

Centre hospitalier universitaire vaudois

# L'évaluation clinique au service de la sécurité des patients

L'expérience du CHUV de Lausanne

7<sup>ème</sup> Congrès mondial du SIDIIEF  
Bordeaux, 3-6 juin 2018

SS53 – Lundi 4 juin | 14h-15h30



Dans les pays à haut revenu, près de 1 patient sur 10 sera victime d'un événement indésirable (EI) au cours de son hospitalisation.

Dans près de 50% des cas, il s'agit d'événements évitables.

[OMS, 2018]

## Article

## Adverse events related to hospital care: a retrospective medical records review in a Swiss hospital

PATRICIA HALFON<sup>1</sup>, ANTHONY STAINES<sup>2,3</sup>, and BERNARD BURNAND<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Social and Preventive Medicine, Lausanne University Hospital, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Switzerland, <sup>2</sup>IFROSS Institute, University of Lyon III, 18 Rue Chevreul, 69007 Lyon, France, and <sup>3</sup>Hospital Federation of Vaud, Bois de Cery, 1008 Prilly, Switzerland

Address reprint requests to: Patricia Halfon, IUMSP, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Switzerland.

Tel: +41-21-314-72-72; Fax: +41-21-314-73-73; E-mail: patricia.halfon@chuv.ch

Editorial Decision 9 May 2017; Accepted 15 May 2017

### Abstract

**Objective:** Retrospective records reviews carried out in several countries have shown substantial rates of adverse events (AE) among hospitalized patients, preventable in half the cases. As no such data have been recorded in Switzerland, we estimated the incidence of AE in one acute care hospital as a basis for a safety improvement program.

**Design:** A two steps retrospective records review (screening criteria and full review of positively screened records).

**Setting:** A medium size community hospital.

**Participants:** A stratified sample of 400 surgical and 600 medical hospitalizations whose records fulfilled a set of information quality criteria.

**Intervention(s):** Not applicable.

**Main outcome measure(s):** Adverse events, preventable adverse events and extent of resulting harm.

**Results:** The proportion of hospitalizations with at least one AE was 12.3% (95% CI: 10.4–14.1) whereas the overall hospital incidence rate was 14.1% (95% CI: 12.0–16.2). Nearly half of AE were judged preventable, corresponding to one or more preventable AE in 6.4% of hospitalizations (95% CI: 5.0–7.8). Sixty percent of AE resulted in no or minor impairment at discharge whereas 23% resulted in severe disability. AE were twice more frequent in surgical patients, and preventable AE resulted more often in severe impairment than unpreventable AE. No death was attributed to an AE. The proportion of stays with an AE increased with age and length of stay.

**Conclusions:** The incidence of preventable AE in patients hospitalized in one Swiss hospital is comparable to previously reported rates. Further, patient safety improvement is needed, especially among older patients, and for surgical procedures.

**Key words:** adverse events, patient safety, hospital, medical record review



L'**évaluation clinique** est une observation minutieuse de la personne et de ses réactions dans son environnement réalisée en utilisant les sens du toucher, de la vue, de l'ouïe et de l'odorat.

(Cloutier, Brûlé et Doyon, 2002)

La **surveillance clinique** est un processus d'évaluation clinique intentionnel tout au long d'un épisode de soins, de manière continue ou selon un intervalle déterminé, dont la suite des actions à entreprendre comprend la collecte, l'analyse et la synthèse attentives des paramètres cliniques de l'état physique et mental d'une personne ainsi que de ses antécédents personnels, en vue d'anticiper et de reconnaître les modifications des changements de l'état clinique, d'en transmettre les résultats, et de prendre des décisions cliniques.

(Doyon, O., In Doyon, O. & Spycher, L., 2017).

# Finalité

## Buts

- **Identification des alertes cliniques**
  - Voies respiratoires, respiration, circulation, état de conscience
- **Identification des besoins de santé**
  - Moment initial
  - Apparition nouvelle tout au long de l'épisode de soins
- **Suivi de l'amélioration et de la détérioration de l'état**
  - Affection: signes et symptômes initiaux;
  - Traitement: réactions attendues / inattendues
- **Prévoyance**
  - Anticipation de réactions en fonction de l'individualité de la personne qui a un problème de santé
    - Possibles (inhérentes à toute intervention)
    - Potentielles (facteurs de risque en présence) EX: apnée du sommeil
- **Communication interprofessionnelle**
  - Vocabulaire scientifique commun
  - Fidélité de la transmission des informations

## FINALITÉ POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE: ASSURER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

- Reconnaissance des changements de l'état clinique
- Communication précise
- Intervention dans un délai approprié pour renverser les changements

[Prof O. Doyon]

**Soins, formation, recherche**

**> 10'000 professionnels**

**≈1'500 lits**

**50'000 patients traités**

**DMS 7.3 j**

**Urgences: 75'000 cas**



# L'évaluation clinique infirmière dans le contexte suisse romand

## Bachelor

Evaluation clinique intégrée dès 2012-13

## Maîtrise

Module *Examen clinique avancé*

# L'évaluation clinique au CHUV

## Sensibilisation (2013)

Conférences publiques « *L'évaluation clinique infirmière : dernier filet de sécurité du patient* »

## Mobilisation (2014)

Journée de réflexion des cadres infirmiers « *L'évaluation clinique, de la compétence des professionnels à la responsabilité des cadres* ».

