin,  
coroner

## Cas clinique

Jimmy Lee Durocher

18 ans

« parfaite santé »

- **Événement:**

- **13 janvier 2018:**

- 22h27: Consulte aux urgences d'un CH régional pour des douleurs abdominales progressives suite à un coup au ventre reçu lors d'un entraînement de karaté 2 jours auparavant
- Gardé en observation aux urgences
- Évaluation médicale: appendicite aiguë perforée

- **14 janvier 2018:**

- 14h45: Hospitalisé en attente de chirurgie
- 20h57: Appendicectomie par laparoscopie, sans incident
- 21h45: Salle de réveil
- 22h05: Extubé
- 22h35: Retour à l'unité de soins, stable et conscient

## Cas clinique: Jimmy Lee Durocher, 18 ans.

- Soins post-opératoires:

- **14 janvier 2018:**

- 23h00: patient rapporte des « *élancements* » au niveau de l'abdomen, « *douleur 7/10* », et reçoit Morphine 5 mg par voie sous-cutanée
- 23h15: revu par l'infirmière qui le décrit « *détendu avec les yeux clos* »
- 23h45: revu par la même infirmière qui note « *des tremblements et soubresauts de ses jambes* » « *cauchemar ?* », et inscrit au dossier des valeurs de signes vitaux « *toutes normales* » et une saturométrie au même moment à « *96 %* »
- 23h50:
  - Une autre infirmière vient au chevet suite au déclenchement d'une alarme de l'appareil de mesure de la pression artérielle qui indique « *une hypertension systolique à 200 mm Hg* ». Prise de signes vitaux est « *contrôlée et dite normale* »
  - Elle note que le saturomètre qui doit être au doigt du patient est décroché; elle le replace et note une valeur de saturation « *approchant zéro* »; elle quitte la chambre sans attendre une nouvelle lecture puis avise l'infirmière responsable.

## Cas clinique: Jimmy Lee Durocher, 18 ans.

- **Soins post-opératoires /SUITE 2:**

- **15 janvier 2018:**

- Peu après minuit:

- La mère, à son chevet, note « *un ralentissement progressif du rythme cardiaque apparaissant sur le moniteur des signes vitaux* » et utilise la cloche d'appel à 2 reprises
- Elle est avisée que « *lors du changement de quart de travail, les infirmières reçoivent le rapport et qu'elles ne peuvent pour l'instant s'occuper des patients* »

- 0h42:

- Patient retrouvé « *inconscient, en arrêt cardio-respiratoire* » par l'infirmière
- Réanimation cardiorespiratoire pendant 40 minutes

- 1h12:

- Rythme cardiaque spontané

**Soins post-opératoires /SUITE 3:**

- **15 janvier 2018:**
  - 1h15: Investigation en radiologie (tomodensitométrie cérébrale, thoracique, abdominale)
    - Lésions cérébrales documentées
  - 5h00: transfert vers un centre hospitalier universitaire à Montréal
- **16 janvier 2018:**
  - 16h11: Confirmation de la mort cérébrale

**DIAGNOSTIC À L'ARRIVÉE: APPENDICITE AIGÛE RUPTURÉE**

**DIAGNOSTIC AU DÉPART: ENCÉPHALOPATHIE ANOXIQUE TERMINALE**

**Soins post-opératoires /SUITE 3:**

- **15 janvier 2018:**
  - 1h15: Investigation en radiologie (tomodensitométrie cérébrale, thoracique, abdominale)
    - Lésions cérébrales documentées
  - 5h00: transfert vers un centre hospitalier universitaire à Montréal
- **16 janvier 2018:**
  - 16h11: Confirmation de la mort cérébrale

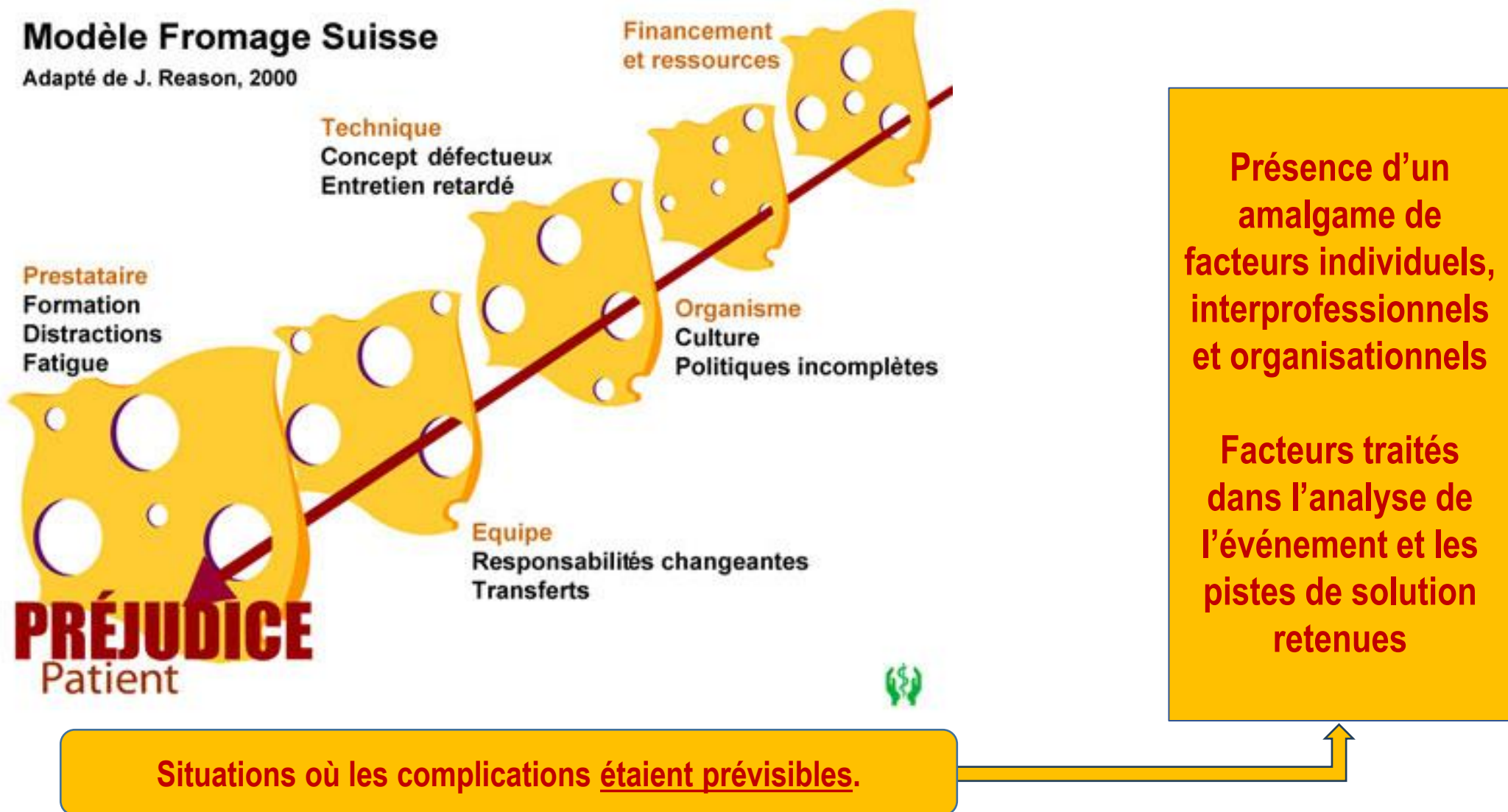
**DIAGNOSTIC À L'ARRIVÉE: APPENDICITE AIGÛE RUPTURÉE**

