

Surveillance infirmière et sécurité des patients: Que nous apprennent deux décennies de recherche ?

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

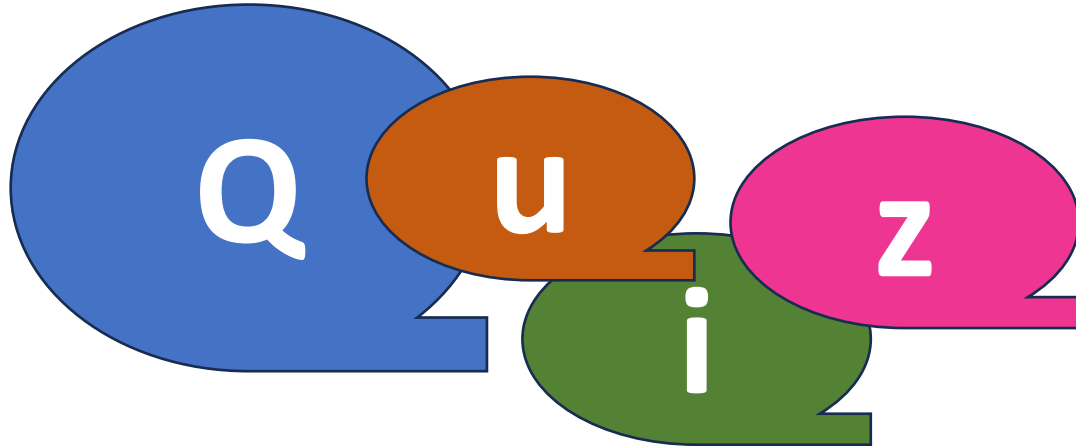
Professeure émérite (sciences infirmières)

Université du Québec à Trois-Rivières

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

7 novembre 2025

Québec



Population au Canada: Près de 40 millions



- **À combien estimez-vous le nombre de canadiens qui meurent, chaque année, d'un évènement indésirable?**
 - 1. entre 1,000 et 2,000
 - 2. entre 5,000 et 10,000
 - 3. entre 10,000 et 20,000
 - 4. entre 30,000 et 40,000

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.

Sélection aléatoire d'hôpitaux (1 enseignement, 1 large communauté, 2 petites communautés) dans 5 provinces canadiennes (C-B, Alberta, Ontario, Québec, N-É) pour une sélection de 3745 dossiers

Taux d'événements indésirables : 7,5 %

Taux d'événements qui auraient pu être prévenus: entre 37 et 51 %

Décès: 20,8 %; estimation sur le territoire canadien entre 9 250-23 750/année



Entre 31 et 79 avions de 300 passagers / année

« Mourir en secret »

CAUSES DE DÉCÈS AU CANADA – 2019

- Cancer 80 152 28,2 %
- Maladies du cœur 52 541 18,5 %
- Accidents (involontaires) 13 746 4,8 %
- Maladies cérébrovasculaires 13 660 4,8 %
- Mal. chron. voies resp inférieures..... 12 823 4,5 %
- Diabète 6 912 2,4 %
- Grippe et pneumopathie 6 893 2,2 %
- Suicide 4 012 1,4 %

3^e ?

6^e ?

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/201126/t001b-fra.htm>

Contenu

Introduction

- Enjeu de la sécurité des patients et de la prévention des événements indésirables

État des connaissances

- Événements indésirables dans le monde
- Analyse bibliométrique de la recherche infirmière de 1993 à 2023

Implications pour les soins infirmiers

- Fondement de la surveillance clinique
- Élément identitaire du rôle de l'infirmière
- Influence sur la pratique

Conclusion

Introduction

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)

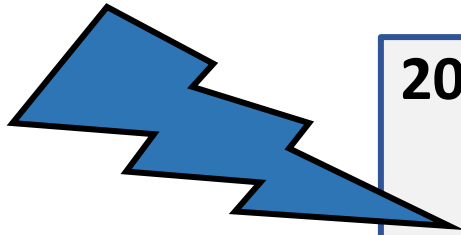
Événement indésirable « *Failure-to-rescue* »

- « **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).

1992 Silber et al., É.U.

- 73 000 dossiers soins chirurgicaux / 137 hôpitaux
 - Taux de complications: 20,2 %
 - Taux de Failure to rescue (F to R): 10,3 %



2000 Kohn et al., Institute of Medicine, É.U.

- **Rapport: *To Err is Human***
 - % Événements indésirables: 2,9-13,6 % (dans 3 états)
 - Décès/année: 44 000-98 000

2021 WHO, *Global Patient Safety Action plan 2021-2030*

- Événements indésirables

2021 WHO

**Événements
indésirables**

- **Enjeu mondial de santé publique**
 - 1 patient /10
 - 136 millions É.I. /année
 - 2,6 millions de décès/année
 - « ...*unsafe and poor quality care* » pour 60 % des décès (p.3)
- **Impacts financiers mondiaux**
 - Augmentation de plus de 15 % des dépenses hospitalières
 - Coût social: 1 à 2 trillions US\$/année

État des connaissances

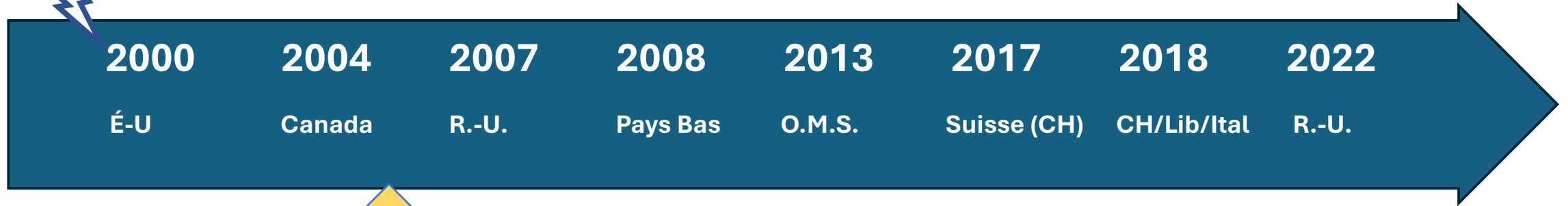
Contexte théorique

% É.I.: taux Événements Indésirables lors d'hospitalisations
% É.É: taux Événements Évitable

2000	2004	2007	2008	2013	2017	2018	2022
É-U	Canada	R.-U.	Pays Bas	O.M.S.	Suisse (CH)	CH/Lib/Ital	R.-U.

Littérature: causes principales, processus, moyens

To Err is Human



2004

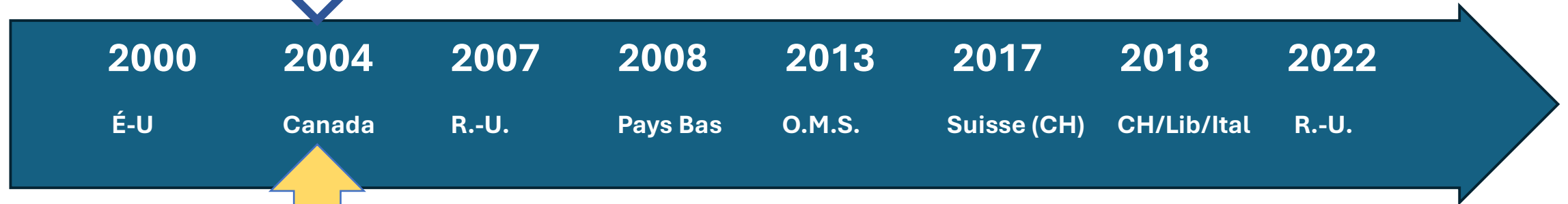
Institute of Medicine: Rapport

- *Keeping Patients Safe. Transforming the Work Environment*
 - Communication systématique: SBAR
 - Infirmières: évaluation clinique

Baker et al.

5 provinces, 5 hôpitaux, 3745 dossiers

- % É.I. : 7,5
- % É.É.: 36,9
- % décès: 20,8



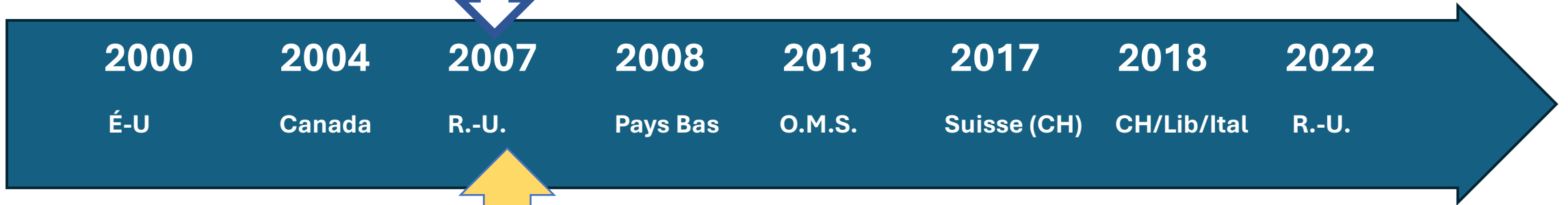
2004

Leonard, Graham et Bonacum

- Facteur humain de communication et collaboration

National Patient Safety Agency

- Rapport sur les taux de mortalité
- 11 % des décès reliés à de l'inaction ou la non-reconnaissance de la détérioration



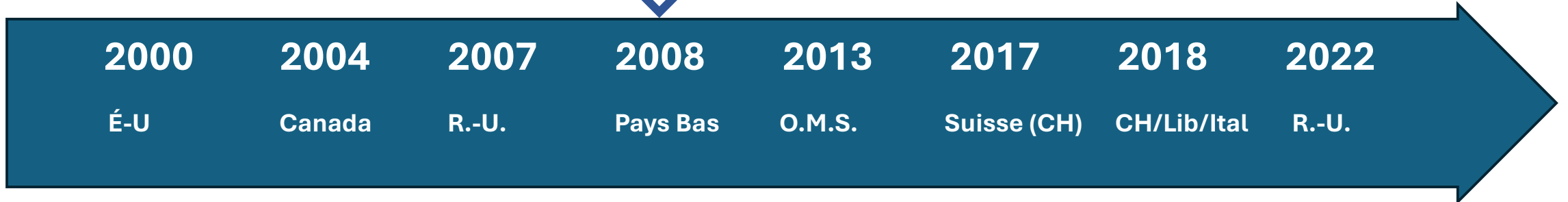
2007

Schmid, Hoffman, Happ, Wolf, & DeVita: Revue littérature *F to R*

- Non-reconnaissance des changements de l'état clinique
- Non-application, dans un délai approprié, des moyens pour renverser ces changements

De Vries et al.