# L'évaluation clinique au CHUV

## Formation continue et certifiante (dès 2013-14)

*Examen et surveillance clinique centrés sur des symptômes d'alerte en santé physique, 2j, 5x20 personnes/an*

(cours interne)

*CAS Evaluation clinique infirmière, 24j*

(partenariat hautes écoles)

*Soins intensifs et Soins intermédiaires*

# La naissance des projets

## **Pédiatrie**

Intégration de l'évaluation clinique en hospitalisation

## **Milieu carcéral**

Les « drapeaux rouges » somatiques

## **Alcoologie stationnaire**

Lits de dégrisement

## **Urgences**

Décentralisation des espaces d'attente

## **Médecine interne**

Intégration de l'évaluation clinique dans l'activité quotidienne

## **Neurologie**

Evaluation de l'AVC aigu

## **Gynécologie**

Réorganisation des urgences

...



Exemple de projet en médecine interne

Leila Guesmia

Exemple de projet en soins pédiatriques

Teresa Gyuriga

Anne-Laure Thevoz

Recommandations des acteurs impliqués

Jenny Gentizon

Leçons apprises

Prof. Odette Doyon



# INTÉGRATION DE L'ÉVALUATION CLINIQUE DANS UNE UNITÉ DE MÉDECINE INTERNE

Leila Guesmia

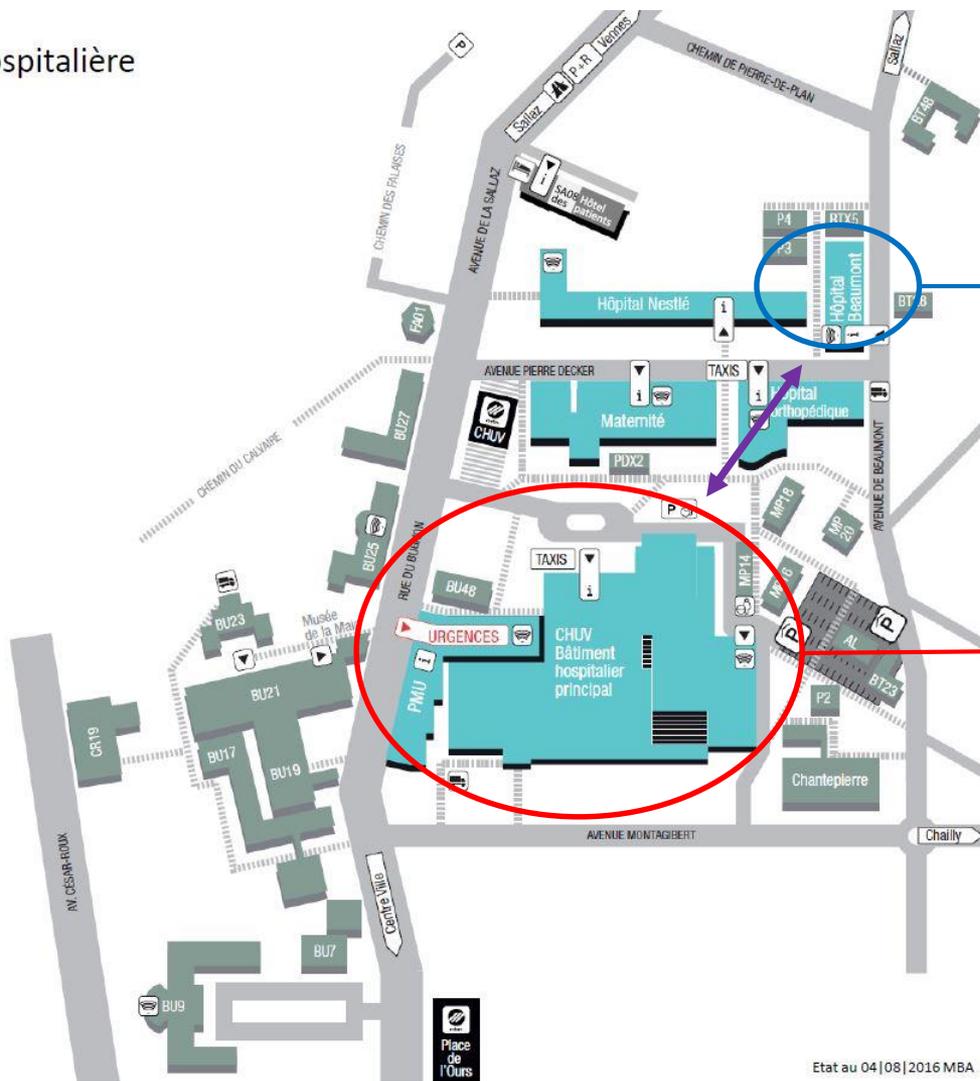
Inf, M. Sc. SI, Inf spéc. en anesthésie, Cheffe de projet, Centre  
hospitalier universitaire vaudois

*Il était une fois...*

# ...Une unité ...

- ... de médecine interne aigüe de 21 lits (**MITH**) ...
- Ouverte en octobre **2013** dans le bâtiment principal (BH) du CHUV
- Qui déménage en juin **2014** dans un bâtiment externe
- Dont 80% de l'équipe soignante avait < d'**1 année d'expérience** professionnelle à son ouverture
- Qui n'a **pas d'équipe médicale** sur place de 18h à 8h
- Qui est dédiée à l'enseignement médico-infirmier (**unité pilote**)
- **DONC** démarrage du projet **ECM** = **E**valuation  
**C**linique au **M**ITH