**DIAGNOSTIC AU DÉPART: ENCÉPHALOPATHIE ANOXIQUE TERMINALE**

# Atelier « Apprendre à partir des erreurs »

## Modèle Fromage Suisse

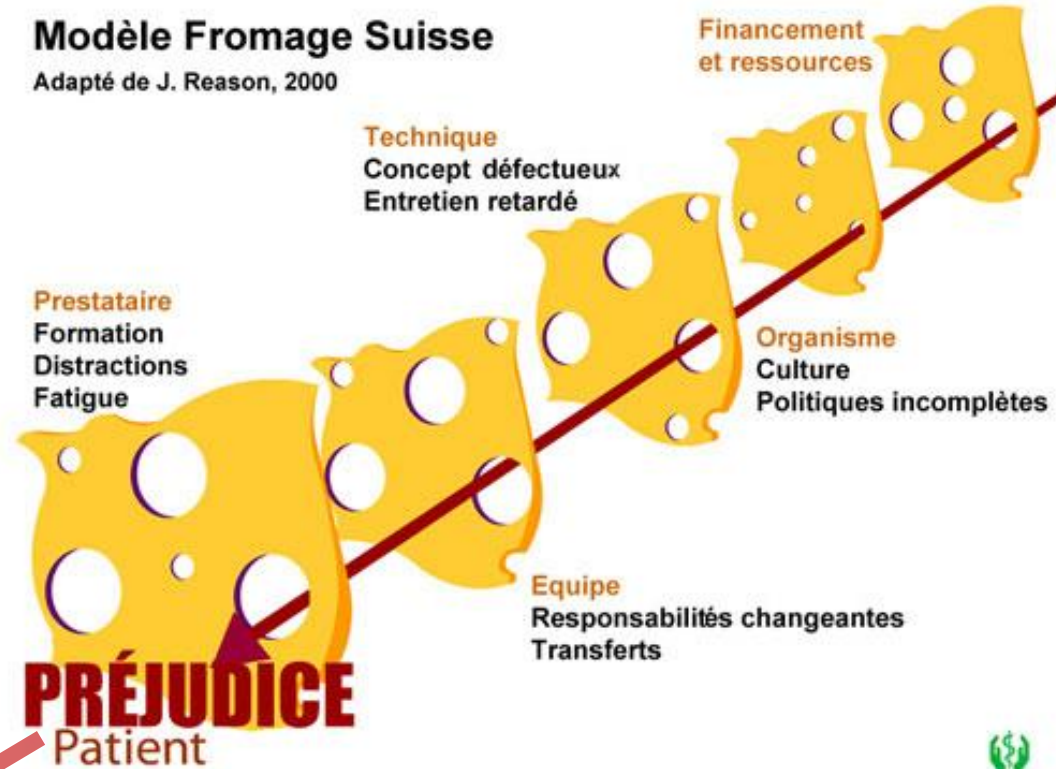
Adapté de J. Reason, 2000



# À première vue ?

## Modèle Fromage Suisse

Adapté de J. Reason, 2000



### Préjudice

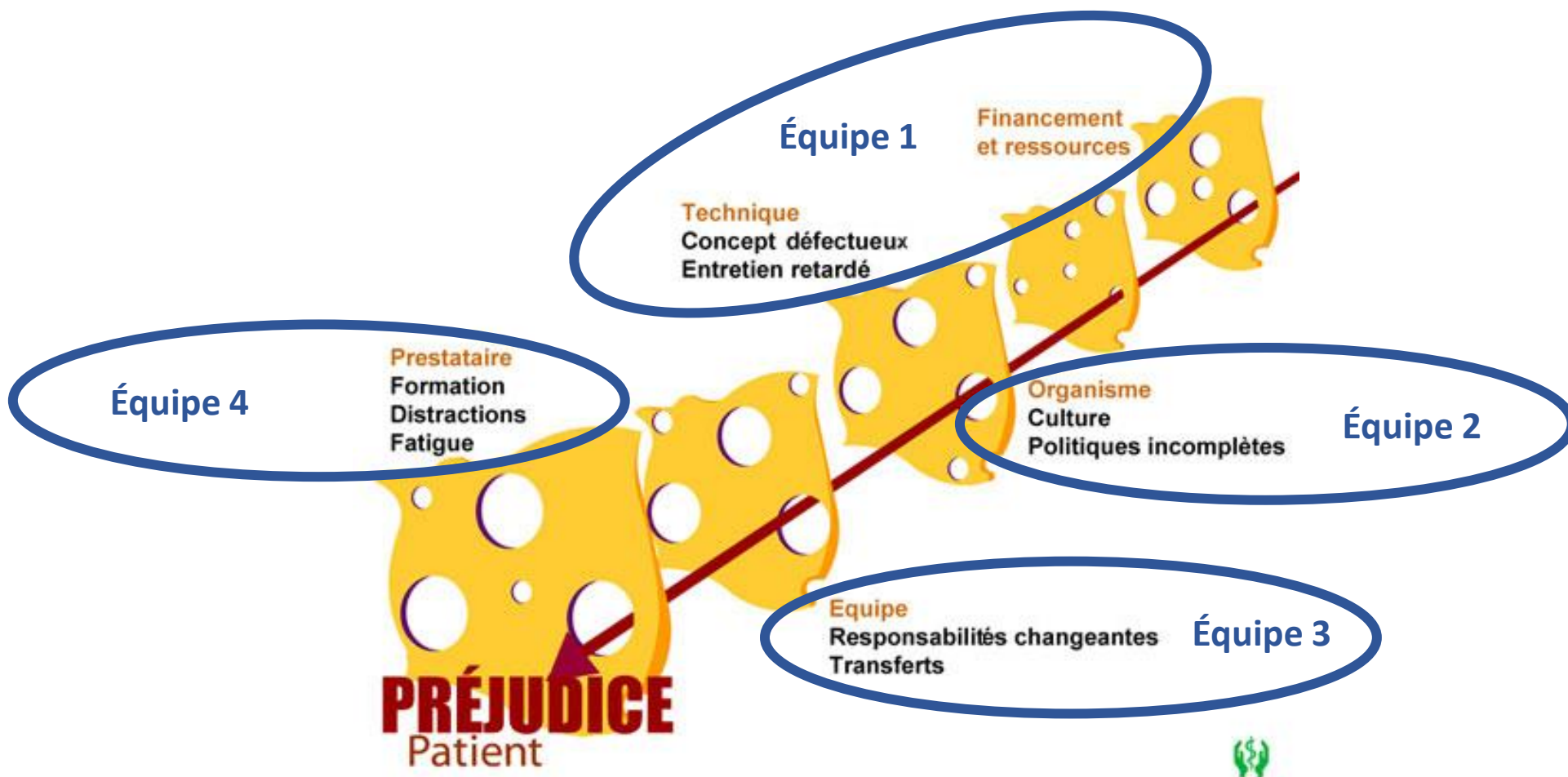
- Prévisible ?

### Intervention

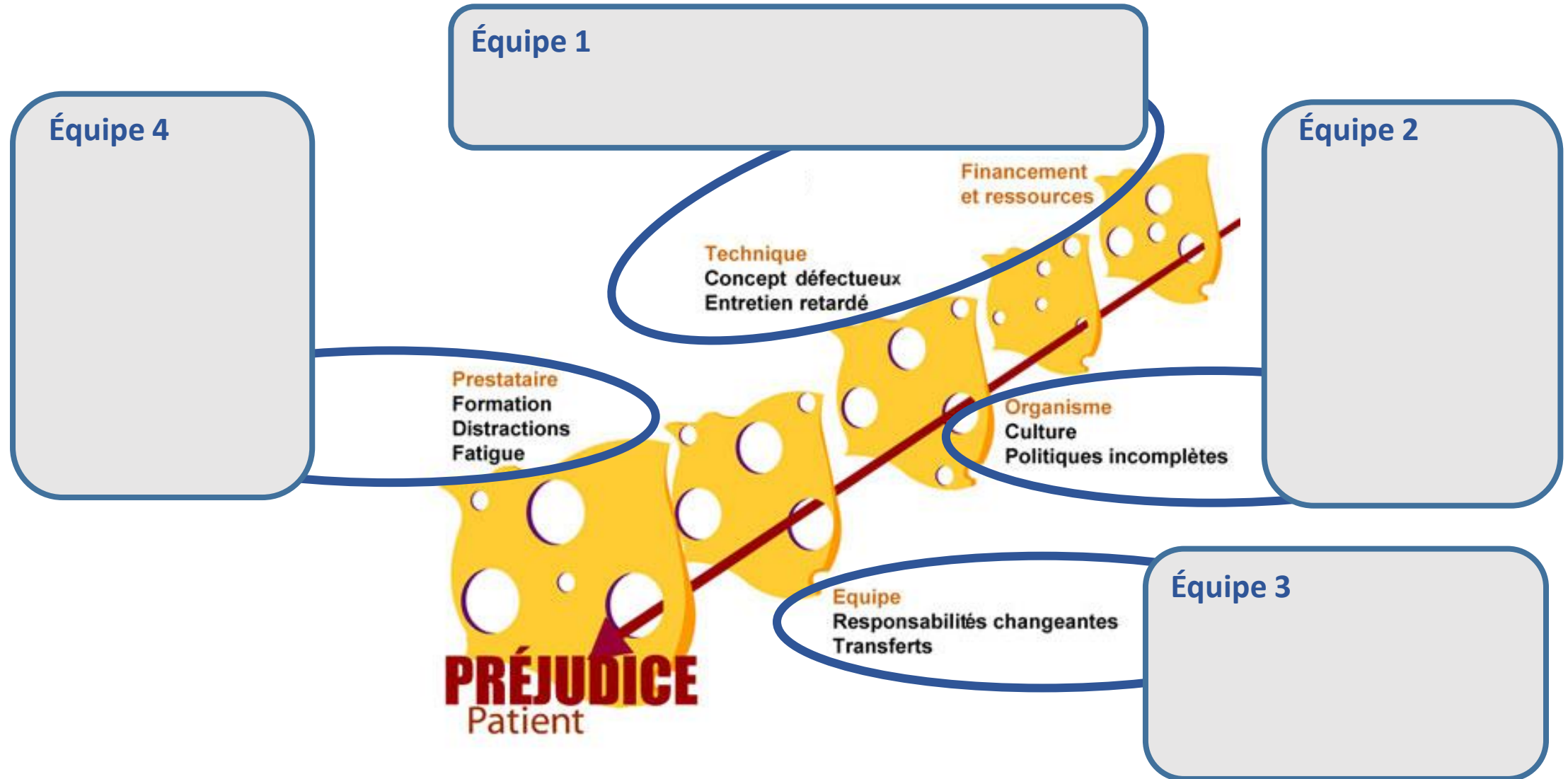
- Appropriée ?
- Délai optimal ?

**Atelier: Quels facteurs humains et systémiques pourraient-ils être présents ?**

4 équipes pour l'analyse – Mise en commun pour échange



# Observations: Constats ou hypothèses ?



- **Littérature sur la présence de certains facteurs ...**

***... et une possible correspondance  
avec le cas clinique?***

# Quelques études sur les facteurs en cause

## PRINCIPALEMENT :

2007: Schmid, Hoffman, Happ, Wolf, & DeVita

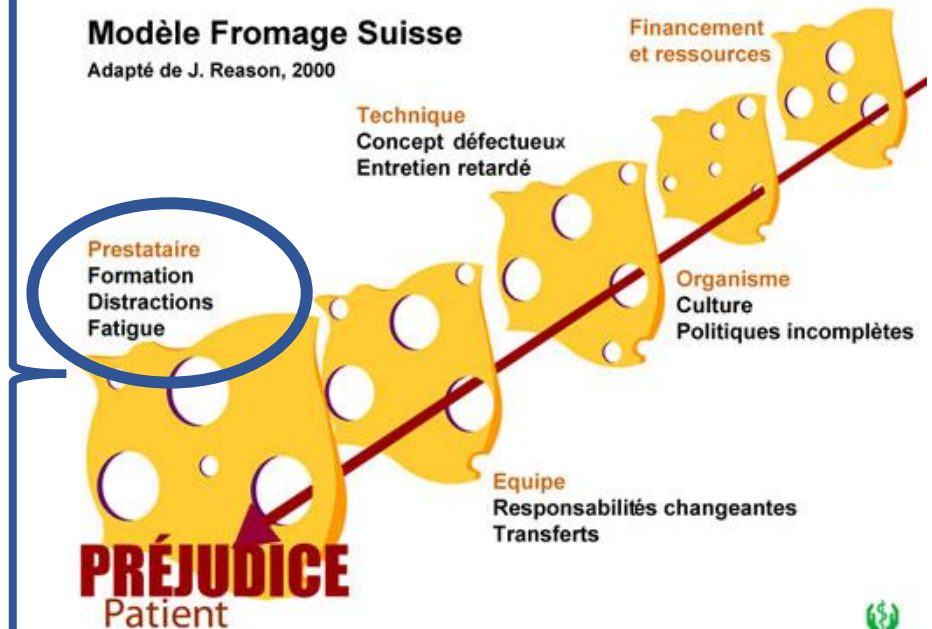
- **La non-reconnaissance** des changements de l'état clinique des patients
- **La non-application, dans un délai approprié,** des moyens pour renverser ces changements

2022: Burke et al., causes souches « 3 R »

- **Recognition**
- **Relay**
- **React**

### Modèle Fromage Suisse

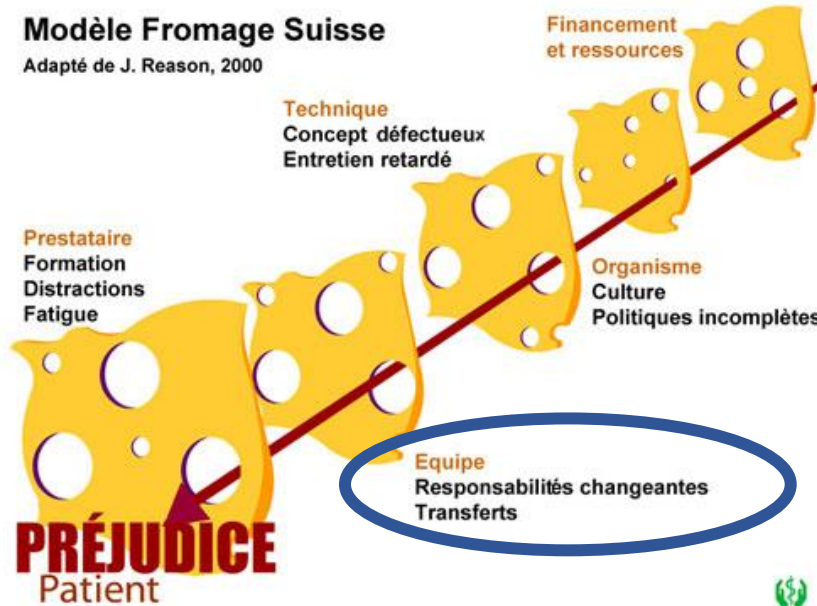
Adapté de J. Reason, 2000



(Formation Aspire,  
2015)