- Revue systématique/8 études/74 485 patients : É-U, Canada, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande
 - % É.I.: 9,2 (le tiers en soins chirurgicaux)
 - % É.É.: 43,5
 - % décès: 7,4



Jha et al. - OMS et U. Harvard

- Revue systématique de 16 000 articles et méta-analyse de 4 000
 - % É.I.: 9
 - La moitié évitable



- Effets indésirables des médicaments
- Infections liées aux sondes urinaires et aux cathéters veineux
- Pneumonies nosocomiales
- Thromboembolies veineuses
- Chutes
- Plaies de pression

2014 D'Amour et al. - Québec

- Revue 2 699 dossiers/22 unités de médecine/11 hôpitaux
 - % É.I.: 15,3
 - % patients \geq 2 événements: 30
 - % É.I. attribuables aux soins infirmiers: 76,8



Événements indésirables étudiés:

lésions de pression, chutes,
erreurs d'administration de la médication,
pneumonies, infections urinaires,
utilisation inappropriée des contentions

Douglas et al. : Barrières à l'évaluation clinique par inf.

- Dépendance envers les autres et la technologie; spécialités; culture d'unité
- Manque de: temps (et interruptions); rôles modèles infirmiers; influence sur les soins des patients

2014



2000

É-U

2004

Canada

2007

R.-U.

2008

Pays Bas

2013

O.M.S.

2017

Suisse (CH)

2018

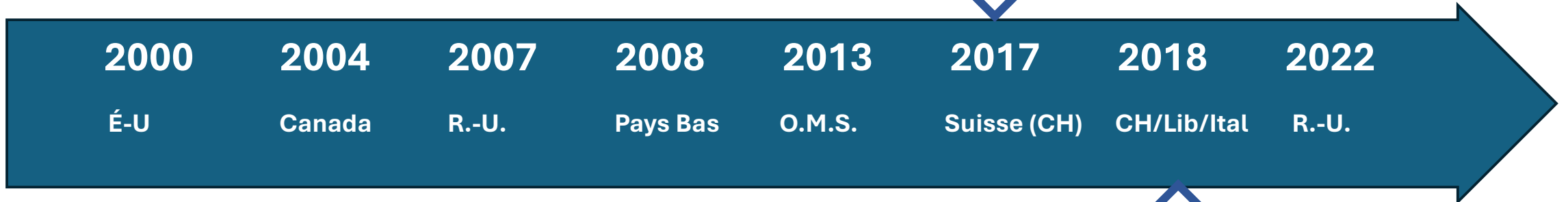
CH/Lib/Ital

2022

R.-U.

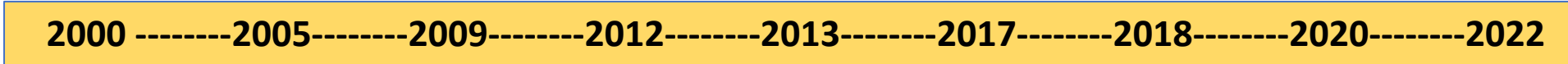
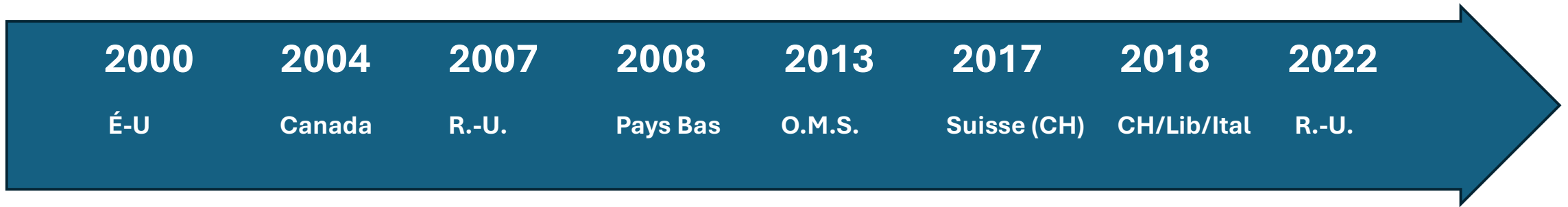
Halfon et al.

- 400 dossiers en chirurgie/600 en médecine
 - % É.I.: 12,3 (2 X plus fréquents en chirurgie)
 - La moitié étant évitable



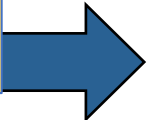
Schwendimann et al.

- 25 études/27 pays (Europe, Asie, Afrique, Amérique Nord/Sud, Australie et N-Zélande)
 - % É.I.: 10
 - La moitié étant évitable
 - % décès: 7,3



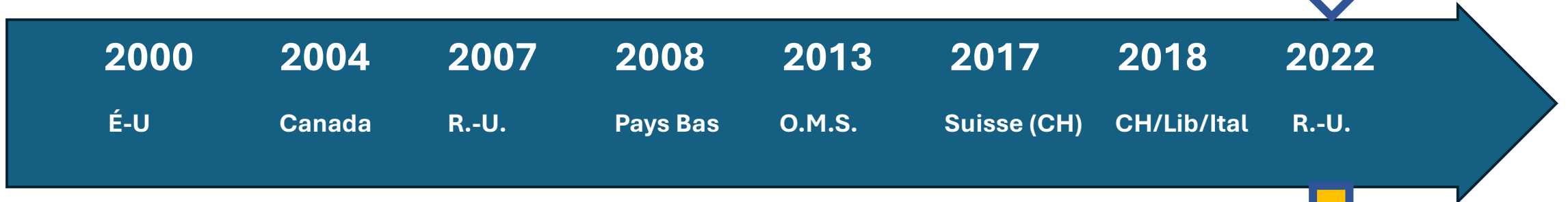
Cioffi; Secrest et al.; Odell et al.; Buckenborg et al.; Chua et al.; Odell; Recio-Saunedo et al.; Lee et al.; Halverson et al.

- Surveillance infirmière sous-optimale
- Sous-détection des signes précurseurs de la détérioration
- Raisonnement intuitif
- Québec: étendue effective de la pratique sous optimale/ Évaluation et planification (**Déry et al.**)



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

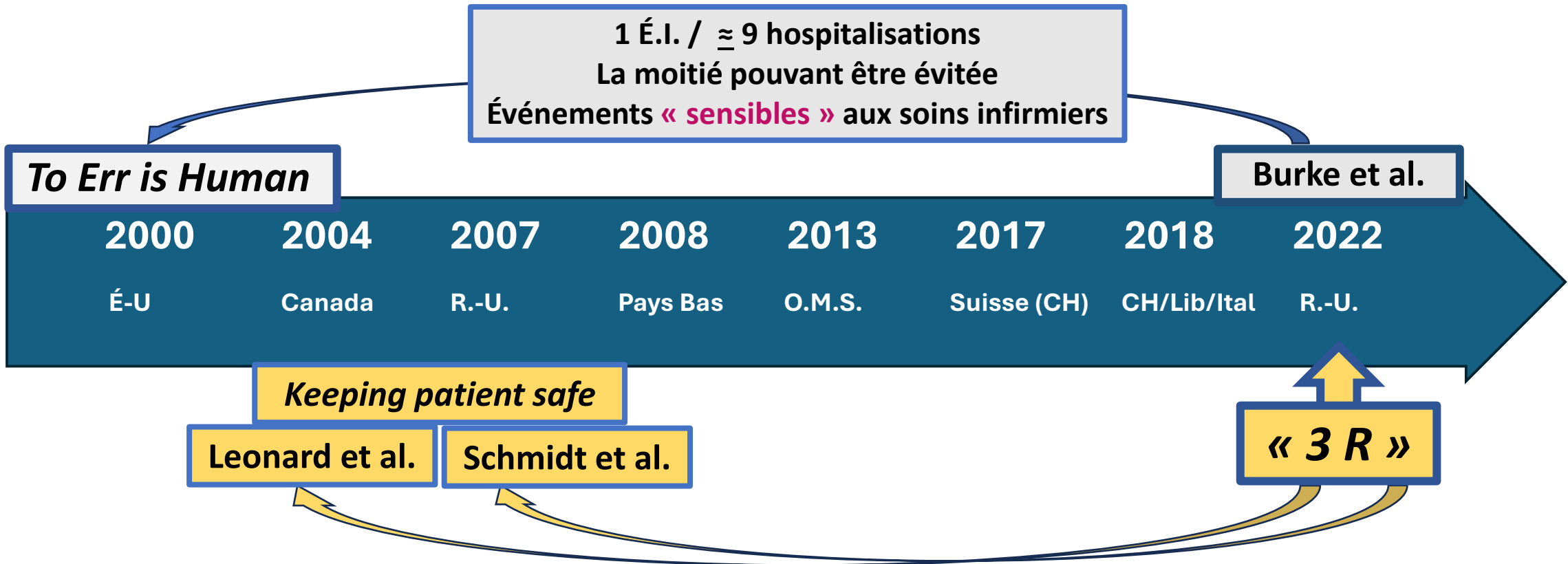
- Non reconnaissance des complications
- Lacunes utilisation outils de détection (Early warning score)
- Mode de décision clinique intuitif VS analytique

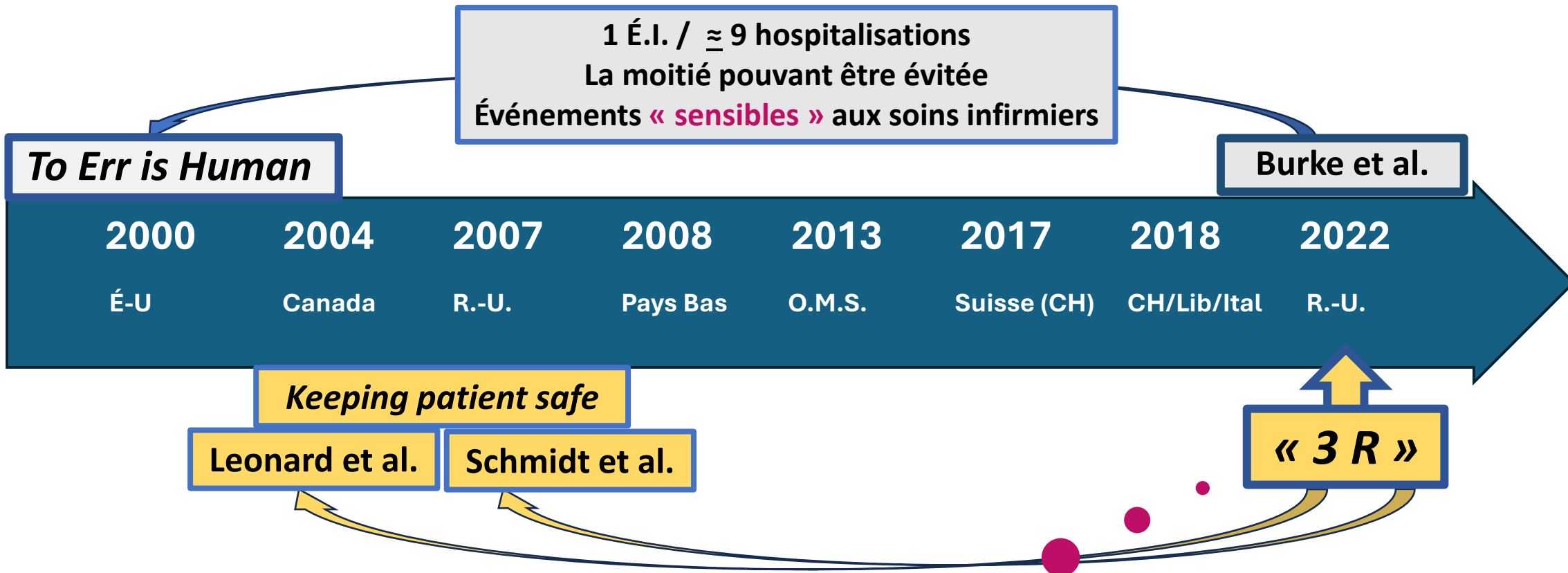
Relay

- Communication non systématique
 - *SBAR*
- Peur de la critique

React

- Formation ciblée
- *Rapid response team*





La surveillance clinique est-elle un thème de recherche infirmière ?