- Principaux bâtiment de soins
- Autres bâtiments
- Routes principales
- Liaisons piétonnières
- ▲ Accès principaux / handicapés
- i Accueil / Information
- 🎧 Auditoires
- 👶 Garderie
- 🏠 Hôtel des patients
- P Parking des hôpitaux
- P ♿ Parking handicapés
- 📦 Livraisons
- 🚉 Stations M2



Hôpital de  
Beaumont

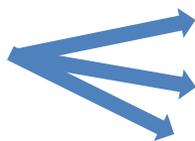
CHUV –  
Bâtiment  
principal

Trajet à  
pieds  
= 7 min

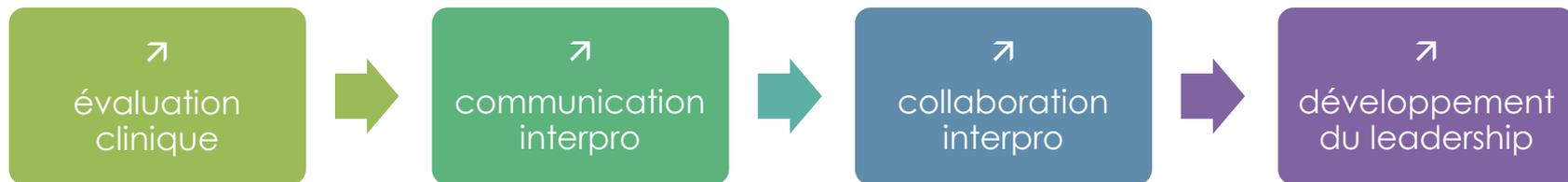
# Démarrage du projet

Ambition principale : ↗ les compétences infirmières au MITH

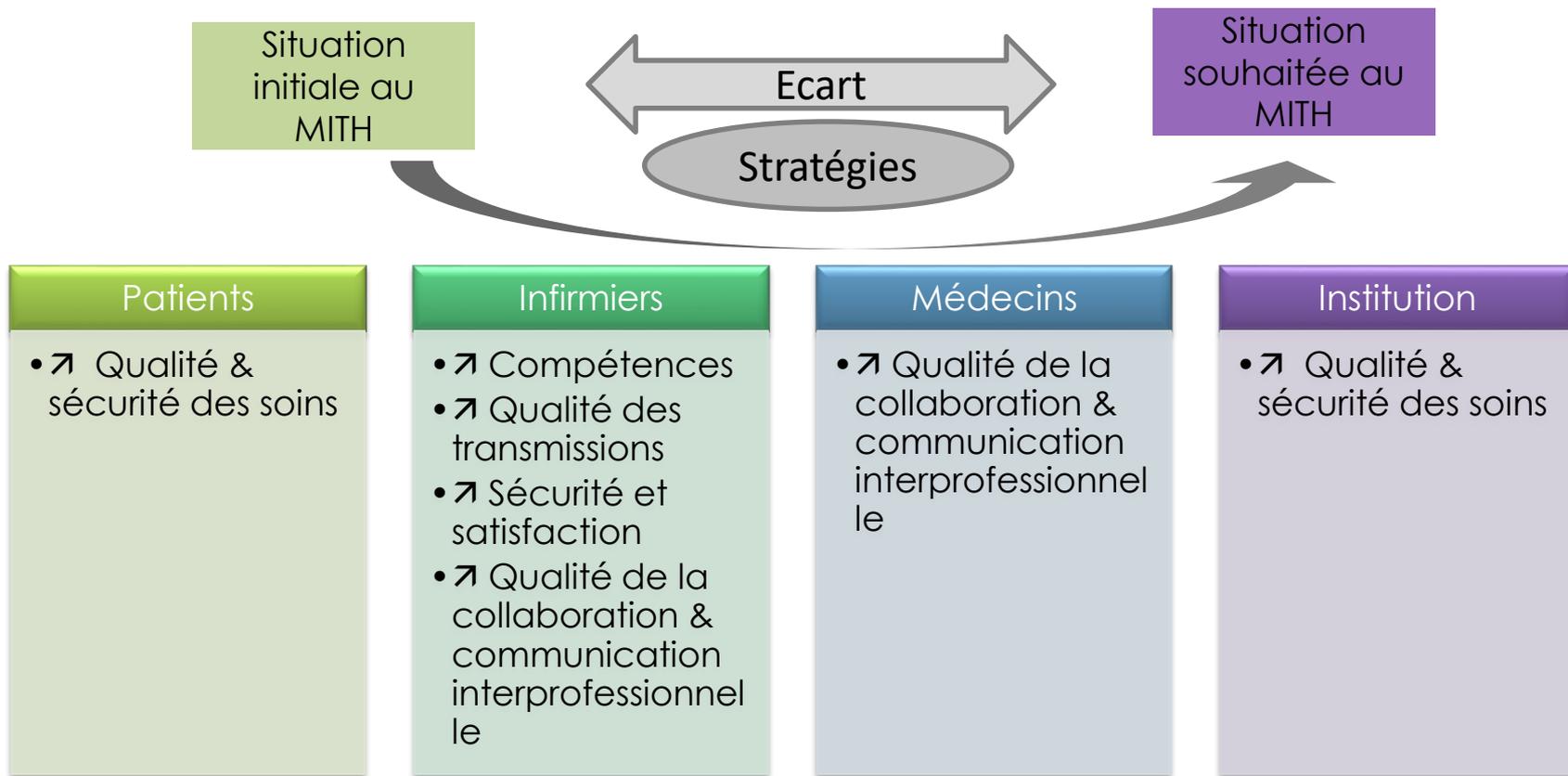
- Projet ECM



- Évaluation clinique infirmière par systèmes 
- « Tour du lit »
- Auscultation pulmonaire infirmière