## Modèle Fromage Suisse

Adapté de J. Reason, 2000



(Formation Aspire,  
2015)

## FACTEUR HUMAIN: Communication et collaboration

2004: Leonard, Graham et Bonacum, « zone partagée » inf/inf et inf/md

**Communication** (narrative VS factuelle), **non systématique** (SBAR)

2022: Burke et al., causes souches « 3 R »

**Communication non systématique** (SBAR); **Degré de coordination** ; **Relations inf/md** (peur de la critique); **Relations conflictuelles**

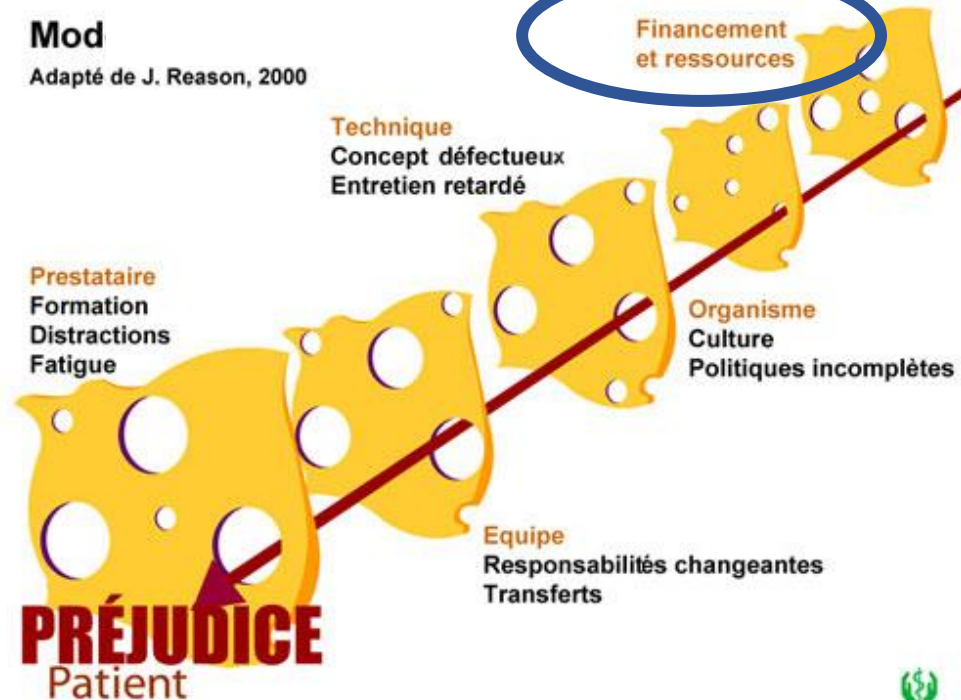
# FINANCEMENT ET RESSOURCES – PERSONNEL INFIRMIER

2003: Aiken et al.; 2013: Kutney-Lee et al.; 2020: Rochefort et al. 2022: Burke et al.

**Ratio inf/pt; Ratio inf. bacc; Niveau expérience; TS**

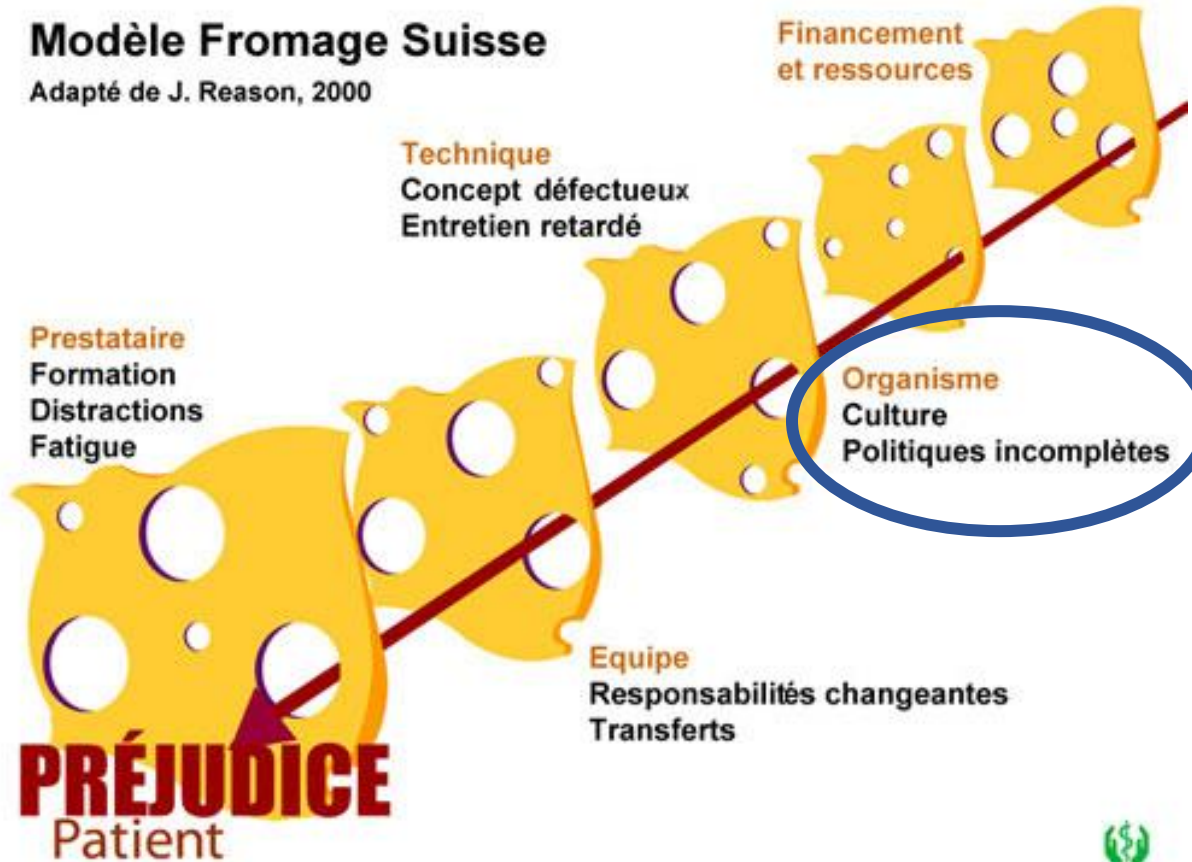
## Mod

Adapté de J. Reason, 2000



## Modèle Fromage Suisse

Adapté de J. Reason, 2000



### ORGANISME - CULTURE

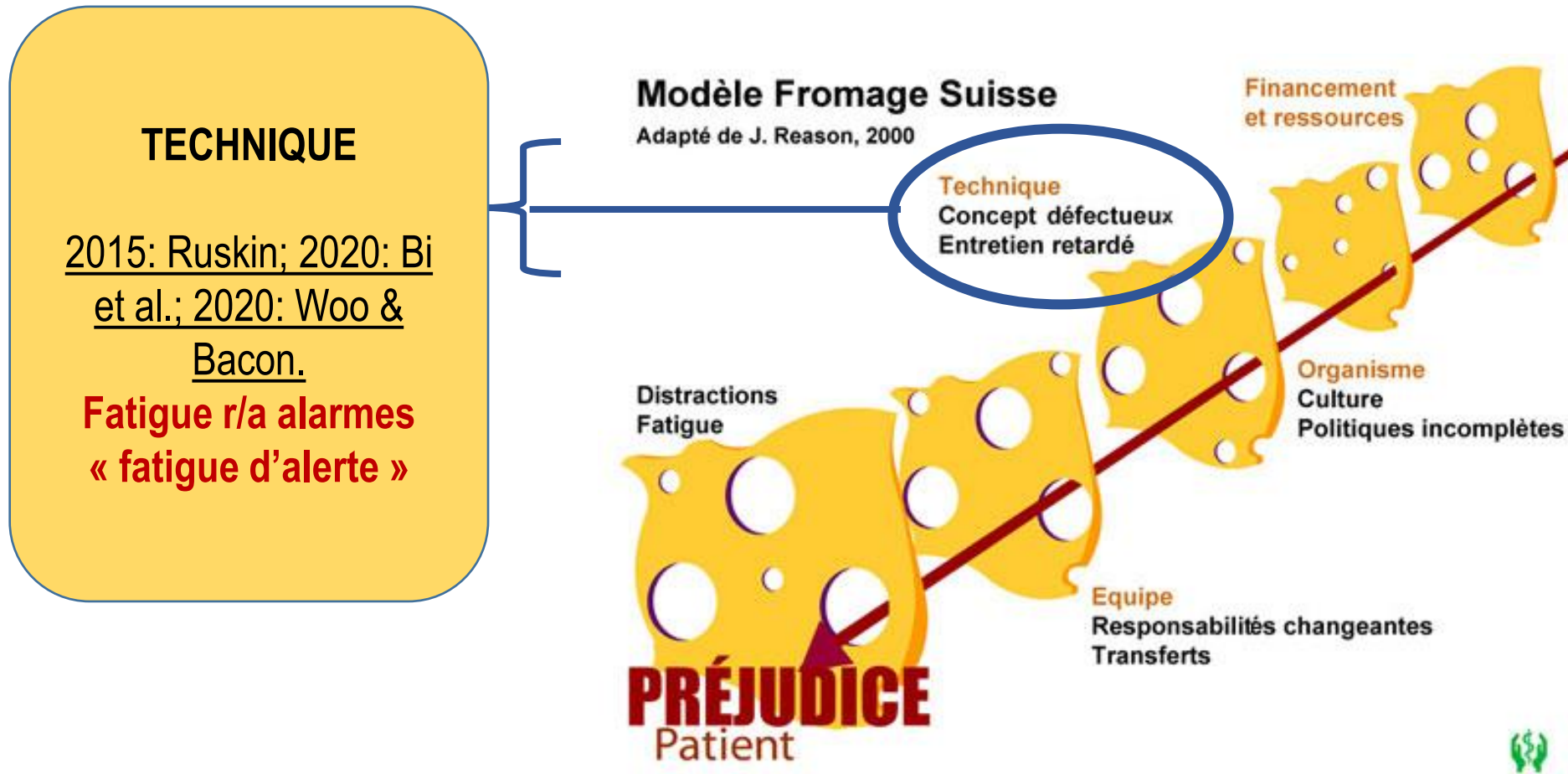
2022: Burke et al., causes  
souches « 3 R »