Received: 27 April 2023 | Revised: 20 June 2023 | Accepted: 3 July 2023

DOI: 10.1111/jan.15793

META-ANALYSIS



Surveillance and patient safety in nursing research: A bibliometric analysis from 1993 to 2023

Odette Doyon | Louis Raymond

2023

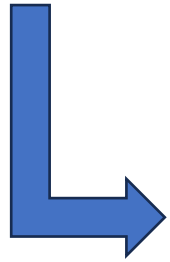
Publié 2024:
Journal of Advanced Nursing; 80: 777-788.



Analyse bibliométrique de la recherche scientifique

BUT

Identifier et caractériser la structure et l'évolution de la recherche en sciences infirmières sur la surveillance et la sécurité des patients.



Analyse bibliométrique

- Revue systématique sur les thèmes de recherche
- Mise en évidence des relations, structure et évolution du flux des connaissances connues et émergentes.
- Approche systématique et transparente.

Analyse bibliométrique de la recherche scientifique

BUTS:

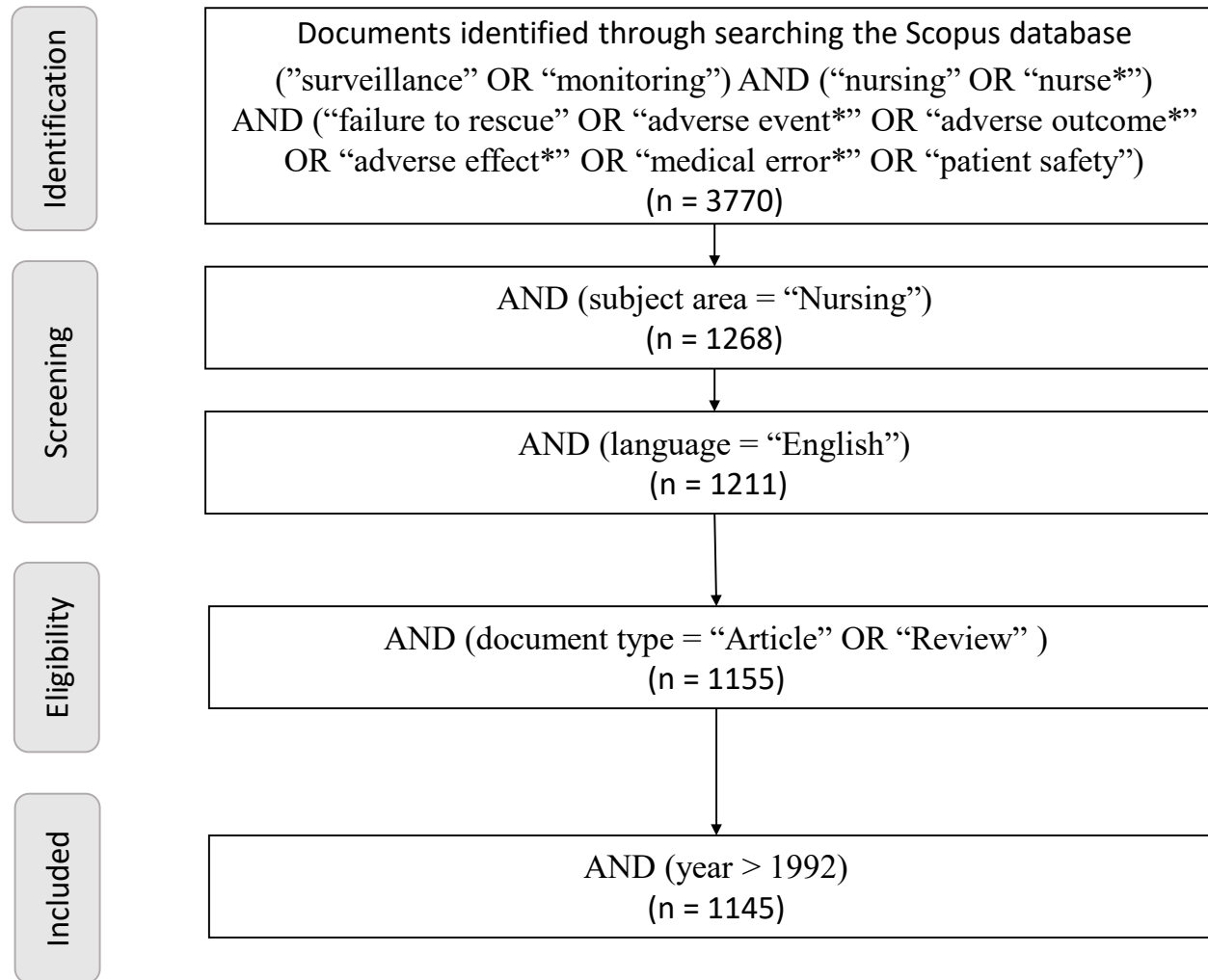
- **Dresser un portrait cohérent de la recherche dans un domaine**
 - Flux de connaissances
 - Mesure de la recherche académique
 - Veille scientifique
 - Pistes de développement de la recherche
- **Prendre des décisions**
 - Formulation de politiques
 - Financement

MÉTHODE:

- **Analyse quantitative (IA)**
 - Indicateurs descriptifs
 - Indicateurs relationnels
- **Source:** Scopus bibliographic database
- **Analyse:** Bibliometrix and VOSviewer software

Revue systématique

- Diagramme
de flux

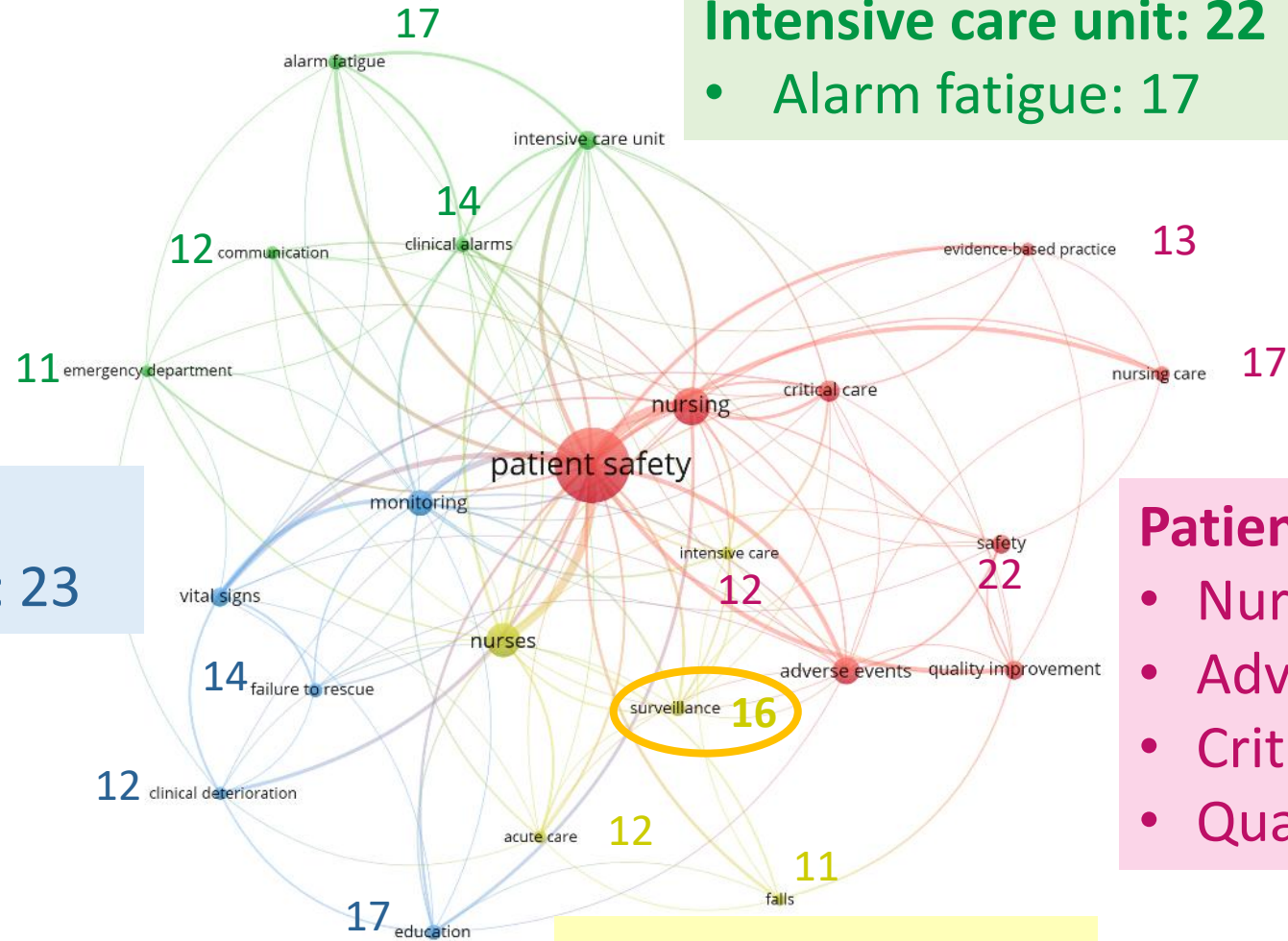


Doyon, O. & Raymond, L. (2023).