# Bénéfices attendus



# Objectifs SMART de l'ECM

- Développer et implanter une **prise en charge infirmière de qualité et sécuritaire**, spécifique aux patients du MITH, englobant :
  - une **évaluation clinique infirmière**
  - un **« tour du lit » systématique**
  - la pratique de **l'auscultation pulmonaire** (pour les patients à risque de faire des décompensations respiratoires ou atteints de pathologie pulmonaire)
- Améliorer la prise en charge globale des soins avec un focus sur la **sécurité et satisfaction** de l'équipe soignante du MITH en :
  - améliorant la **communication et la collaboration interprofessionnelle**
  - développant le **leadership infirmier** face à l'acquisition de **nouvelles compétences infirmières**

# Quelques définitions

- Evaluation clinique

C'est un processus complexe qui nécessite un **jugement clinique** infirmier, permettant de discerner et d'interpréter les différents résultats obtenus (Chapados, 2009; Fennessey & Wittmann-Price, 2011)

- « *Tour du lit* »

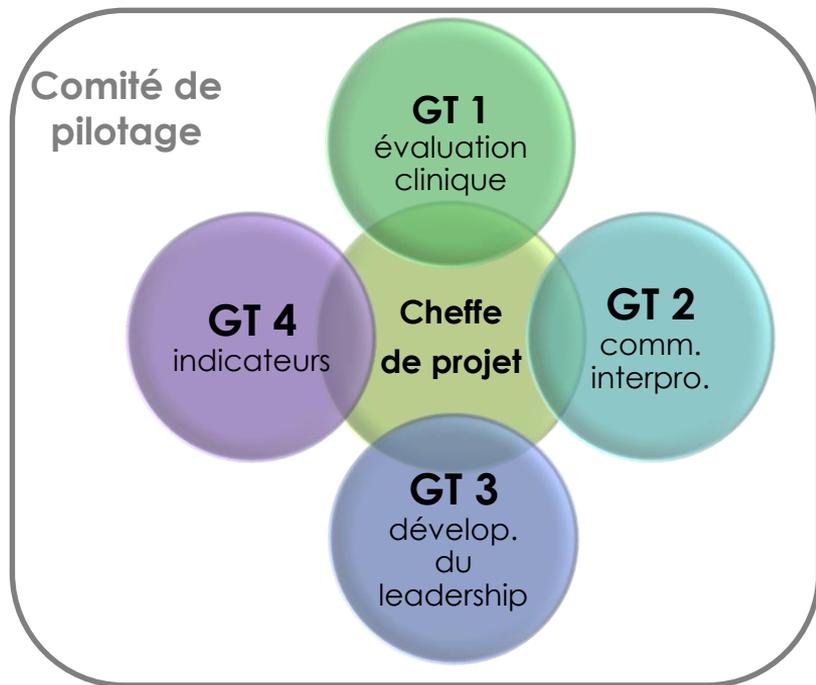
C'est une **observation globale systématique** du **patient et son environnement direct** qui permet d'examiner la personne soignée, son équipement et ses traitements qui est pratiqué dans les domaines de soins aigus (Terraneo et al., 2010)

- Auscultation pulmonaire

Elle permet de **documenter et de proposer des actions adaptées avec le médecin** en charge du patient (Baid, 2006; Delmas & Tambini, 2014; Simpson, 2005)

# Processus d'implantation

- Création de 4 groupes de travail (GT) & d'un COFIL qui gère l'avancement du projet



GT 1 → renforcer la culture de sécurité de l'unité & augmenter les compétences infirmières

GT 2 → améliorer la communication & la collaboration interprofessionnelle

GT 3 → développer & affiner le positionnement infirmier

GT 4 → informer & diffuser des preuves de la littérature puis sélection & récolter les indicateurs témoins du projet

# Interventions pédagogiques

- 8 formations pour implanter l'ECM



- Collaboration du Centre des formations du CHUV (CFor) (1 enseignante & 1 ICLS) ainsi que de 2 médecins cadre du Département de médecine

\* sont effectuées pendant les horaires de travail

# Mise en pratique de l'ECM

- Le personnel du MITH réalise une évaluation clinique de chaque patient **lors de la prise en charge** ainsi qu'un « *tour du lit* » systématique
- Lors de la **visite médicale**, le personnel infirmier ausculte les patients qui le nécessite **avec** le médecin en charge
- La **documentation** de l'auscultation pulmonaire est réalisée dans le dossier de soins
- Validation d'un document sur la sémiologie pulmonaire avec Prof. Doyon

Observation(s), commentaire(s) eupneique a AA ...