**Culture hiérarchique**

2021: Thornton Bacon et al.,  
soins chirurgicaux

**Climat organisationnel**

# Causes



# Facteurs essentiels d'une culture de sécurité

(Ring & Moody Fairchild, 2013)

- Leadership
- Travail d'équipe
- Pratique fondée sur les résultats probants
- Communication
- **Apprentissage**

2)

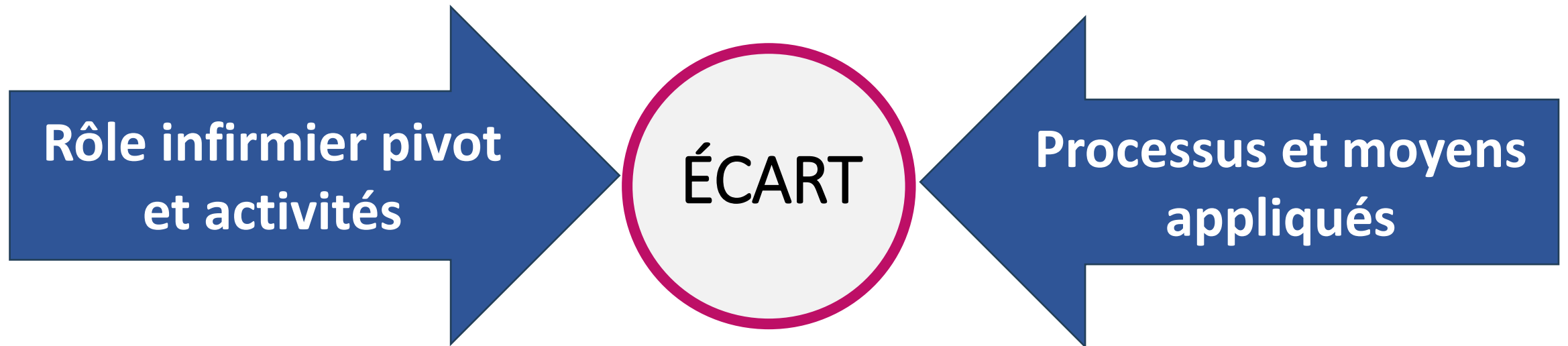
- **Justice et équité**
  - Évaluer et équilibrer la responsabilité individuelle et celle du système
- Soins centrés sur les patients

**Différencier les  
« déviations de  
pratique honnêtes »  
des écarts délibérés**

- Réconforter une personne qui a fait une erreur humaine
- *Counseling* pour les comportements à risque
- Sanctionner l'insouciance

# Revenons à la surveillance clinique infirmière

Ce que la littérature a montré...



## DANS LE CAS CLINIQUE PRÉSENTÉ

Jimmy Lee Durocher, 18 ans, en « parfaite santé ».



### INFO

Mort après une injection de morphine : le coroner invoque un manque de surveillance



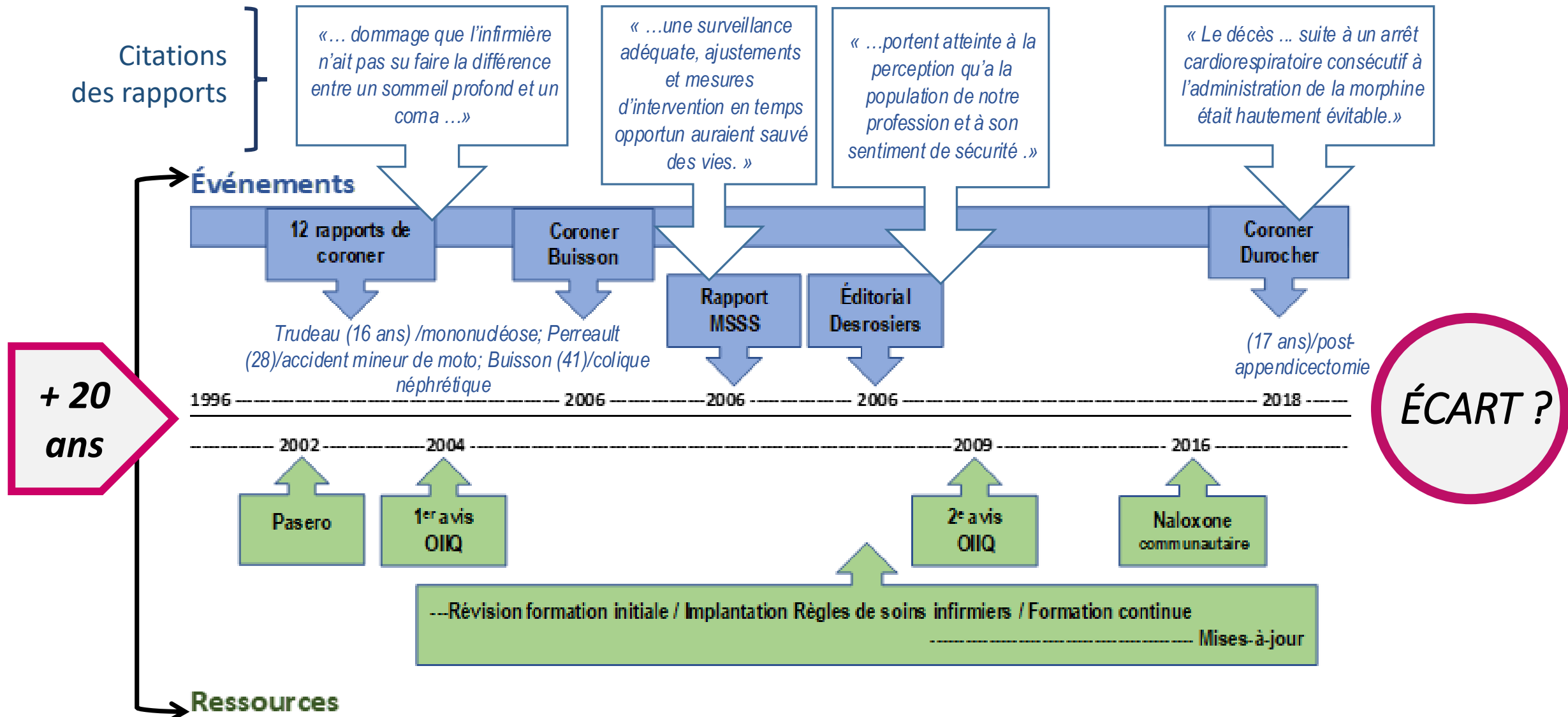
Jimmy Lee Durocher  
PHOTO : COURTOISIE

**Radio-Canada**

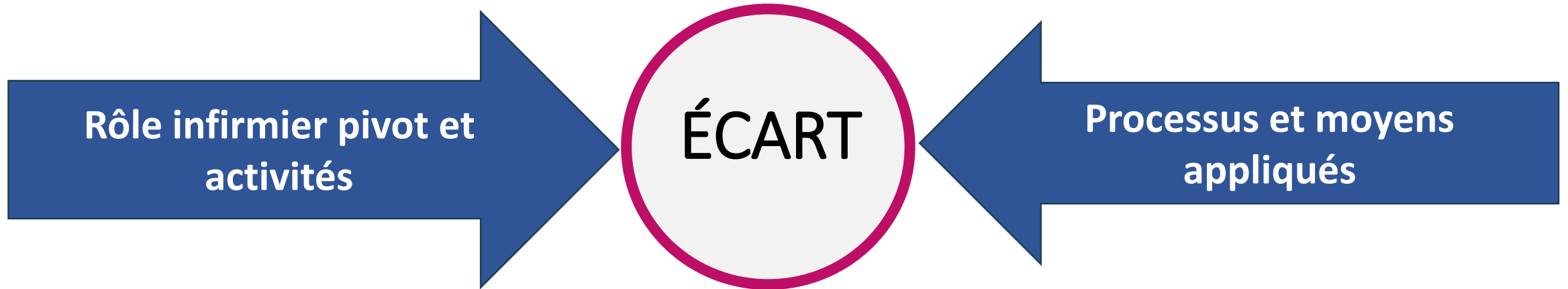
Publié le 26 novembre 2018

*ÉCART ?*

# Contexte depuis 1996: décès secondaires à l'administration d'opiacés



# Justice et équité



## Possibilités d'influence

### *... de l'infirmière ?*

- *Obligation de processus et de moyen*
- *1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> activités du champ d'exercice*

### *... du CII ?*

- *Recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables et la distribution des soins*

ÉCART?

## 1) L'infirmière peut-elle faire une différence ?

### Évaluation et surveillance cliniques

- **Recognition:**

- *ont-elles surveillé l'état de la personne selon les règles de l'art ?*

- **Relay:**

- *ont-elles avisé le médecin de manière juste, précise et au bon moment ?*

- **React:**

- *ont-elles appliqué à temps les moyens pour renverser les changements cliniques ?*

« 3R »  
Burke et al.  
2022

ÉCART?

## 1) L'infirmière peut-elle faire une différence ?

### Évaluation et surveillance cliniques

- **Recognition:**
  - ont-elles surveillé l'état de la personne selon les règles de l'art ?
- **Relay:**
  - ont-elles avisé le médecin de manière juste, précise et au bon moment ?
- **React:**
  - ont-elles appliqué à temps les moyens pour renverser les changements cliniques ?

Sommeil/État d'éveil  
Tremblements et soubresauts  
État respiratoire: amplitude  
Bradycardie et poussée hypertensive

Lors des premiers signes cliniques ?  
(sommolence – Pasero, SV, FR  $\leq$  10,  $\downarrow$ SpO<sub>2</sub>)  
Lors de l'arrêt cardio-respiratoire ?

Lors des premiers signes cliniques ?  
(stimulation du patient, Naloxone, rehaussement de la fréquence de surveillance)  
Lors de l'arrêt cardio-respiratoire ?

« 3R »

Burke et al.  
2022

ÉCART?