Figure 2: Flow diagram of the document selection process

Structure de la recherche 1993-2023

Co-occurrences #



Intensive care unit: 22
 • Alarm fatigue: 17

Monitoring: 35
 • Signes vitaux: 23

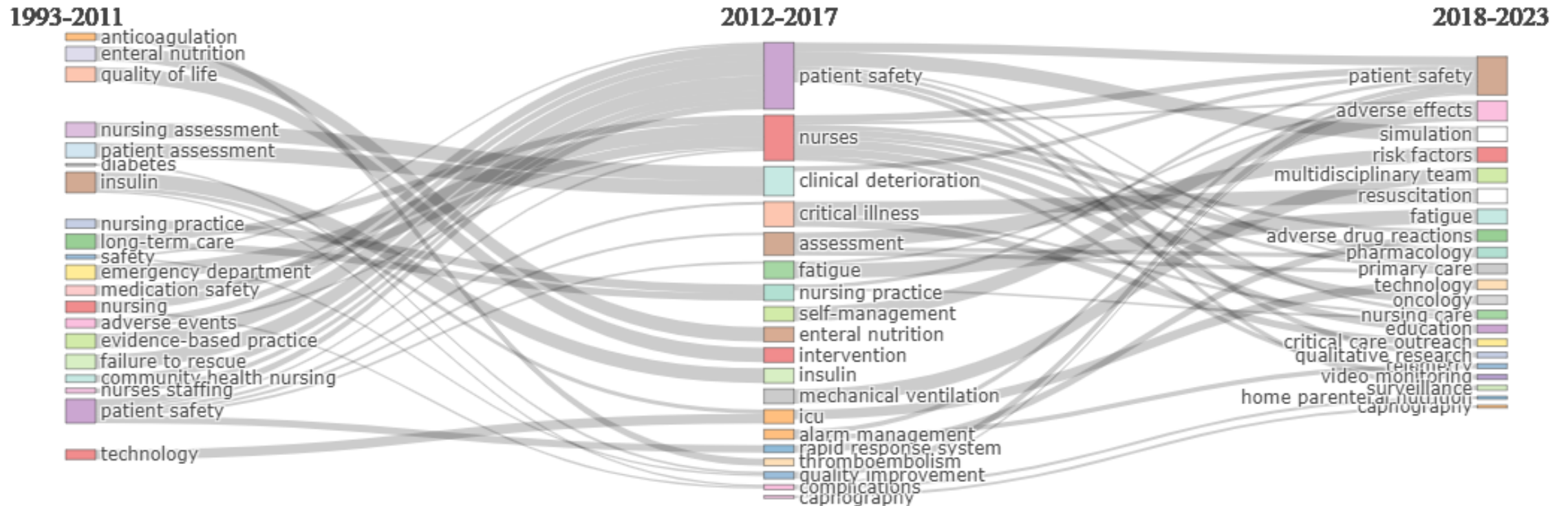
Patient safety: 174
 • Nursing: 63
 • Adverse events: 37
 • Critical care: 26
 • Quality improvement: 23

Nurses: 52
 • Surveillance: 16



Doyon, O. & Raymond, L. (2023).
 Figure 4. Co-occurrence analysis of most frequently-occurring author keywords

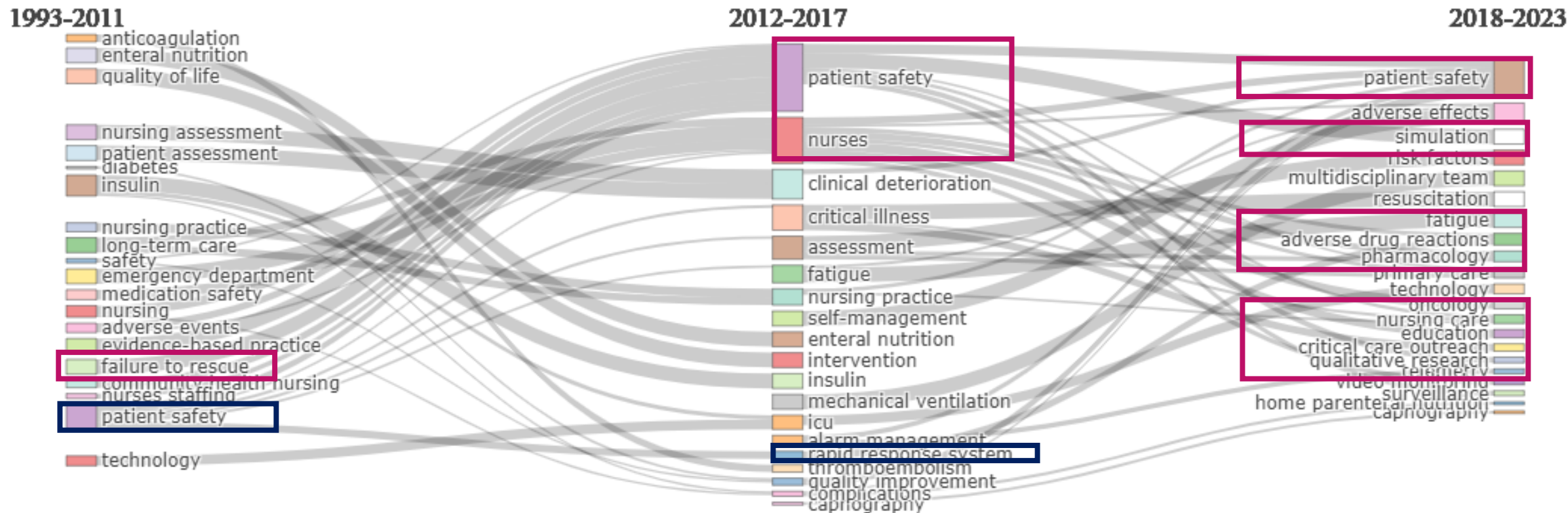
Évolution de la recherche 1993-2023



Doyon, O. & Raymond, L. (2023).

Figure 6. Thematic historiography of nursing research on surveillance and patient safety

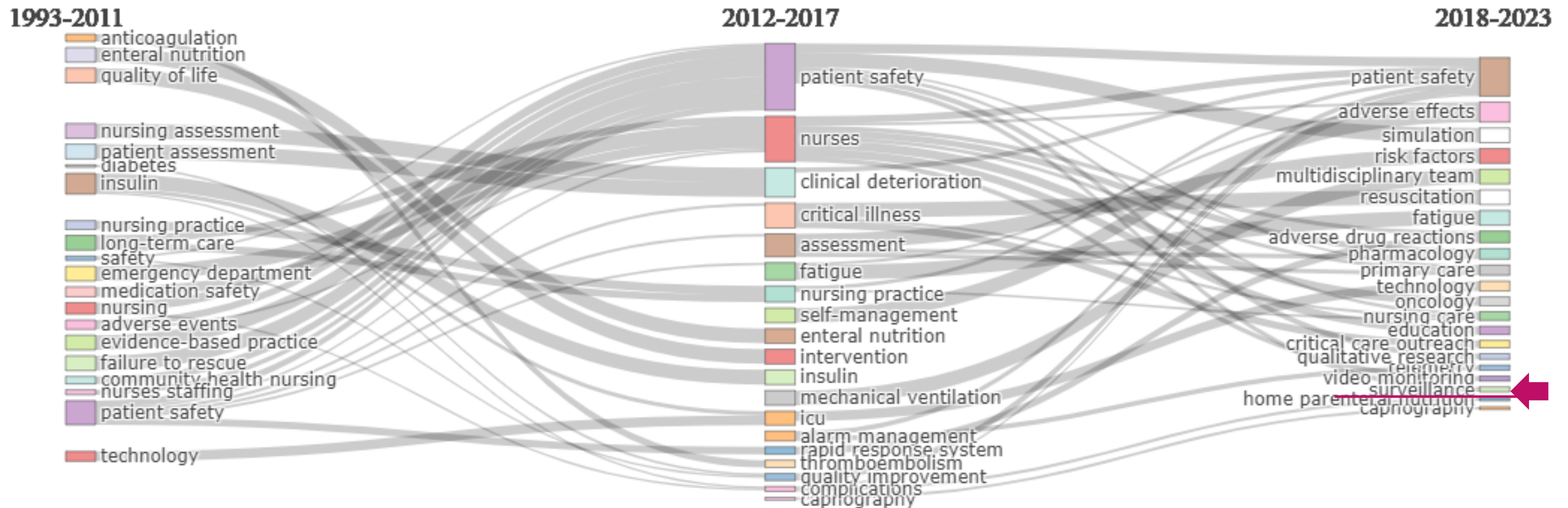
Évolution de la recherche 1993-2023



Doyon, O. & Raymond, L. (2023).

Figure 6. Thematic historiography of nursing research on surveillance and patient safety

Évolution de la recherche 1993-2023



Qu'en est-il du mot-clé « **surveillance** » ?