**AUSCULTATION, PERCUSSION ET PALPATION**

Bruits (Lobe supérieur droit)

Bruits (Lobe supérieur gauche)  Effacer tout

Bruits (Lobe moyen droit)  Murmures vésiculaires - bruit normal

Bruits (Lobe inférieur droit)  Sibilances / wheezing - bruit ajouté

Bruits (Lobe inférieur gauche)  Ronchis - bruit ajouté

Percussions  Stridor - bruit ajouté

Percussions  Crépitants - bruit ajouté

Vibrations vocales  Frottement pleural - bruit ajouté

Hypoventilation

**PROBLEME / DIAGNOSTIC 1**

Problème / diagnostic

Gravité estimée

Objectif

Objectif détaillé

Evolution

Université de Lausanne, ICR  
 MTH - BMT 00 615  
 4430214 et 02  
 Pr. Roger BCOM

### Types de sons pulmonaires

Sons pulmonaires	Définition (circonstances physiologiques et physiopathologiques)
<b>Murmures vésiculaires</b> Ces sons correspondent aux bruits pulmonaires normaux et sans particularité	Bruit doux, continu, moelleux et de basse tonalité, audible à l'inspiration et en début d'expiration (la phase inspiratoire est plus longue que la phase expiratoire), normalement entendu au niveau de tout le parenchyme pulmonaire dans tous les lobes pulmonaires. Les murmures vésiculaires sont <b>diminué</b> s dans les circonstances suivantes : ► Obstacle phonique entre les bruits et le stéthoscope ► Épaississement de la paroi (tissu adipeux ou musculaire) ► Distension thoracique (emphysème) ► Épanchement pleural Les murmures vésiculaires sont <b>abolis</b> dans les circonstances suivantes : ► obstruction bronchique (bouchon de sécrétions, corps étranger) ► disparition de la ventilation dans une partie du poumon (atélectasie, lobectomie, pneumectomie) ► interposition d'une lame gazeuse/un liquide entre le poumon et la paroi thoracique (pneumothorax, pleurésie)
<b>Crépitants</b> Il s'agit de sons de turbulence	Bruits discontinus, de tonalité élevée (explosif), brefs, intermittents et non modifiés par la toux, survenant en bouffée durant l'inspiration. Le processus pathologique alvéolaire se traduit par des sons de turbulence provoqués par la percussion de l'air en contact avec les sécrétions présentes dans les alvéoles dont l'origine peut être infectieuse (pneumonie) ou cardiogénique (œdème pulmonaire) ► Pneumonie : les crépitations sont <b>asymétriques</b> et entendues dans le lobe atteint ► Œdème pulmonaire : les crépitations sont <b>symétriques</b> puisque l'origine est cardiaque L'emplacement des sécrétions dans les alvéoles est une menace à l'oxygénation. L'œdème est le plus dommageable, vient de des crépitations auscultés
<b>Ronchis</b> Il s'agit de ronflements	Bruits forts, continus, d'origine bronchique, de basse à haute fréquence ou à l'égal, modifiés (mobilisables) par la toux ou le changement de position. Ce sont des bruits de turbulence provoqués par le passage de l'air en contact avec les sécrétions présentes dans les bronches ou un rétrécissement des voies aériennes (encombrement) ► Rencontre d'un bronche avec un corps étranger ► Bronchite aiguë ou chronique accompagnée d'hypersécrétions bronchiques ► Bronchite chronique ou asthme avec hypersécrétions bronchiques, encombrement ► Bronchopneumopathie pulmonaire chronique obstructive (BPCO)
<b>Sibilances ou wheezing</b> Son de sifflement	Sifflement de haute fréquence, variable en intensité, débutant à l'expiration puis entendu à l'inspiration et à l'expiration. D'origine bronchique, ces bruits sont causés par un rétrécissement des voies aériennes, bronchoconstriction (spasme). Selon le niveau atteint, le rétrécissement des voies aériennes peut compromettre sévèrement la ventilation (diminution de l'oxygénation, accumulation de CO <sub>2</sub> ), et les sons pourraient être perçus à l'oreille et à distance du patient ► Asthme BPCO ► Œdème ► Sécrétions ► Tumeurs ► Corps étrangers
<b>Stridor</b> Il s'agit d'un son de sifflement différent des sibilances	Son fort et de hautes tonalités entendues sans l'aide du stéthoscope. Sifflement entendu en inspiration et en expiration associé à une grave obstruction respiratoire supérieure présente dans le larynx ou la trachée. ► Sténose de la trachée ou du larynx ► Laryngite sténosante ► Epiglottite ► Inhalation d'un corps étranger
<b>Frottement pleural</b> Il s'agit de sons de friction	Bruits secs, rugueux, de basse intensité, superficiels, non modifiés par la toux et entendus à l'inspiration et à l'expiration ressemblant à un « frottement de papier de soie » ou « bruit d'épave de cuir neuf ». Les bruits sont causés par le frottement des 2 feuillets pleuraux, l'un contre l'autre lors d'une inflammation de la plèvre. ► Pleurésie

www.cep-pneumo.org. Enseignement du 1er cycle CPEM- banque de sons respiratoires  
<http://www.respir.com>  
 www.unige.ch/medecine/enseignement (https://www.unige.ch) (sémiologie respiratoire. Lungs sounds and the stethoscope: vidéo en anglais. By Davik W.Cugel, Md)  
[http://s01sons3m3e.assewpportal3Mann\\_AE/3N-4Littmann/EMEA3stethoscope/littmann-isamimg-inst/1stheart-lung-sounds/lung-sounds/](http://s01sons3m3e.assewpportal3Mann_AE/3N-4Littmann/EMEA3stethoscope/littmann-isamimg-inst/1stheart-lung-sounds/lung-sounds/)

Murmures vésiculaires

Crépitants

Ronchis

Sibilances ou wheezing

Stridor

Frottement pleural

Langage commun

# Indicateurs de l'ECM

- **Information & diffusion** des recommandations/preuves de la littérature concernant les éléments composant l'ECM grâce à un document
- **Sélection & récolte** les indicateurs témoins du bénéfice de l'implantation du projet (17 au total)