## 2) Le CII peut-il influencer?

Responsabilités du CII  
- conformément aux règlements



Directrice des soins infirmiers  
(DSI)

- Les règles de soins infirmiers applicables
- Les règles relatives aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments
- La distribution appropriée des soins

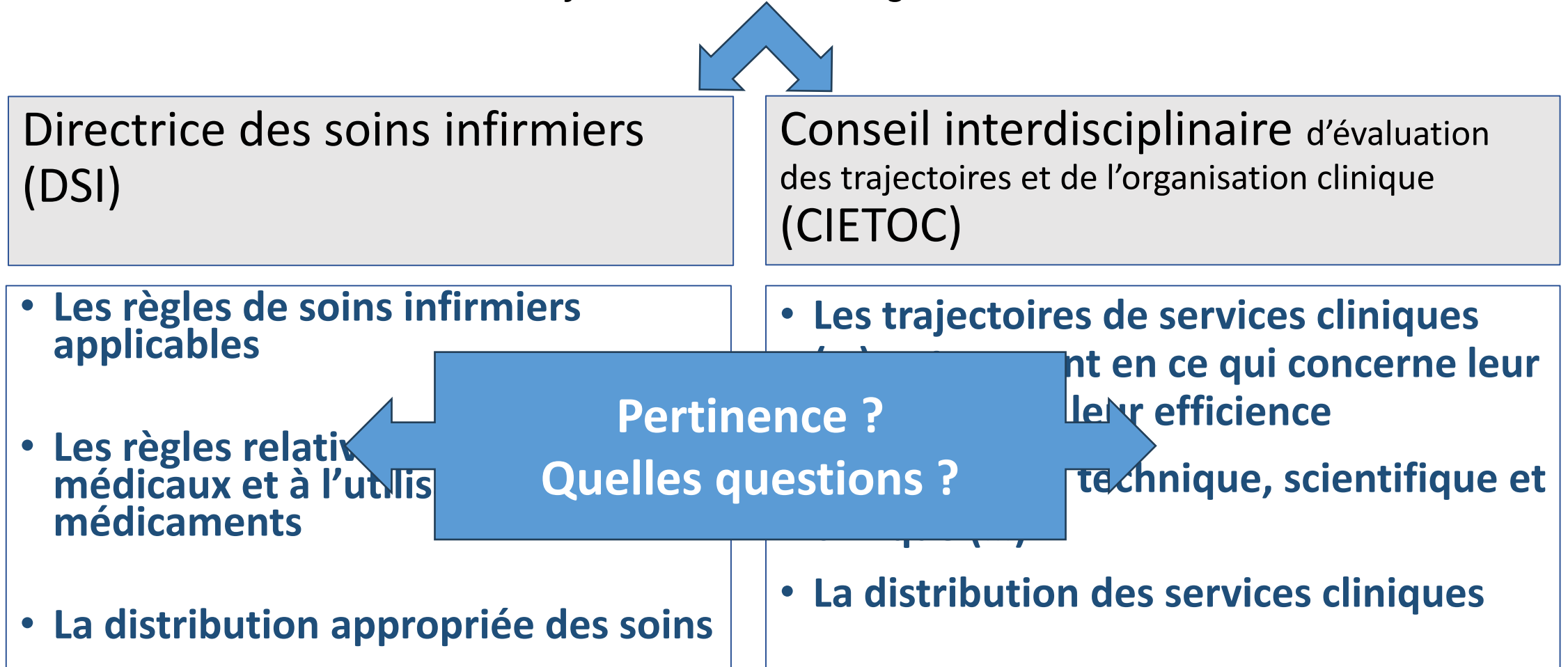
Conseil interdisciplinaire d'évaluation  
des trajectoires et de l'organisation clinique  
(CIETOC)

- Les trajectoires de services cliniques (...) notamment en ce qui concerne leur pertinence et leur efficience
- L'organisation technique, scientifique et clinique (...)
- La distribution des services cliniques

ÉCART?

## 2) Le CII peut-il influencer?

Responsabilités du CII  
- conformément aux règlements



ÉCART?

## 2) *Le CII peut-il influencer?*

Responsabilités du CII  
- *conformément aux règlements*



Directrice des soins infirmiers  
(DSI)

- **Les règles de soins infirmiers applicables**
- **Les règles relatives aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments**
- **La distribution appropriée des soins**

*Existence ?  
Disponibles ?  
À jour ?  
Outils conséquents ?  
Formation continue ?  
Évaluation de l'utilisation ?  
Utilisation individuelle et équipe  
Suivi et pérennité ?*

ÉCART?

## 2) *Le CII peut-il influencer?*

Responsabilités du CII  
- *conformément aux règlements*



Directrice des soins infirmiers  
(DSI)

- **Les règles de soins infirmiers applicables**
- **Les règles relatives aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments**

- **La distribution appropriée des soins**

*Attribution (Nbre/Expérience) ?  
Fonctionnement équipe ?  
Mode de prestation ?  
Rôle de l'AIC ? (équivalent)  
Type de communication ?  
Changement de quart ?*

ÉCART?

## 2) Le CII peut-il influencer?

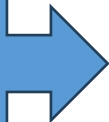
Responsabilités du CII  
- conformément aux règlements



Conseil interdisciplinaire d'évaluation  
des trajectoires et de l'organisation clinique  
(CIETOC)

- Les trajectoires de services cliniques (...) notamment en ce qui concerne leur pertinence et leur efficience

Mode de communication ?  
Coordination ?



- L'organisation technique, scientifique et clinique (...)

- La distribution des services cliniques

ÉCART?

*Le CII peut-il influencer: Sources d'informations*

***Que doit-on savoir ? Regarder ? Recommander ?***

ÉCART?

## *Le CII peut-il influencer: Sources d'informations*

*Que doit-on savoir ? Regarder ? Recommander ?*

### **Effets (-) de la situation**

- Sur les patients
- Sur l'institution
- Sur les professionnels

### **6 sources d'informations**

- Les données cliniques (datas)
- Le point de vue des cliniciens
- Le processus actuel
- La littérature pertinente (EBP)
- L'expérience ailleurs
- L'opinion d'un expert