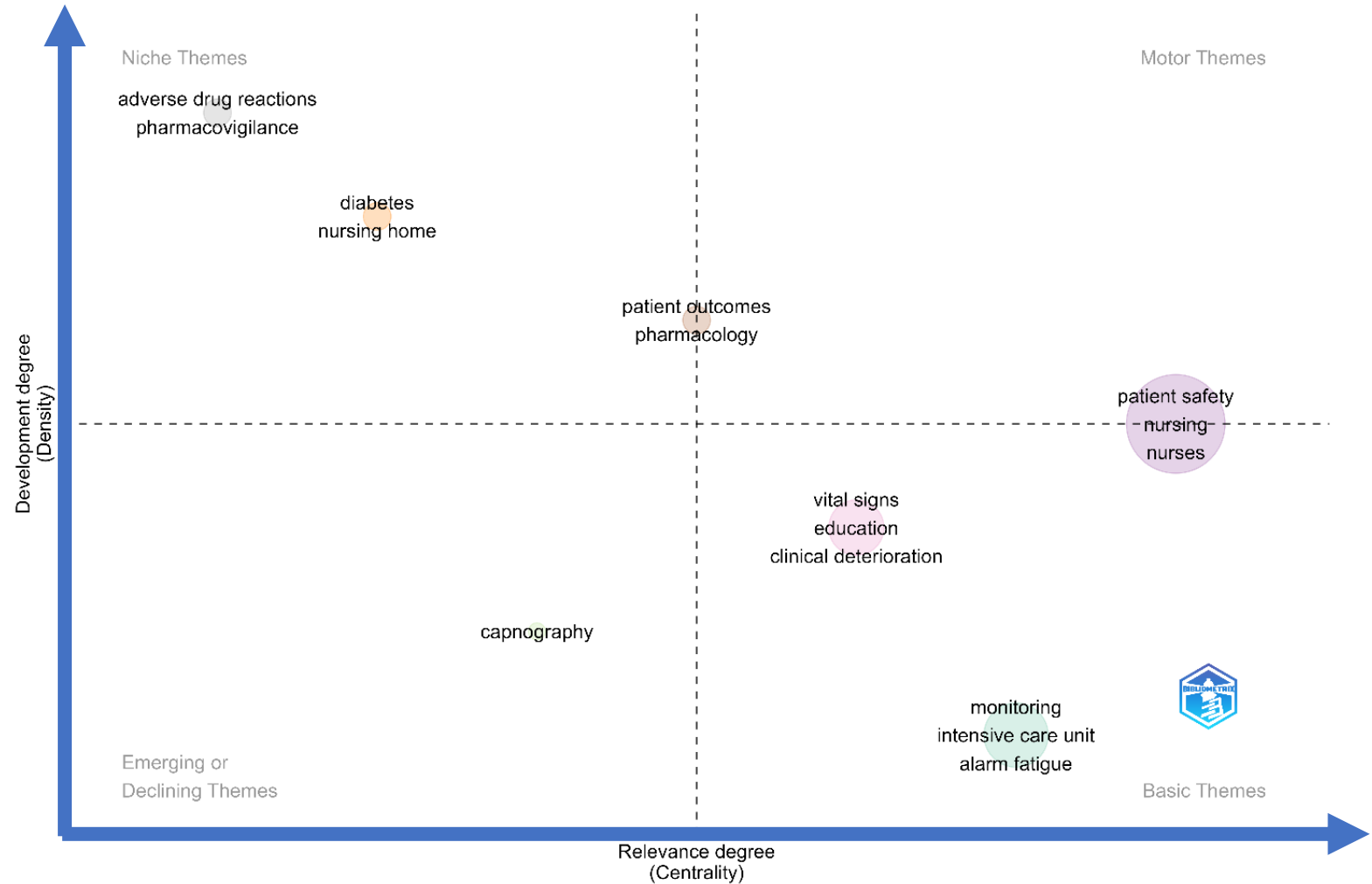
Doyon, O. & Raymond, L. (2023).

Figure 6. Thematic historiography of nursing research on surveillance and patient safety

Synthèse des thèmes 1993-2023

Doyon, O. & Raymond, L. (2023). Figure 5
Thematic map of nursing research on surveillance and patient safety

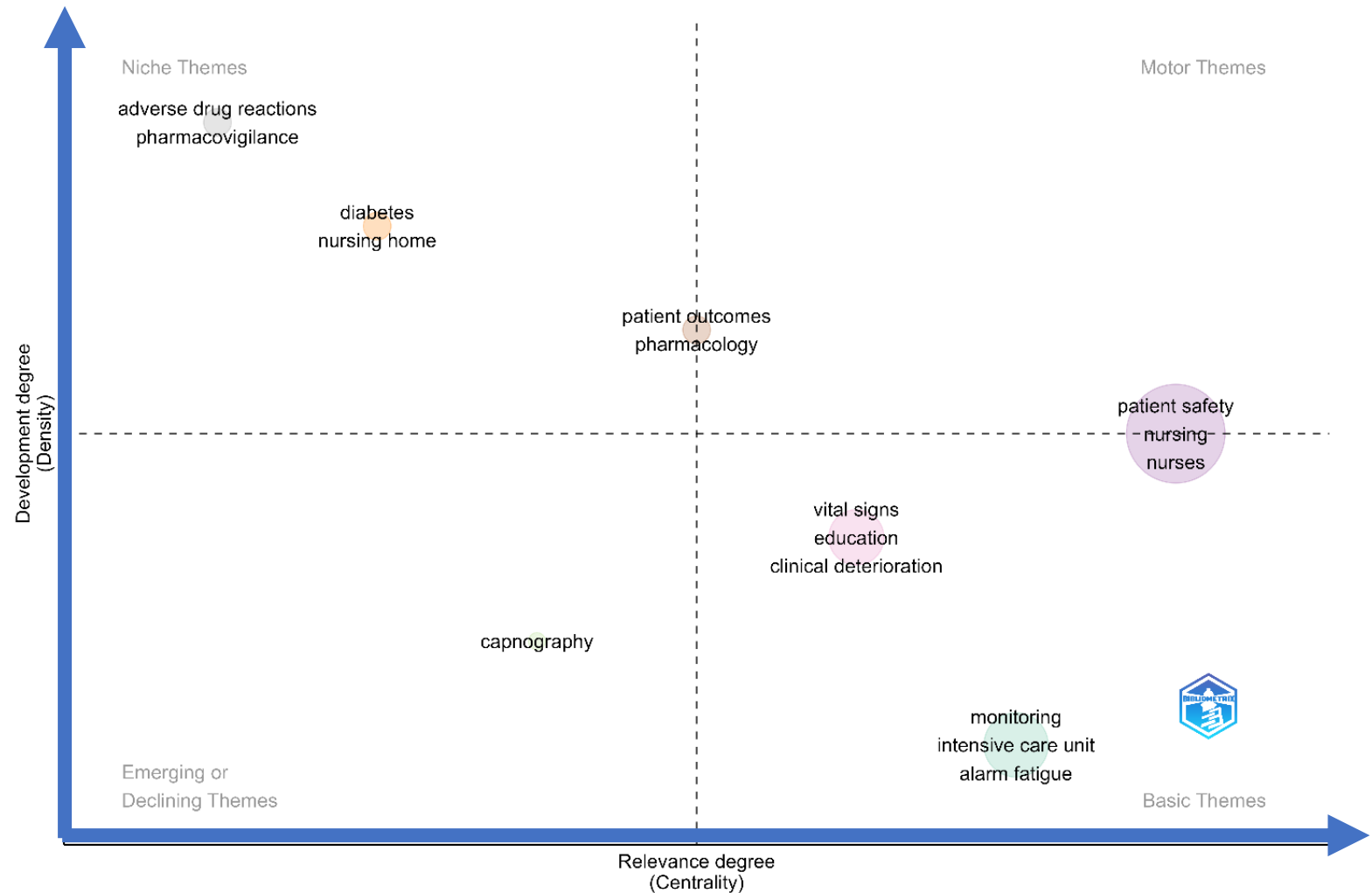
Densité:
Quantité des
occurrences



Centralité: Importance des réseaux

Synthèse des thèmes 1993-2023

Doyon, O. & Raymond, L. (2023). Figure 5
Thematic map of nursing research on surveillance and patient safety



Le mot-clé
« *surveillance* »
apparaît-il dans
cette synthèse ?

- **Méthodologie: 1145 articles**
 - 70,1 %: enquêtes, descriptives, revues, qualitatives
 - 27,1 %: expérimentales-quasi, essais, case study
 - 2,7 %: simulation
- **Thèmes généraux:**
 - Soins critiques
 - Monitoring, signes vitaux
 - Pharmacovigilance

- **70,1 %**: enquêtes, descriptives, revues, qualitatives

VS

- **27,1 %**: expérimentales-quasi, essais, case study
- **2,7 %**: simulation

*Que savons-nous depuis
20 ans ?*

VS

*Que devons-nous savoir
maintenant ?*

Constats et questions

- **Thèmes généraux:**

- Soins critiques

Autres secteurs ?

- Monitoring, signes vitaux

- Pharmacovigilance

La surveillance clinique se limite-t-elle à ces aspects ?

Implications pour les soins infirmiers

2 Questions 

1e

- *Si la surveillance clinique est davantage que du monitoring, sur quoi alors est-elle fondée ?*

2e

- *Si la surveillance clinique est une assise du rôle de l'infirmière, pourquoi alors n'est-elle pas considérée comme un élément identitaire ?*

Surveillance clinique

***“Purposeful and ongoing acquisition, interpretation,
and synthesis of patients' data
for clinical decision.”***

(Halverson and Tilley, 2022, p. 454)

Concept de vigilance professionnelle

Concept de vigilance professionnelle (Meyer & Lavin, 2005)

« *Watch-ful-ness* »

« *État de vigie
conscient et
attentif* »

- **Recherche et détection de signaux**
 - Indications que quelque chose de **significatif** survient

- **Application en soins infirmiers**

Concept de vigilance professionnelle (Meyer & Lavin, 2005)

• Application en soins infirmiers

- Interpréter ce qui survient
 - « *What is ?* »
- Anticiper ce qui peut arriver
 - « *What might be ?* »
- Calculer le risque
 - « *Est-ce que cela m'inquiète ? Oui ? Non? Et pourquoi. »* »
- Être prêt à agir
- Monitoriser les résultats

**Un problème
clinique à
résoudre**

**Pour un patient
« cas unique »**

Le cas unique

- Une caractéristique des cas émergents de la pratique professionnelle émanant des sciences appliquées

**Le cas unique exige un art de la pratique qui
« *pourrait être enseigné,
s'il était constant et connu,
mais il ne l'est pas* »**

(Schon, 1994)