Le **choix des indicateurs** a été réalisé selon la faisabilité, la pertinence & la spécificité du projet

- ❑ **Mesure de la culture de sécurité en milieu hospitalier** (CCECQA, 2010; Ocelli et al., 2007) → questionnaire & poster

# Indicateurs de l'ECM – suite 2

- ❑ **Mesure de la collaboration interprofessionnelle** (Anthoine et al., 2014)  
→ questionnaire & poster
- ❑ Un **outil standardisé & structuré permet la documentation des soins** recueillis par le personnel infirmier lors de l'évaluation clinique & de l'auscultation pulmonaire dans le dossier de soins informatisé (la mise à jour est récente → une amélioration des notes est attendue...)
- ❑ Un **audit sur le nb & le % de patients auscultés** (patients atteints de pathologie pulmonaire)
  - J0, J1, J2 & J3 : seul ¼ des annotations sont réalisées (mais les patients sont évalués plus souvent...)

# Indicateurs de l'ECM – suite 3

- Le nb & le % de patients hébergés dans l'unité du MITH qui sont transférés en soins aigus (soins continus – soins intensifs – urgence) est recensé en 2014, 2015, 2016 & 2017

Parallèlement une **analyse des dossiers - patients** est en cours de réalisation pour collecter les critères suivants:

- Raison du transfert
- Auscultation pulmonaire réalisée, notée; qualité de l'évaluation clinique; qualité des notes infirmières; langage employé
- Evolution des annotations avant & après la mise en place du projet

# Indicateurs de l'ECM – suite 4

=> « Quelle est l'évolution de la prise en charge des patients au MITH grâce à l'ECM ? Bénéfice de l'ECM ? »

- Une analyse rétrospective de dossiers informatisés – patients est en cours de réalisation

=> « Les infirmiers détectent-ils les signes d'alertes cliniques associés à la fonction respiratoire et aux autres systèmes de l'évaluation clinique ? » Bénéfice de l'ECM ? »

- D'autres indicateurs de résultats ont été prévus mais sont exigeants à récolter.. → procédure plus complexe: acceptation par le comité d'éthique...

# Adaptation de l'ECM

- Début 2016, **réactualisation du « moment »** de l'auscultation pulmonaire (AP) par le personnel infirmier

Les infirmiers n'avaient pas toujours le temps d'ausculter **avant la visite** médicale du matin... → nous avons introduit **l'AP pendant la visite médicale AVEC le personnel médical** → collaboration entre l'infirmier et le médecin ... partage des connaissances & échanges...

- **« Turn over » au MITH** → une dizaine d'infirmiers ont demandé leur transfert de l'unité... MAIS pour aller travailler dans des lieux de soins tel que soins intensifs – soins continus – urgences

**DONC : « L'ECM leur a donné le goût des soins aigus!!! »**

# Résistance à l'ECM

- Au début de l'implantation de l'ECM, une **résistance** est apparue très rapidement...  
...venant du **personnel médical** → « *l'auscultation pulmonaire n'est pas un geste infirmier...* »

Mais **en expliquant** que l'auscultation pulmonaire fait partie du suivi de l'évaluation clinique de la fonction respiratoire & qu'aucun diagnostic n'est fait....

... La résistance a progressivement disparu

# Forces & faiblesse de l'ECM

- L'équipe du MITH a **trouvé du « sens »** à l'ECM & y a adhéré
- Les interventions pédagogiques ont répondu aux différents **besoins de l'équipe**
- Les infirmiers cadres du MITH, ceux du Département de Médecine & la Direction du CHUV ont TOUS **soutenu & adhéré au projet**
- Tous les partenaires de l'ECM se sont **engagés pleinement** dans sa mise en place
- Et les **ressources nécessaires** ont été accordées pour l'implantation de l'ECM

MAIS la faiblesse de l'ECM ce sont les notes infirmières qui ne reflètent pas la pratique réalisée de l'ECM !!!

# Conclusion : 2 constats principaux

- **L'évaluation clinique infirmière : une évidence**
  - Pour assurer la **qualité** de la surveillance des patients
  - Pour atteindre l'objectif institutionnel de **sécurité des soins**
  - Pour contribuer au développement de la **collaboration interprofessionnelle**

- **Le processus d'implantation de l'ECM : un défi d'équipe**
  - L'**enjeu** d'adhérer à un **même objectif de qualité**
  - L'occasion d'une véritable concertation & collaboration interdisciplinaire

# Il était une fois... ... la fin de l'histoire...

... Et les efforts de **TOUTE** l'équipe ont été récompensés d'une belle manière...

... Mais **le PLUS important** reste le **PATIENT** placé **AU CENTRE DES SOINS**

## Le CHUV remporte le Swiss Quality Award 2017

Médecine interne - Publié le 06.12.2017 12:00 par Nicolas Jayet



**Le Swiss Quality Award 2017 a été décerné au projet d'intégration de l'évaluation clinique infirmière dans une unité de médecine interne du CHUV de Lausanne.**

Mercredi 6 décembre 2017 à Soleure, Leila Guesmia, infirmière clinicienne spécialisée et cheffe de projet au CHUV, recevait le Swiss Quality Award 2017 dans la catégorie "Hospitalier". Cette distinction nationale récompense chaque année un projet qui améliore la qualité pour les patient-e-s qui sont soignés au moins deux jours dans une institution sanitaire. Le Swiss Quality Award est organisé chaque année à l'initiative de neuf organisations suisses actives dans le développement de la qualité dans le domaine de la santé ou représentant les associations professionnelles.