### **Effets (+) des recommandations**

- Sur les patients
- Sur l'institution
- Sur les professionnels

- **De la gestion des risques à la culture de sécurité...**

*... leçons apprises*  
*... responsabilités d'un CII*

# De la gestion des risques à la culture de sécurité

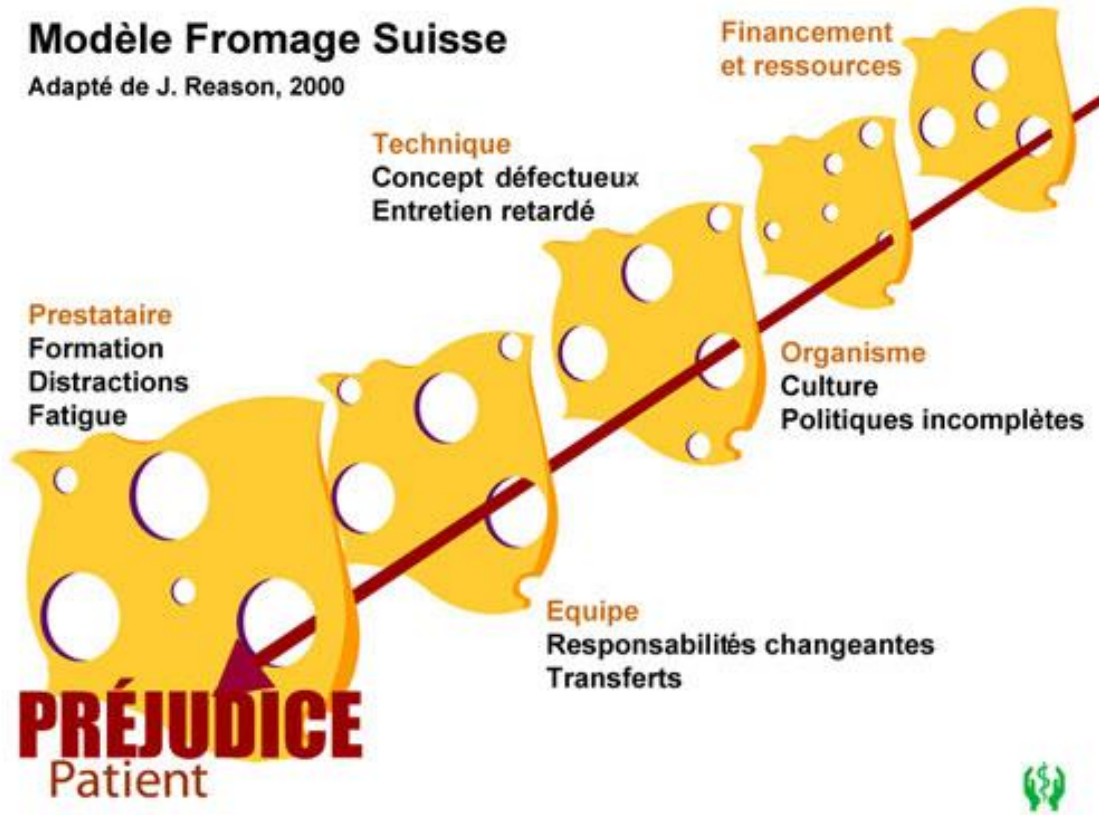
Perspective linéaire causale



Perspective systémique dynamique

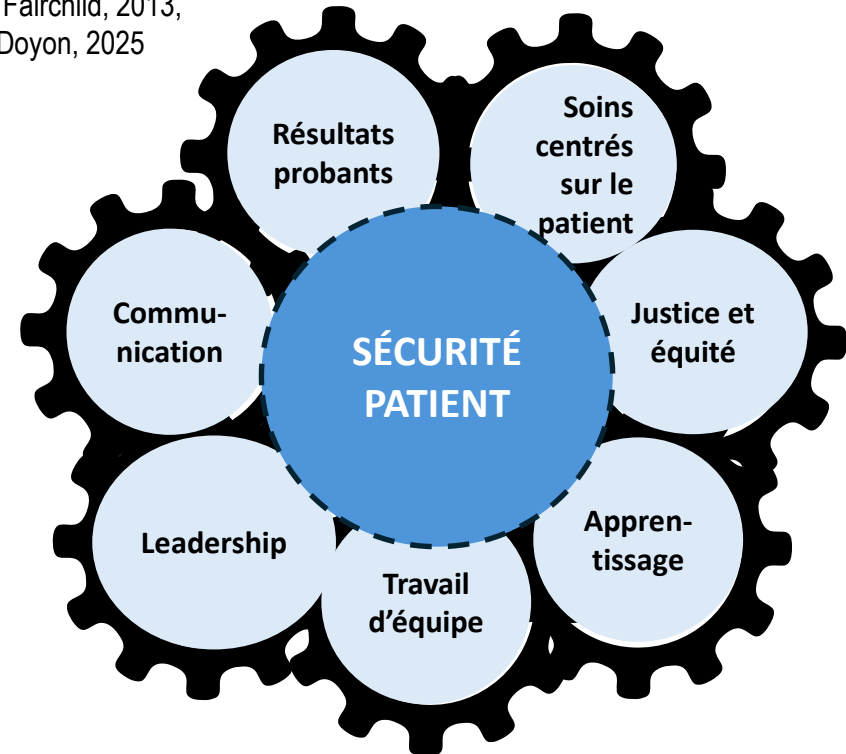
## Modèle Fromage Suisse

Adapté de J. Reason, 2000



## Facteurs essentiels d'une culture de sécurité

Ring & Moody Fairchild, 2013, adaptation O. Doyon, 2025

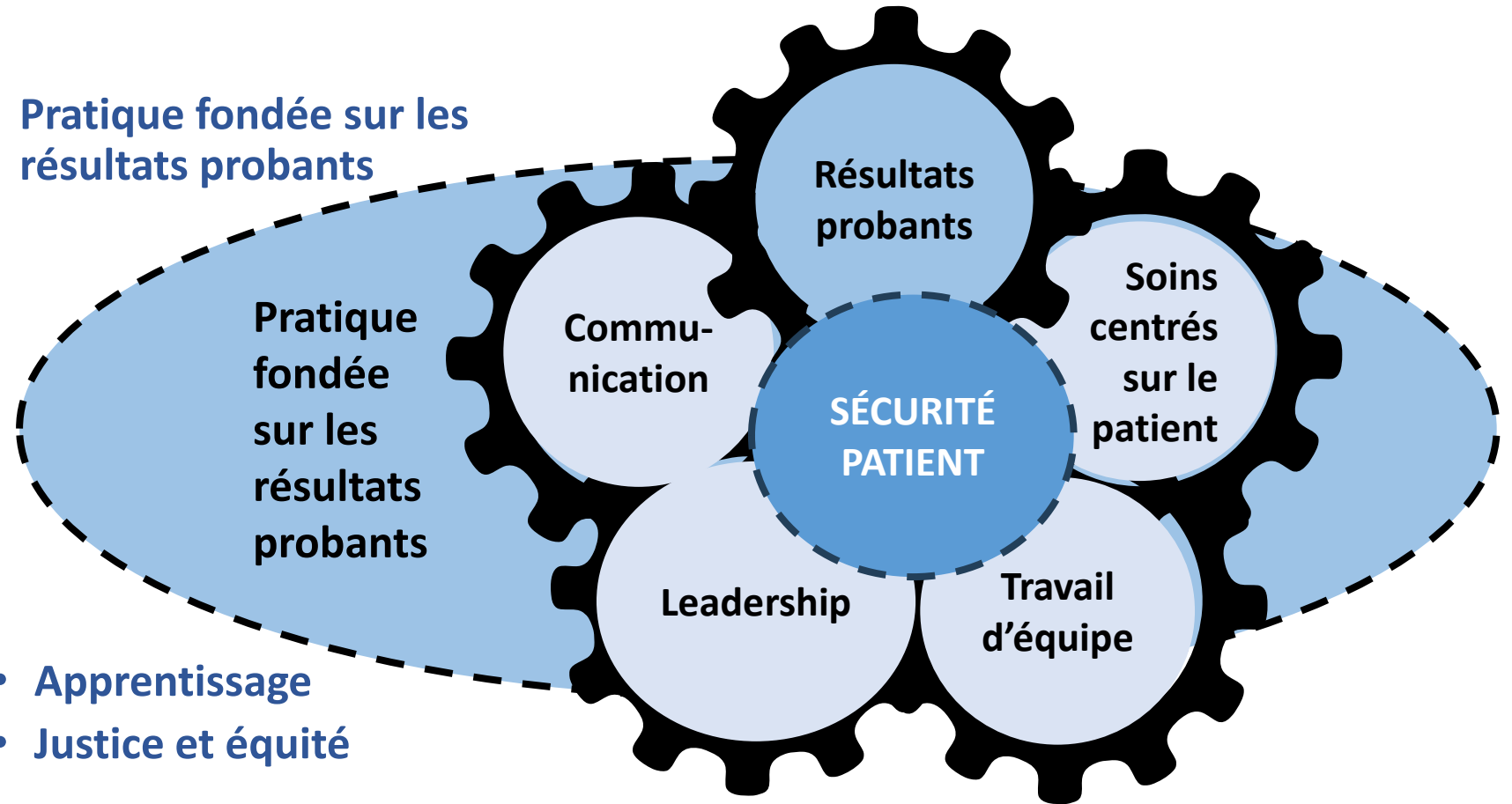


# Facteurs essentiels d'une culture de sécurité

Ring & Moody Fairchild, 2013,  
adaptation O. Doyon, 2025

- Leadership
- Travail d'équipe
- Communication
- Soins centrés sur les patients

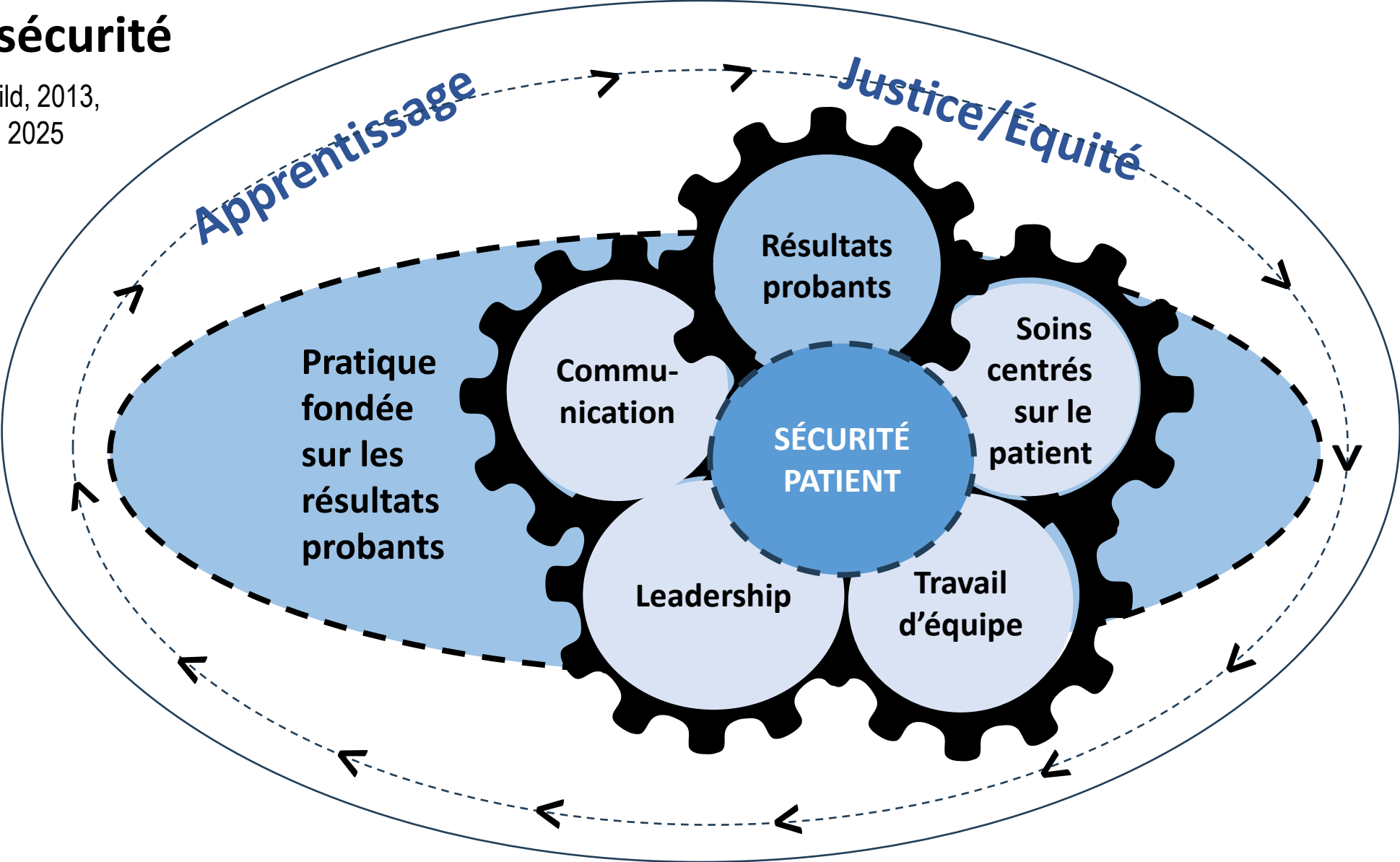
- **Pratique fondée sur les résultats probants**

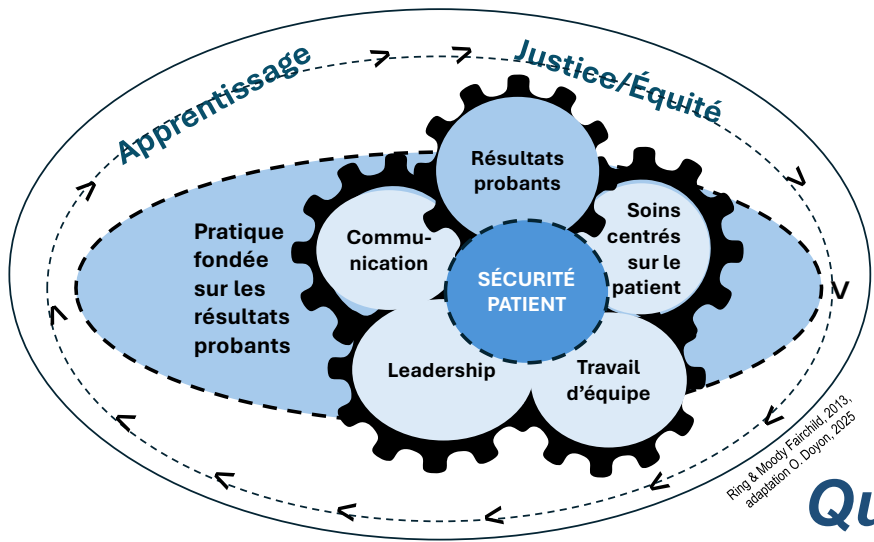


- **Apprentissage**
- **Justice et équité**

# Facteurs essentiels d'une culture de sécurité

Ring & Moody Fairchild, 2013,  
adaptation O. Doyon, 2025





# Leçons apprises

***Qu'avons-nous appris de ce cas en regard de la surveillance clinique en lien avec la sécurité du patient ?***

- ***Dimension professionnelle individuelle***
- ***Dimension institutionnelle***

**Apprentissage**

**Justice et équité**

# Leçons apprises

## Apprentissage

- Apprendre à partir des erreurs

## Justice et équité

- Équilibre au niveau de l'imputabilité entre les individus et l'organisation

Revue des événements dans une perspective de résolution systémique des erreurs

et de

soutien des soignants à faire correctement.