Le cas unique

SINGULARITÉ

- *...unique en son genre, trait distinctif*

COMPLEXITÉ

- *...plusieurs éléments différents en interrelations*

INSTABILITÉ

- *...tendance à changer continuellement*

Problème de santé principal

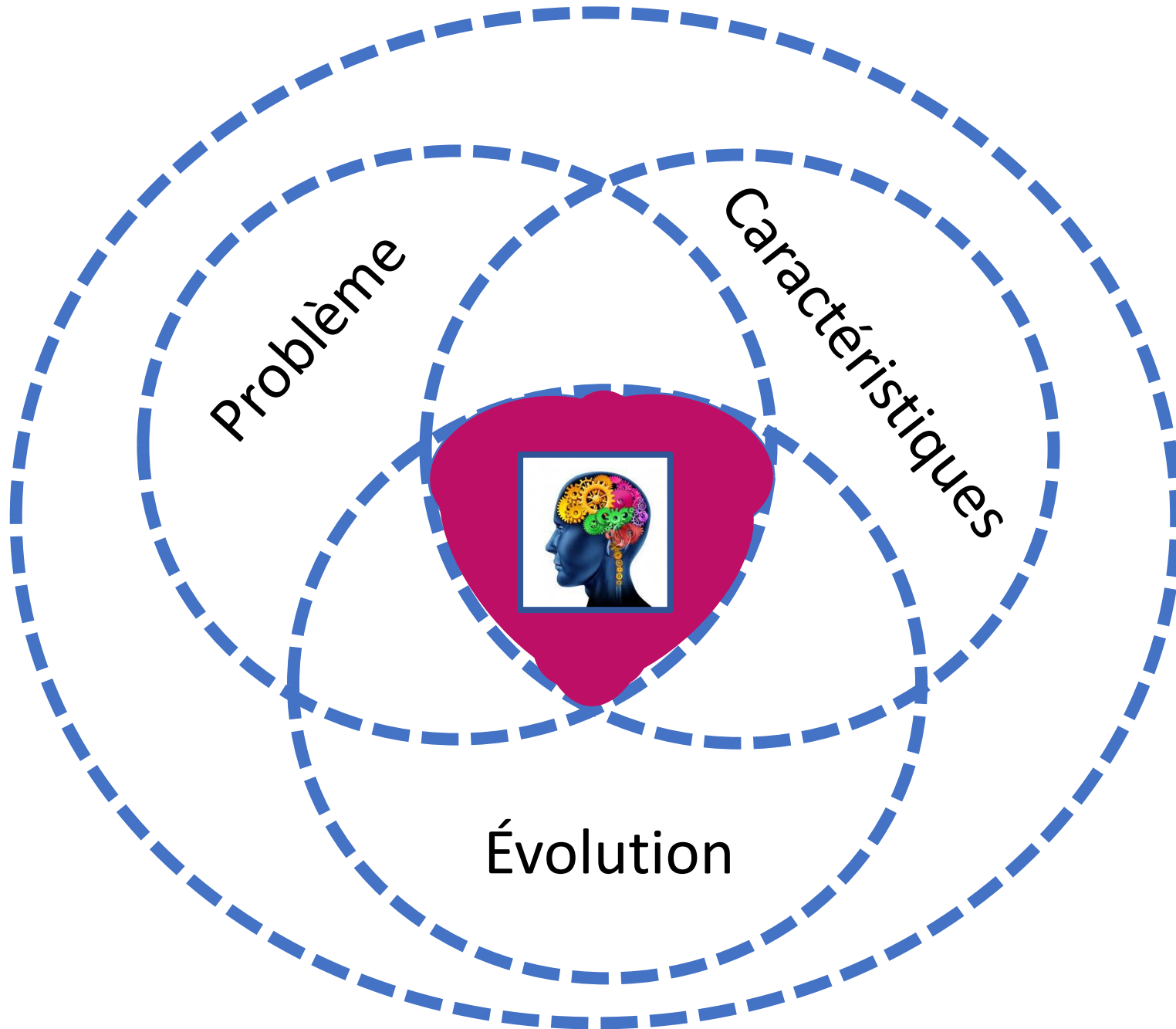
Caractéristiques individuelles

Évolution quotidienne non prédictive à 100 %

La complexité de la surveillance clinique

Paraphrasant

Westley, Zimmerman & Quinn-Patton (2006)



**« Un 1^{er} patient
augmente
l'expérience,
mais n'assure
en rien
le succès
avec le suivant »**

La surveillance clinique est un problème clinique à résoudre

Concept de vigilance professionnelle

- Interpréter ce qui survient
 - « *What is ?* »
 - Anticiper ce qui peut arriver
 - « *What might be?* »
- &
- Calculer le risque
 - « *Est-ce que cela m'inquiète? »*
 - Oui et pourquoi.
 - Non et pourquoi.
 - Être prêt à agir
 - Monitoriser les résultats



Surveillance clinique infirmière

- Évaluation vigilante et attentive
 - Paramètres cliniques
 - Subjectifs/objectifs
 - Facteurs d'influence
 - Histoire/Antécédents
 - Traitement
- Prise de décision
 - Soins
 - Surveillance
- Action
 - Stratégie: Quoi ? Comment? Quand?
- Évaluation en continuité

Élément identitaire de la pratique professionnelle

Surveillance clinique

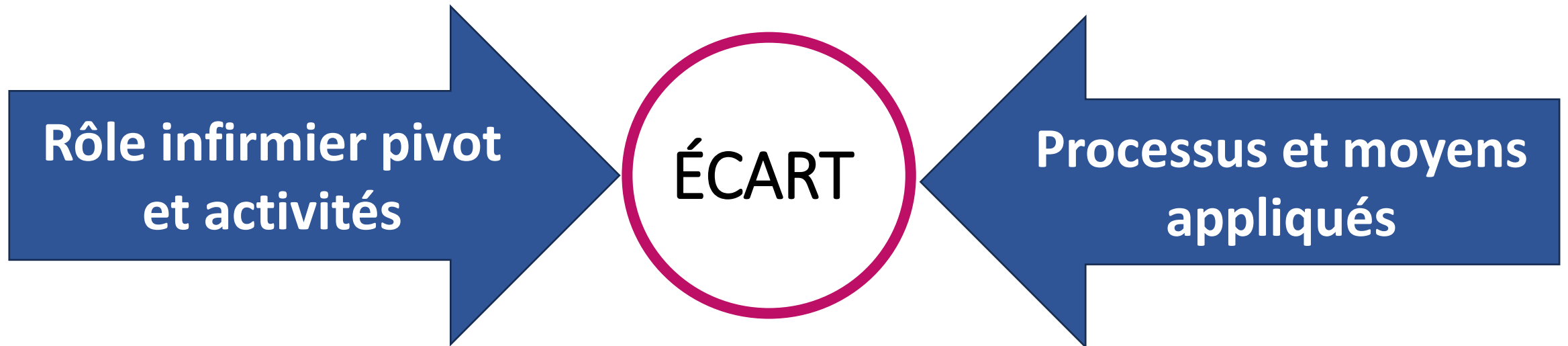
Rôle infirmier pivot reconnu

pour assurer la sécurité des patients et prévenir les É.I.

(Clarke & Aiken, 2003; **Institut of Medicine, 2004**; McCloskey, Dochterman et al., 2004; Zeitz, 2005; Kelly & Vincent, 2011; WHO, 2021)

Rôle et actions

Ce que montre la littérature...



« *Early recognition of life-threatening conditions* » (WHO, 2021)

- L'infirmière/les infirmières
 - **ont toujours assuré la surveillance clinique des patients** (Geyer, 2015; Richardson & Storr, 2010).
 - est la **professionnelle la mieux placée** pour effectuer la surveillance (Chua et al., 2013; Manojlovich & Talsma, 2007; Parker, 2014)
 - **doit saisir toutes les opportunités pour procéder à l'évaluation clinique** des patients ... (Institute of Medicine, 2004)
- **Des habiletés élevées en surveillance clinique infirmière**
 - **sont liées à des taux plus bas de failure-to-rescue** en raison de la capacité d'intervenir ... (Schmid et al., 2007)
 - **sont un objectif prioritaire** pour réduire les événements indésirables (Kutney-Lee et al., 2009; Parker, 2014)

- **Évaluation clinique**
 - **Imprécisions/irrégularités** (Odell et al., 2009)
 - L'ABCD, signes vitaux
 - Pratiques individuelles **variables** malgré protocoles (Odell et al., 2009; Odell, 2015)
 - $\sim 30\%$ moyens évaluation clinique utilisés/enseignés (Secrest et al., 2005; Giddens & Eddy, 2009)
 - *3R: Recognition-Relay-React* (Burke et al., 2022)
- **Raisonnement intuitif VS évaluation clinique-raisonnement analytique** (Cioffi, 2000; Odell et al., 2009; Burke et al., 2022)
 - Manque d'un **portrait juste et global** de l'état clinique du patient (Chua et al., 2013)
 - Sous-détection des **signes précurseurs** de la détérioration
 - **Signes physiologiques détectables précèdent** souvent la détérioration clinique (Jones et al., 2011; Abidin et al., 2017)
 - 1SV anormal 1-4 h avant ACR chez 59,4% des patients (Andersen et al., 2016)
 - Meilleur raisonnement avec formation universitaire (Griffiits et al., 2022)

• **Évaluation** clinique

• **Imprécisions/irrégularités** (Odell et al., 2009)

- L'ABCD, signes vitaux
- Pratiques individuelles
- ~ 30 % moyen (2009)
- 3R: Recognition-Relay

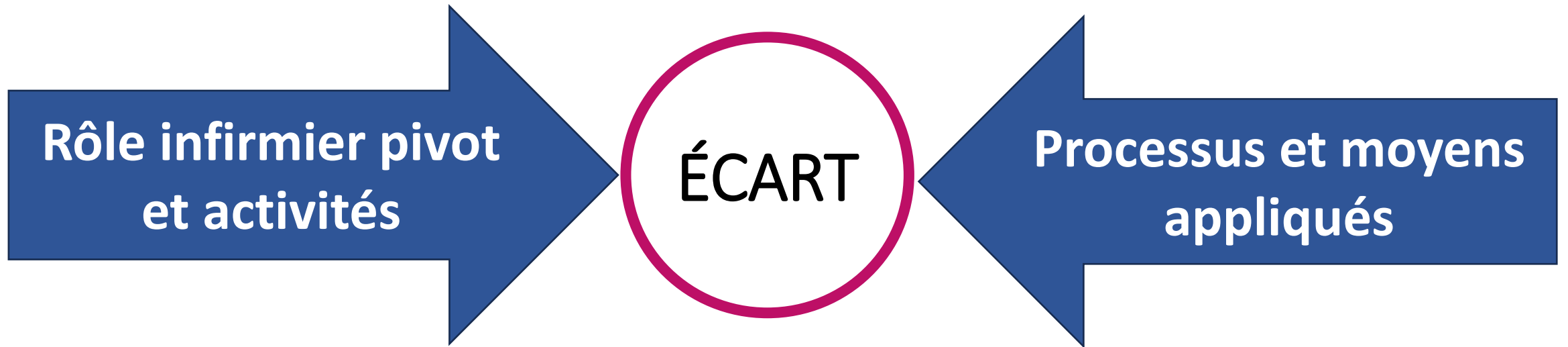
*« ... They have feelings ... but not able to put their finger on it »
(Cioffi, 2000)*

• **Raisonnement** intuitif

(Cioffi, 2000; Odell et al., 2009; Burke et al., 2011)