### L'évaluation clinique infirmière, une évidence

L'évaluation clinique sert à apprécier l'état de santé d'un patient en recueillant des données subjectives et objectives. Elle permet d'identifier rapidement les éventuels signes de péjoration de la condition des patients et améliore leur sécurité. L'OMS estime que des événements indésirables surviennent dans 9% des hospitalisations, la moitié étant évitables.

## Contact



**Leila Guesmia**  
ICLS, CHEFFE DE PROJET  
(MITH), INFIRMIERE  
ANESTHESISTE

Entité : Direction du département de médecine (DMID)

Bureau : BT 06 613  
Adresse : Avenue de Beaumont 29  
1011 Lausanne  
Tél : 021 314 21 02  
Email : leila.guesmia@chuv.ch



## Lien(s) (2)

- Service de médecine interne
- Swiss Quality Award

# Bibliographie

- Anthoine, E., Delmas, C., Coutherut, J., & Moret, L. (2014). Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. *BMC health services research*, 14(1), 126.
- Baid, H. (2006). The process of conducting a physical assessment: a nursing perspective. *British Journal of Nursing*, 15(13), 710-714.
- Brûlé, M., Cloutier, L., & Doyon, O. (2002). *L'examen clinique dans la pratique infirmière*. Saint-Laurent: ERPI.
- CCECQA. (2010). Mesure de la culture de sécurité des soins en milieu hospitalier : guide de l'utilisation de l'outil de mesure. Tiré de [http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/u46/2.outilsgdr.pj-culture\\_securite-guide\\_dutilisation\\_030610.pdf](http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/u46/2.outilsgdr.pj-culture_securite-guide_dutilisation_030610.pdf).
- Chapados, C. (2009). L'examen clinique et l'évaluation de la santé. Traduction de : *Physical Examination & Health Assessment*, 5th edition de Carolyne Jarvis. . Montréal : *Beauchemin-Chenelière Éducation*.
- Delmas, P., & Tambini, M. (2014). The clinical examination of respiratory function. *Revue de l'infirmière*, 201, 31-33.

# Bibliographie - suite

- Delmas, P., & Tambini, M. (2014). The clinical examination of respiratory function. *Revue de l'infirmiere*, 201, 31-33.
- Doyon, O., & Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal (Canada).
- Fennessey, A., & Wittmann-Price, R. A. (2011). *Physical assessment: a continuing need for clarification*. Paper presented at the Nursing forum.
- Ocelli, P., Quenon, J.-L., Hubert, B., Hoarau, H., Pouchadon, M.-L., Amalberti, R., . . . Sibe, M. (2007). La culture de sécurité en santé: un concept en pleine émergence. *Risques & Qualité en milieu de soins*(4), 207-212.
- Simpson, H. (2005). Respiratory assessment. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 15(9), 484-488.
- Terraneo, F., Seferdjeli, L., & Diby, M. (2010). Le «tour de lit» aux soins intensifs: représentations et prise d'information. *Le travail humain*, 73(4), 339-359.

# EXEMPLE DE PROJET EN SOINS PÉDIATRIQUES

Teresa Gyuriga

Inf, Inf. clinicienne, Cheffe de service, DFME, Centre hospitalier universitaire vaudois

Anne-Laure Thevoz

Inf, M. Sc. SI, Maître d'enseignement, Institut et Haute école de la santé La Source

# Evaluation clinique en pédiatrie

## Spécificités pédiatriques

- Population **vulnérable, hétérogène** et en **évolution** (défis)
- Connaissances et compétences **spécifiques**

(Chiocca, 2015; Duderstadt 2014)

## Formation

- Importance de la formation infirmière à l'EC en **formation initiale**  
(Lindpainter et al., 2009)
- **Cursus généraliste** : quid de la dimension pédiatrique?
- Attente des milieux cliniques et suivi des étudiants : **écart**

# Contexte et origine du projet

- Demande issue des **praticiens formateurs** (PF) du département de pédiatrie (CHUV) : EC pédiatrique = peu travaillé en clinique
- **Partenariat** avec une haute école de soins infirmiers
- Choix d'une **unité généraliste** et non spécialisée : 29 lits, enfants 0-18 ans
- Unité d'hospitalisation
  - 28.4 EPT d'infirmière (8.3 EPT < 3 ans d'expérience et 20.1 EPT > de 3 ans d'expérience, différents types de formation). 5.9 EPT d'ASSC (Assistants en Soins et Santé Communautaire) (DFME, CHUV, 2016)
  - 3157 hospitalisations en 2016 pour 29 lits disponibles

But



Examiner comment l'EC infirmière est  
réalisée dans l'unité choisie et  
opérationnaliser sa systématisation en se  
basant sur les besoins de l'équipe et les  
données probantes  
Renforcement des compétences infirmières  
(pas PIA)

# Méthodologie

- Méthodologie **participative, intégrée** et **systemique**  
(Autissier, Vandangeon-Derumez & Vas, 2010; Collettere, Delisle, & Perron, 2008; Lescarbeau , Payette & St-Arnaud , 2003 )
- Clarification du **mode d'intervention** et de la demande
- **Comité clinique** : groupe d'experts

# Récolte des données

Récolte des données : littérature, entretiens, revue des dossiers, focus groupes => explorer les pratiques infirmières concernant l'évaluation clinique à l'UH, 4 dimensions explorées, 4 questions semi-structurées :