Différencier les « *déviations de pratique honnêtes* » des écarts délibérés

- Réconforter une personne qui a fait une erreur humaine
- *Counseling* pour les comportements à risque
- Sanctionner l'insouciance

# Apprentissage

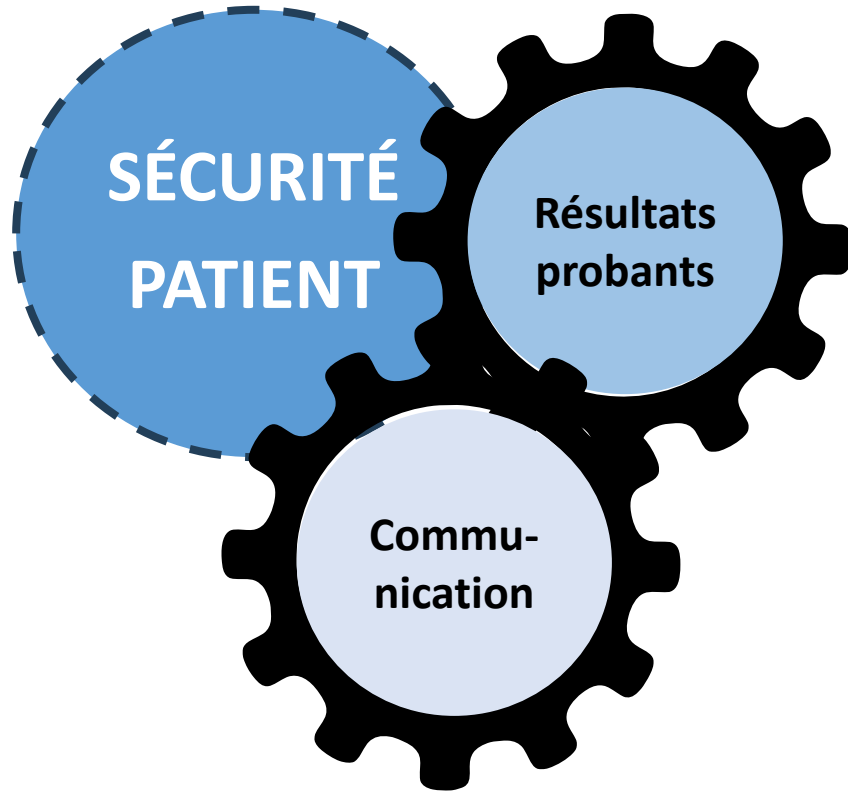
SÉCURITÉ  
PATIENT

## CONSTATS DÉCLENCHEURS « *Il s'agit de ...* »

QUESTIONS POSSIBLES	SOURCES D'INFORMATIONS
Préjudice ou risque de préjudice ?	Dossier et datas Contexte présent Témoignages
Cas unique ? Description événement - 3R (Burke et al., 2022) - <i>Recognition, Relay, React</i>	Cinétique de cas Autres descriptions objectives (p.ex.: tendance des SV, pharmacocinétique Rx)
Autres cas similaires ?	Analyse de dossiers similaires ? Même unité ? Unités différentes ?



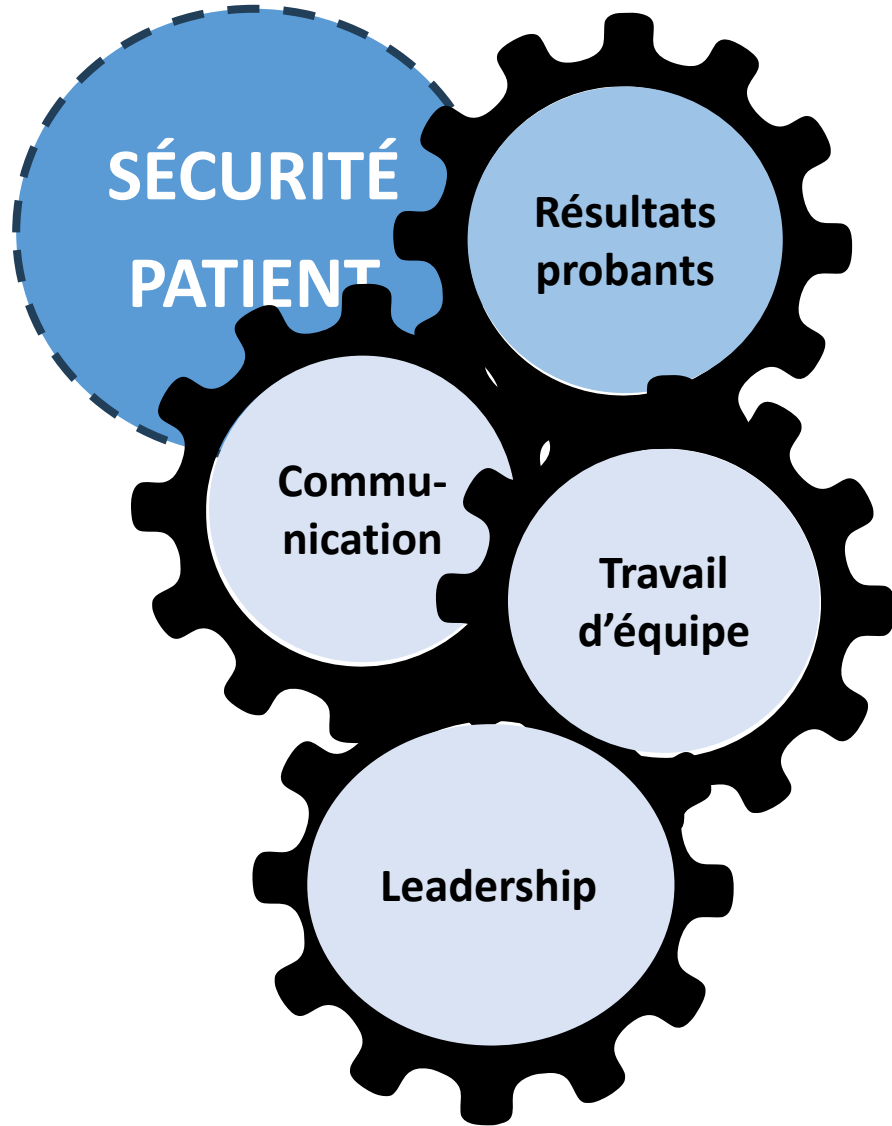
# Apprentissage



## ANALYSE DES FACTEURS « *Ce qui est fait VS attendu* »

QUESTIONS POSSIBLES	SOURCES D'INFORMATIONS
Quel est le processus actuel ?	Description de la pratique Dossier Témoignages
Règles de soins infirmiers: - <i>Existence ?</i> - <i>Disponibles ?</i> - <i>À jour ?</i> - <i>Outils conséquents ?</i> - <i>Jugement clinique (Biais)?</i> - <i>Formation continue ?</i> - <i>Évaluation de l'utilisation ?</i> - <i>Pérennité ?</i> - <i>Appliquées par infirmière?</i> - <i>Appliquées par l'équipe?</i> Type de communication - <i>Orale</i> - <i>Écrite</i> - <i>Intra/Interdisciplinaire</i>	Dossier Témoignages Normes professionnelles Documents institutionnels Littérature - EBP - Communication sécuritaire Expérience ailleurs Opinion d'expert
	<b>ÉCART ?</b>

# Apprentissage



## ANALYSE DES FACTEURS « *Ce qui est fait VS attendu* »

### QUESTIONS POSSIBLES

Quel est le processus actuel ?

Mode de prestation de soins ?  
- *Fonctionnement individuel et d'équipe*

- *Normes tacites?*

Modalités d'attribution ?

Rôle de l'AIC?

Changement de quart?

- *Continuité des soins ?*

Soutien institutionnel?

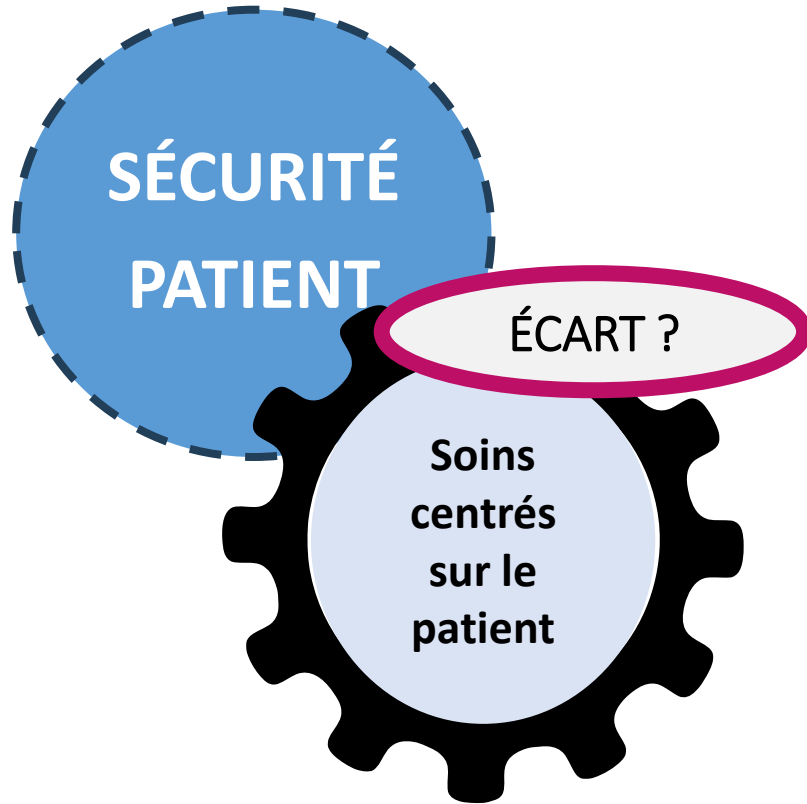
### SOURCES D'INFORMATIONS

Description de la pratique  
Datas  
Témoignages

Dossier  
Témoignages  
Modèles institutionnels  
Documents institutionnels  
Littérature  
Expérience ailleurs  
Opinion d'expert

ÉCART ?

# Justice et équité



## SYNTHÈSE DES CONSTATS « *Une opinion ...* »

QUESTIONS POSSIBLES	SOURCES D'INFORMATIONS
Préjudice ou risque de préjudice ?	Dossier et datas Contexte présent Témoignages
Cas unique ? Observations sur l'événement - 3R (Burke et al., 2022) - <i>Recognition, Relay, React</i>	Cinétique de cas Autres descriptions objectives (p.ex.: tendance des SV, pharmacocinétique Rx) Facteurs analysés reliés - <i>Résultats probants</i> - <i>Communication</i> - <i>Travail d'équipe</i> - <i>Leadership</i>
Autres cas similaires ?	Analyse de dossiers similaires ? Même unité ? Unités différentes ?

Justice et équité  
Angles d'observations  
- *Individuel*  
- *Équipe*  
- *Institution (DSI)*

**Un CII pourrait-il proposer des recommandations ?**

*Que doit-on savoir ? Regarder ? Recommander ?*

**Effets (-) de la situation**

- Sur les patients
- Sur l'institution
- Sur les professionnels

**6 sources d'informations**

- Les données cliniques (datas)
- Le point de vue des cliniciens
- Le processus actuel
- La littérature pertinente (EBP)
- L'expérience ailleurs
- L'opinion d'un expert

**Effets (+) des recommandations**

- Sur les patients
- Sur l'institution
- Sur les professionnels

**ÉCART ?**

*Quelles recommandations d'un CII ?*

*Que doit-on savoir ? Regarder ? Recommander ?*

**Effets (-) de la situation**

- Sur les patients
- Sur l'institution
- Sur les professionnels

**6 sources d'informations**

- Les données cliniques (datas)
- Le point de vue des cliniciens
- Le processus actuel
- La littérature pertinente (EBP)
- L'expérience ailleurs
- L'opinion d'un expert

**Effets (+) des recommandations**

- Sur les patients
- Sur l'institution
- Sur les professionnels

*Quelles recommandations d'un CII ?*

**SÉCURITÉ des PATIENTS**

*« Protéger le potentiel de réadaptation »*

*« Préserver la vie »*

Que doit-on savoir ? Regarder ? Recommander ?