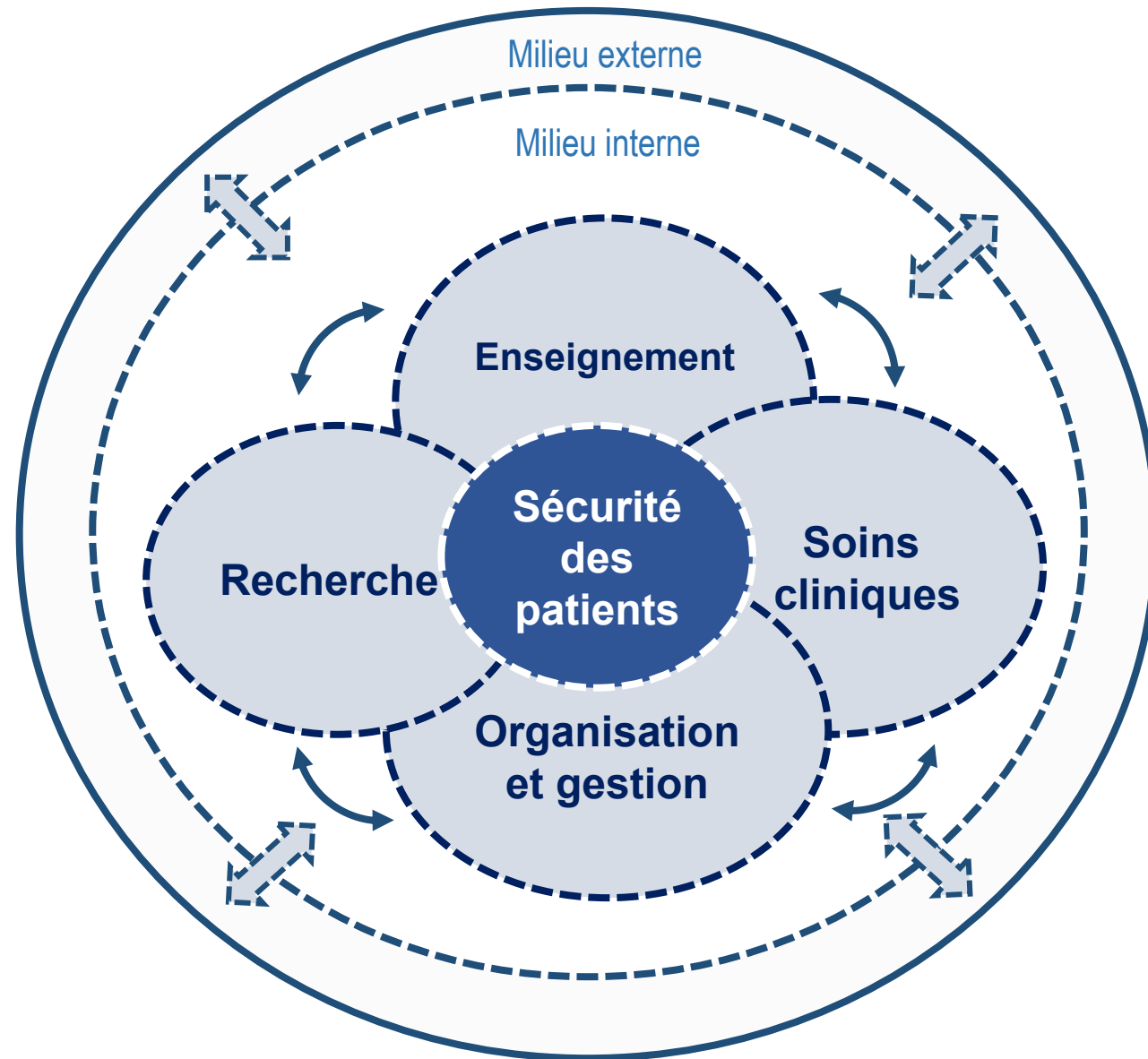
- Manque d'un **portrait**
- Sous-détection des **signes physiologiques** (Burke et al., 2011; Abidin et al., 2017)
 - 1SV anormal 1-4 h avant
- Meilleur raisonnement avec formation

*« ... Actions to address cognitive biases are needed in practice and through education ... »
(Cioffi, 2025)*



Des réflexions pour la suite ...

*Effort complexe
de l'ensemble
du système*

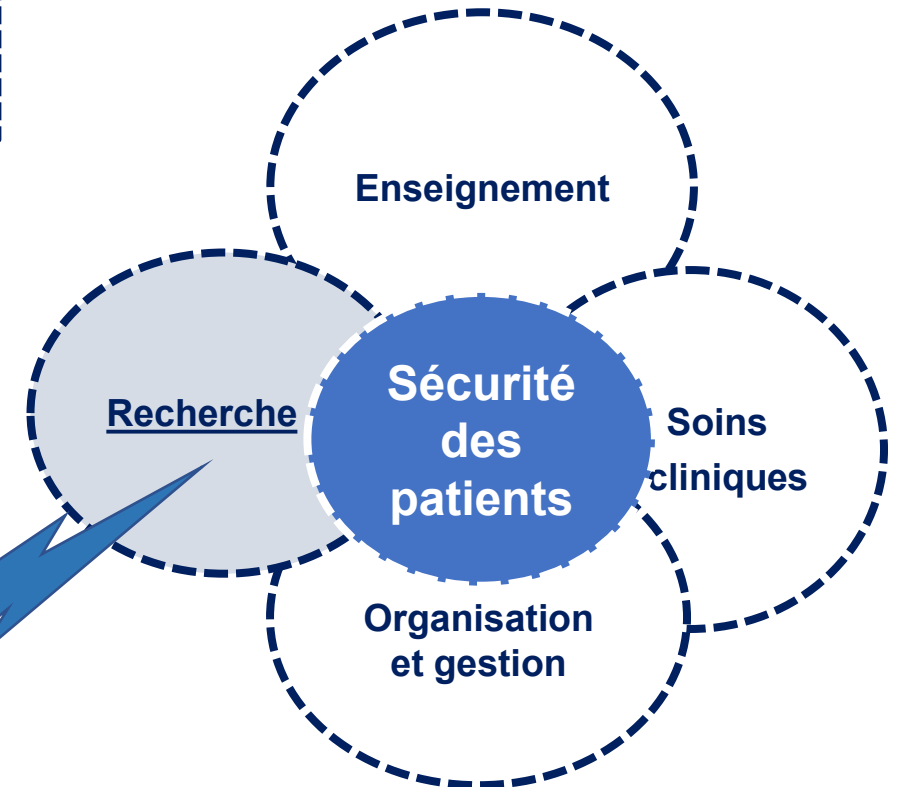


Constats

- Pays anglosaxons et universités
- Soins critiques
- Méthodologie: 1145 articles
 - 70,1 %: enquêtes, descriptives, revues, qualitatives
 - 27,1 %: expérimentales-quasi, essais, case study
 - 2,7 %: simulation

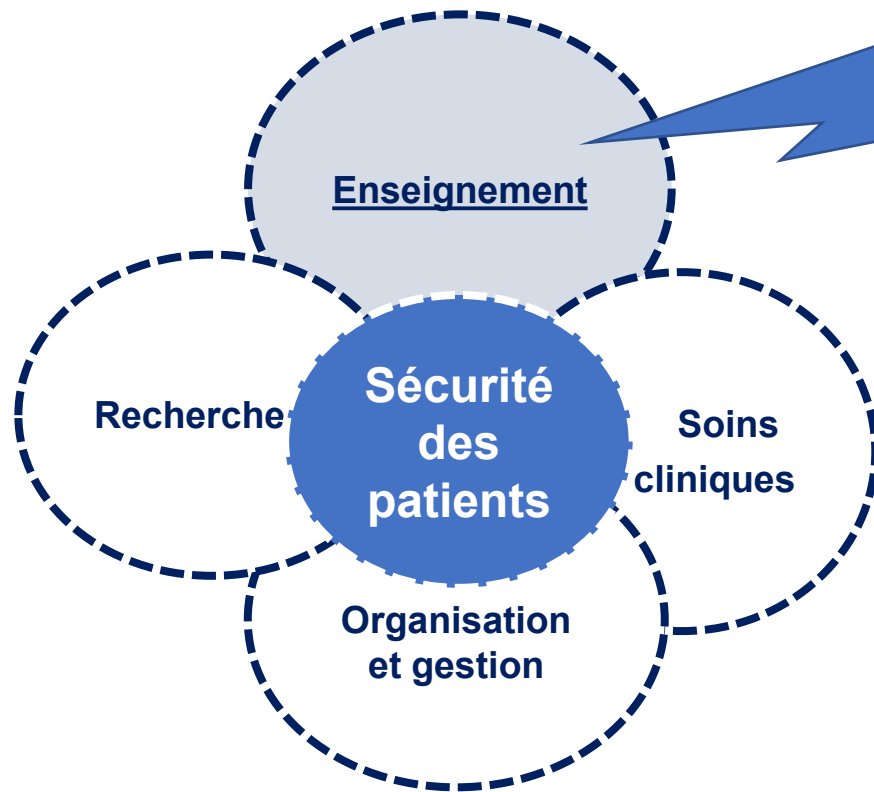
Implications

- Transfert des résultats probants dans la pratique
- Soins chroniques et à domicile
- Intégration des technologies - IA
- Application de la compétence de surveillance
- Processus de raisonnement analytique



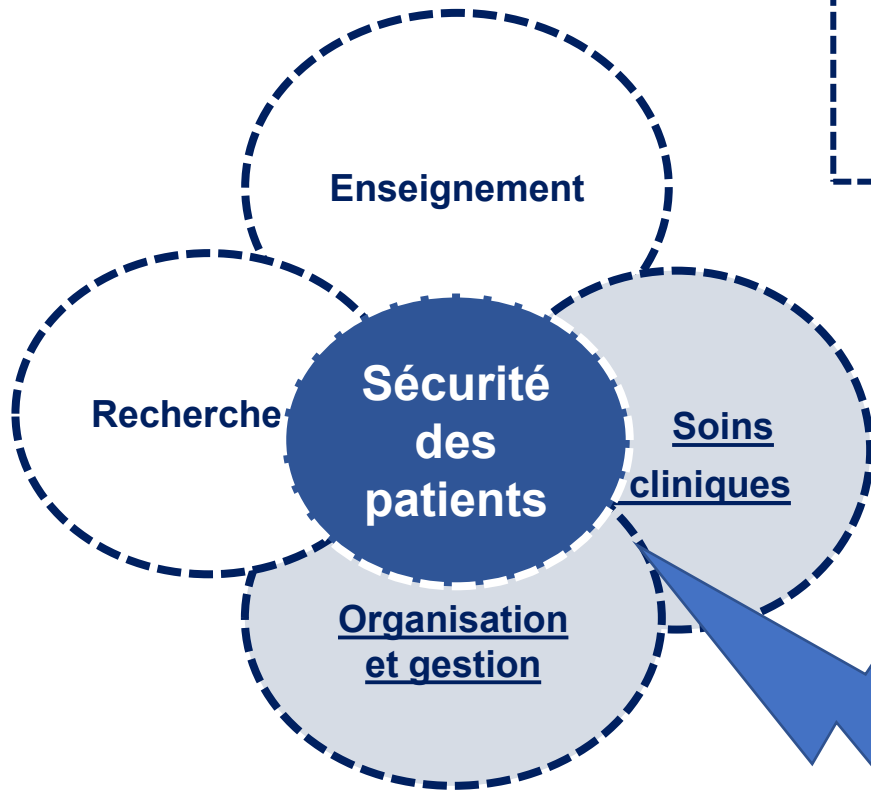
Constats

- Enseignement de l'évaluation clinique
- Simulation



Implications

- Appropriation du rôle « identitaire » de surveillance
- Approche par compétences et accès aux rôles modèles (Maniago et al., 2021)
- Concept de vigilance: reconnaissance des signaux, calcul du risque « *What is? What might be?* » (Meyer & Lavin, 2005)
- Processus de raisonnement clinique/intention relative à la sécurité (« *R* ») (Doyon & Raymond, 2024)



Constats

- « **Recognition – Relay – React** » (Burke et al., 2022)
 - Pratiques individuelles malgré protocoles
 - Raisonnement non-analytique
 - Communication non systématique
 - Barrières r/a l'évaluation clinique (Douglas et al., 2014)

Actions et suivis

- Délais de transfert dans la pratique des résultats probants et suivi (Odell, 2015)
- Raisonnement clinique analytique:
 - Surveillance et sécurité (Doyon & Raymond, 2024b)
 - Biais cognitifs (Cioffi, 2025)
 - Normes tacites non scientifiques dans une équipe
- Rôles modèles « champions » (Douglas et al., 2014)
- Interdisciplinarité

Conclusion

**En
2025**

La surveillance clinique infirmière peut-elle prévenir les événements indésirables ?

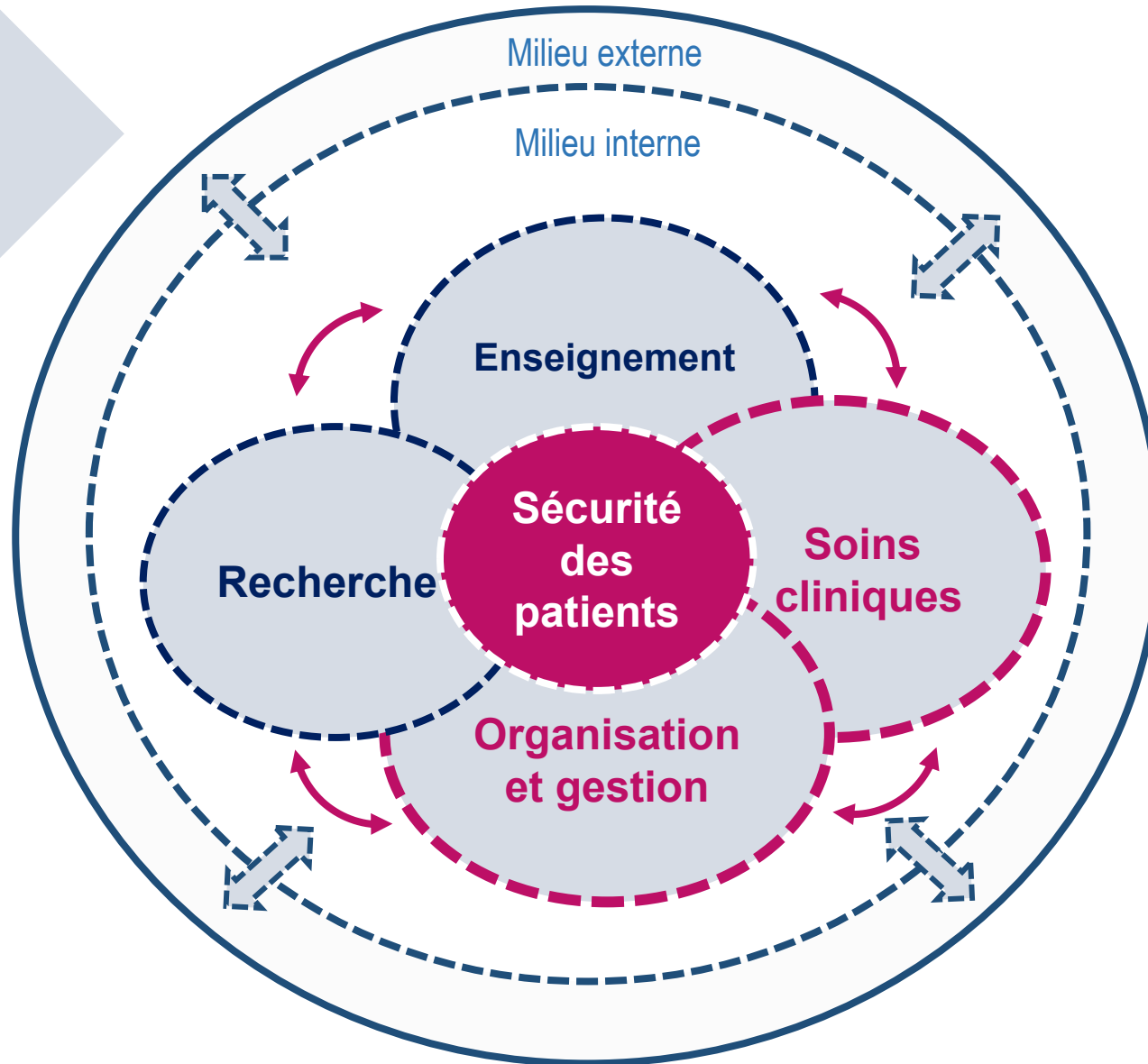
« Oui !!! Sans aucun doute ! »

Il s'agit

- *du dernier filet de sécurité d'un patient*
- *de la préservation de son potentiel de réadaptation*

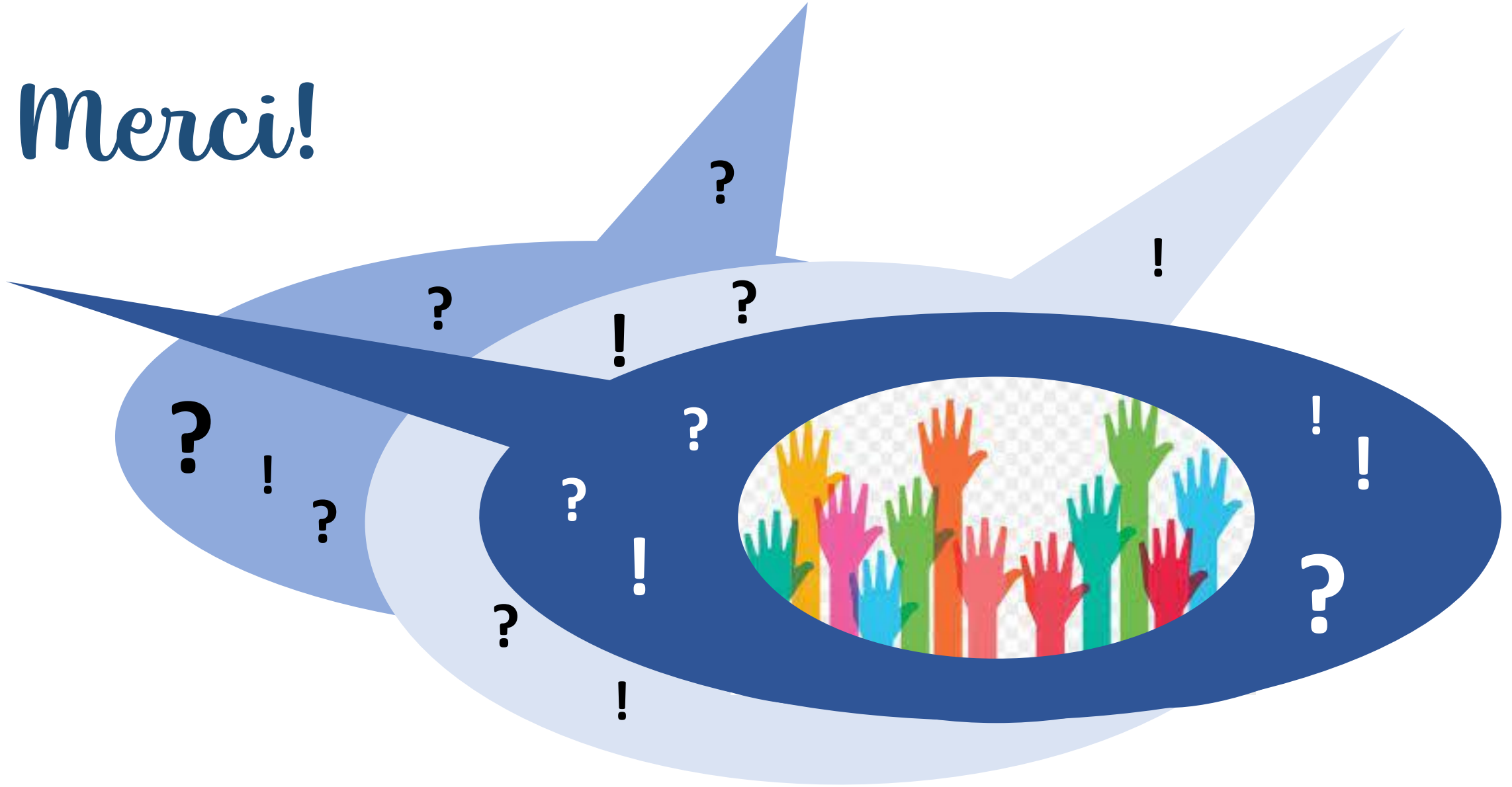
- *d'une part importante de l'identité infirmière*
- *de la visibilité de son jugement clinique*

*Effort complexe
de l'ensemble
du système*



*Rôle d'un CII
Atelier*

Merci!



Odette.Doyon@uqtr.ca

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=12ahUKEwjRh93TpZ7AhV5mlEHlVCSIQMygDegUJARDKAQ..i&docid=3FmuRFXIVQ1z_M&w=840&h=528&q=main%20lev%20C3%A9e%20png&hl=fr&ved=2ahUKEwjRh93TpZ7AhV5mlEHlVCSIQMygDegUJARDKAQ

Références

RÉFÉRENCES COMPLÈTES dans:

- 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>)

RÉFÉRENCES CITÉES

- 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.
- 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
- Cioffi, J. (2000). Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their patient. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 108-114
- Cioffi, J. (2025). Action for cognitive biases in clinical decision-making. *Academia Medicine*, 2025;2. <https://doi.org/10.20935/AcadMed7526>
- 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

Références (2)

- 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.
- 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
- 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.
- Doyon, O. & Raymond, L. (2024b). 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>
- 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.
- 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.

Références (3)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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*, 4th Edition, St Louis, MO: Mosby.

Références (4)

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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
- 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.
- 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.