**Effets (-) de la situation**

- Sur les patients
- Sur l'institution
- Sur les professionnels

**6 sources d'informations**

- Les données cliniques (datas)
- Le point de vue des cliniciens
- Le processus actuel
- La littérature pertinente (EBP)
- L'expérience ailleurs
- L'opinion d'un expert

**Effets (+) des recommandations**

- Sur les patients
- Sur l'institution
- Sur les professionnels

*Quelles recommandations d'un CII ?*

**SÉCURITÉ des PATIENTS**

ÉCART ?

**Les constats**

- *Apprentissage*

**Les dimensions**

- *Tous les facteurs de la culture de sécurité en jeu*

**Les recommandations**

- *Justice et équité: Imputabilité individuelle et institutionnelle*

## DANS LE CAS CLINIQUE PRÉSENTÉ

Jimmy Lee Durocher, 18 ans, en « parfaite santé ».

### Les recommandations

- *Justice: Constats*
- *Équité: Imputabilité individuelle et institutionnelle*

### Des exemples...

- *Quel facteur de la culture de sécurité ? Imputabilité individuelle et institutionnelle*
- *Etc ...*
- *Etc ...*

## DANS LE CAS CLINIQUE PRÉSENTÉ

Jimmy Lee Durocher, 18 ans, en « parfaite santé ».

### Les recommandations

- *Justice: Constats*
- *Équité: Imputabilité individuelle et institutionnelle*

### Des exemples...

- *Quel facteur de la culture de sécurité ? Imputabilité individuelle et institutionnelle*
- *Etc ...*
- *Etc ...*

### **Inventaire: Ce que l'on peut faire**

- **Possibilités, EBP, ressources**

### **Priorités: Ce que l'on veut faire**

- **Parmi ce qui est possible et faisable**

# Conclusion

***On dit que « l'Erreur est humaine »***

***... Soit ! ... Peut-être ? ... Chose certaine ...***

***« Persister dans l'erreur est diabolique ».***

*(Sénèque)*

# La surveillance clinique infirmière, dernier filet de sécurité

*Pour le patient*

*Pour l'institution*

*Pour les professionnels*

*Merci!*



IMAGE: [https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fwww.clipartmax.com%2Fpng%2Fmiddle%2F56-568934\\_royalty-free-clip-art-vote-%25C3%25A0-main-lev%25C3%25A9e.png&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.clipartmax.com%2Fmiddle%2Fm28H7N4m2A0d3N4\\_royalty-free-clip-art-vote-%25C3%25A0-main-lev%25C3%25A9e%2F&tbnid=50sf\\_1gyFTm0IM&vet=12ahUKEwjRh93TpZ7AhV5mlEHIVCSIQMygDegUJARDKAQ.i&docid=3FmuRFXIVQ1z\\_M&w=840&h=528&q=main%20lev%20C3%A9e%20png&hl=fr&ved=2ahUKEwjRh93TpZ7AhV5mlEHIVCSIQMygDegUJARDKAQ](https://www.google.com/imgres?imgurl=https%3A%2F%2Fwww.clipartmax.com%2Fpng%2Fmiddle%2F56-568934_royalty-free-clip-art-vote-%25C3%25A0-main-lev%25C3%25A9e.png&imgrefurl=https%3A%2F%2Fwww.clipartmax.com%2Fmiddle%2Fm28H7N4m2A0d3N4_royalty-free-clip-art-vote-%25C3%25A0-main-lev%25C3%25A9e%2F&tbnid=50sf_1gyFTm0IM&vet=12ahUKEwjRh93TpZ7AhV5mlEHIVCSIQMygDegUJARDKAQ.i&docid=3FmuRFXIVQ1z_M&w=840&h=528&q=main%20lev%20C3%A9e%20png&hl=fr&ved=2ahUKEwjRh93TpZ7AhV5mlEHIVCSIQMygDegUJARDKAQ)

# Références

Doyon, O. & Raymond, L. (2024). Clinical reasoning and clinical judgment in nursing research: A bibliometric analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*; 1-12. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12484>

Doyon, O. & Raymond, L. (2024). Surveillance and patient safety in nursing research: A bibliometric analysis from 1993 to 2023. *Journal of Advanced Nursing*; 80: 777-788.. (Accepté 2023: <https://doi.org/10.1111/jan.15793>)

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

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

- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DP, Silber JH. Education levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003; 290(12):1617–23. [PubMed: 14506121]
- Andersen, L.W., Kim, W.Y., Chase, M., Berg, K., Mortensen, S.J., ..., & Donnino, M.W. for the American Heart Association's Get With the Guidelines –Resuscitation Investigators (2016). The prevalence and significance of abnormal vital signs prior to in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*, 98, 112-117.
- 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.
- Bi, J., Yin, X., Li, H., Gao, R., Zhang, O. ... Li, Z. (2020). Effects of monitor alarm management training on nurses' alarm fatigue: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 29(21-22), 4203-4216.
- Burke, J., Downey, C., Almoudaris, A.M. (2022). Failure to rescue deteriorating patients: A systematic review of root causes and improvement strategies. *Journal of patient safety*.. May 2020.
- Bunkenborg, G., Samuelson, K., Akeson, J., & Poulsen, I. (2012). Impact of professionalism in nursing on in-hospital bedside monitoring practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1466-1477
- 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

## Références (2)

- Clarke, S.P. & Aiken, L.H. (2003). Failure to rescue. *American Journal of Nursing*, 103, 42-47.
- 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, 882-89
- Davies, J.M., Hébert, P.C. and Hoffman, C. (2003). *The Canadian Patient Safety Dictionary*, Ottawa: Canadian Patient Safety Institute, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- De Meester, K., Dasa, T., Hellemansa, K., Verbrugge, W., Jorens, P.G., Verpootene, & Van Bogaerta, G.A. (2013a). Impact of a standardized nurse observation protocol including MEWS after Intensive Care Unit discharge. *Resuscitation*. 84(184-188)
- 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](http://www.safetymed.com.br/arquivo/TheIncidenceNatureInHospitalAdverseEvents_Vries_Review_QSHC_2008.pdf)
- Douglas, C., Osborne, S., Reid, C., Batch, M., Hollingdrake, O., & Gardner, G. (2014). What factors influence nurses' assessment practices ? Development of the barriers to nurses' use of physical assessment scale. *Journal of Advanced Nursing*. 70(11), 2683-2694.
- 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.
- Gov. UK. (2007). *The National Patient Safety Agency annual report and accounts 2006 to 2007*. Corporate Report. ISBN 9780102946260, HC 724. 47p.
- Griffiths, S., Hines, S., et Moloney, C. (2022). Characteristics and processes of nurses' clinical reasoning and factors reported to relate to itMs use in practice: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis*. 20(00): 1-31.

## Références (3)

- 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
- Halverson, C.C., Bailey, C., Ennis, J.A. and Cox, E.E. (2022). Nursing surveillance of respiratory adverse events among hospitalized adults: A systematic review to guide evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19, 260-266.
- Institute of Medicine (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health Systems*, Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine (2004). *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, N., Woods, J., Watkinson, P., Brent, A., Peto, T.E.A., Walker, A.S., & Eyre, D.W. (2023). The quality of vital signs measurements and value preferences in electronic medical records varies by hospital, specialty, and patient demographics. *Nature portfolio. Scientific Reports*. 13:3858. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9995491/>
- Jha, A..K., I. Larizgoitia, 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.
- Joy, J. (2009). Nurses: The patient's first – and perhaps last – line of defense. *AORN Journal*, 89 (6), 1133-1136.
- 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.
- Lee, J.-R., Kim, E.-M., Kim, S.-A. & Oh, G.G. (2020). A systematic review of early warning systems' effects on nurses' clinical performance and adverse events among deteriorating ward patients. *Journal of Patient Safety*, 16 (3), e104-e113.

## Références (4)

- Leonard, M., S. Graham & 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-i90.
- Maniago, J.D., Feliciano, E.E., Santos, A.M., Agunod, C.L., Adolfo, C.S., Vasquez, B.A., Albougami, A., & Almazan, J.U. (2021). Barriers in performing physical assessment among nursing students: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*. 120-129.
- Mapp, I.D., Davis, L.L., & Krowchuk, H. (2013). Prevention of Unplanned Intensive Care Unit Admissions and Hospital Mortality by Early Warning Systems. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(6), 300-309.
- 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>
- McCloskey Dochterman, J., & Budeshek, G.M., Eds. (2004). Surveillance: safety. In: *Nursing Interventions Classification*, 4<sup>th</sup> Edition, St Louis, MO: Mosby.
- Odell, M. (2015). Detection and management of the deteriorating ward patient: an evaluation of nursing practice. *J Clin Nurs*. 24(1-2), 173-82.
- 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.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O.C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G.B. and Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (11-12), 2248-2259.
- Rochefort, C.M, Abrahamowicz, M., Biron, A., Bourgault, P., Gaboury, I., ..., McCusker, J. (2020). Nurse staffing practices and adverse events in acute care hospitals: The research protocol of a multisite patient-level longitudinal study. *J Adv Nurs*, 77:1567-1577.
- Ruskin, K.J, Hueske-Kraus, D. (2015). Alarm fatigue. Impacts on patient safety. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 28(6), 685-690.
- 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.

## Références (5)

- 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.
- Secret, 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.
- Silber, J.H., Williams, S.V., Krakauer, H., & Schwartz, S. (1992). Hospital and patient characteristics associated with death after surgery: A study of adverse occurrence and failure to rescue. *Medical Care*. 30(7):615-629.
- Subbe, C.P. & Barach, P. (2017). Failure to rescue and Failure to perceive Patients in crisis. In Sanchez, J.A. et al. (eds). *Surgical Patient Care*. (chap. 37), p. 635-648.  
[https://www.academia.edu/34132016/Failure\\_to\\_Rescue\\_and\\_Failure\\_to\\_Perceive\\_Patients\\_in\\_Crisis\\_Failure\\_to\\_Rescue\\_and\\_the\\_Context\\_of\\_Surgical\\_Patient\\_Management\\_Definition\\_2017](https://www.academia.edu/34132016/Failure_to_Rescue_and_Failure_to_Perceive_Patients_in_Crisis_Failure_to_Rescue_and_the_Context_of_Surgical_Patient_Management_Definition_2017)
- Thornton Bacon, C., McCoy, T.P., et Henshaw, D.S. (2021). Exploring the association between organizational safety climate, failure to rescue, and mortality in inpatient surgical units. *The Journal of Nursing Administration*. 51(1): 12-18.
- WHO. (2020). State of the world's nursing. Investing in education, jobs and leadership. Report.
- WHO. (2021). Global patient safety action plan 2021-2030. Towards eliminating avoid harm in health care. Report.
- Woo, M. & Bacon, O. (2020). Alarm Fatigue. In Hall, K.K., Shoemaker-Hunt, S, Hoffman, L., et al. *Making Healthcare Safer III: A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices* [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Chap. 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555522/>
- Zeitz, K. (2005). Nursing observations during the first 24 hours after a surgical procedure: what do we do? *Journal of Clinical Nursing*, 14, 334-343.