- **Dimension 1** : compréhension du concept
- **Dimension 2** : perception du rôle professionnel dans l'EC
- **Dimension 3** : pratique actuelle de l'EC
- **Dimension 4** : barrières relatives à une réalisation correcte de l'EC

# Synthèse des entretiens

## Concept

- Examen physique / RDD (anamnèse) / Transmissions
- Analyse des données (interprétation) rarement citée
- **Dimension parentale très présente**

## Pratique actuelle

- **Examen physique, ciblé à partir du problème du patient**
- Fréquence selon jugement clinique
- Co-évaluation, check (pairs, médecins)
- Anamnèse non orientée selon l'EC
- **Transmissions : support écrit inadéquat**

## Rôle professionnel

### Rôles peu différenciés

Responsabilité, pratique réflexive

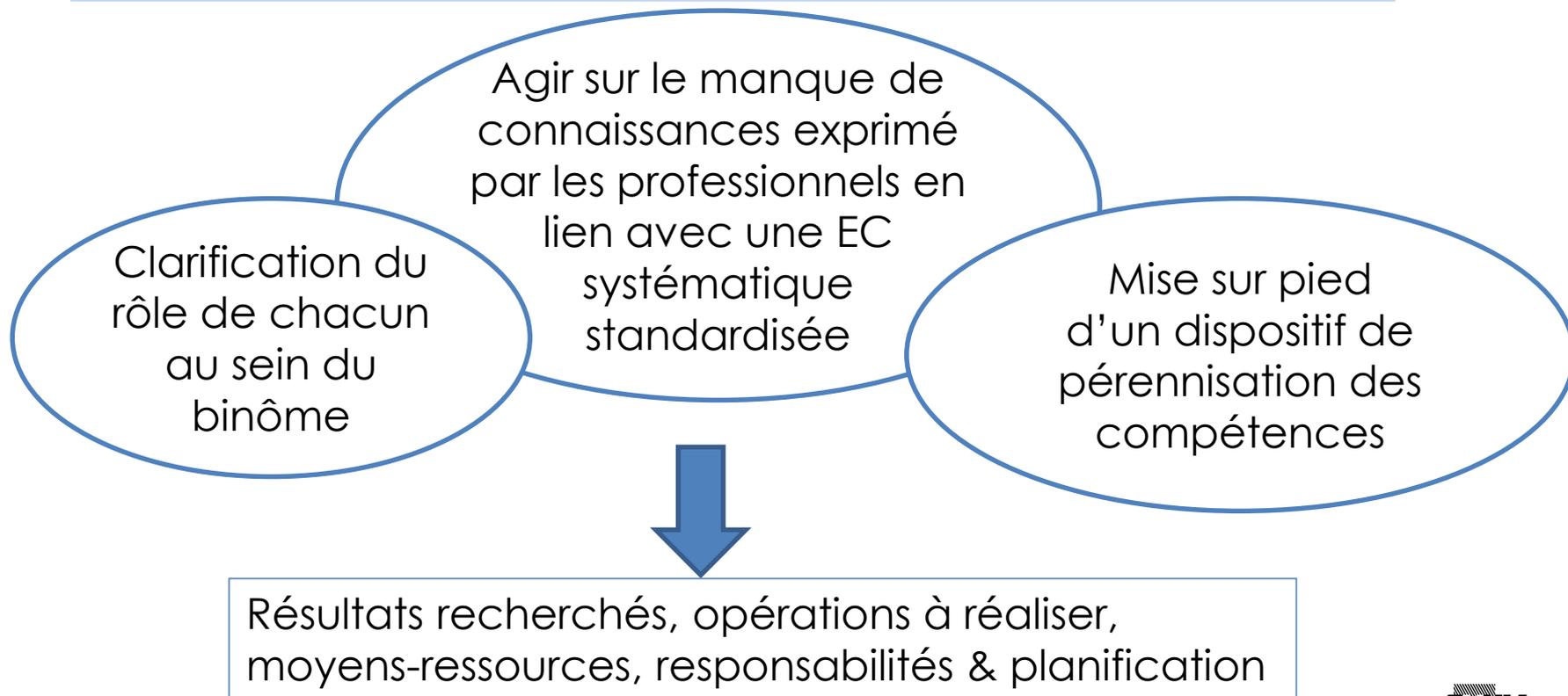
Organisation du binôme

**Confiance, échange, entraide et co-évaluation**

## Barrières

- Temps, environnement
- Spécificité pédiatrique
- **Manque de connaissances en lien avec l'examen physique**
- **Manque d'expérience et de confiance**
- **Flou sur l'attendu du rôle de chacun**

# Trois priorités d'action



## Clarification des rôles

Formaliser la vision : expliciter les rôles et responsabilités de chacun en lien avec le concept de binôme au niveau du système (département) & localement (unité)

Attendu de l'EC dans l'unité intégrant les différentes dimensions de l'examen clinique pour les ID : 4 *guides cliniques*

Evaluer la connaissance du rôle de chacun en lien avec l'EC auprès des médecins & explorer les besoins: *entretiens*

# Connaissances et compétences

Sensibilisation au « processus d'évaluation clinique mis au service de la surveillance clinique infirmière dans une perspective de sécurité des soins pour les patients » => culture de l'évaluation clinique :  
*4 x 1/2 journée d'ateliers*

Actualisation des connaissances théoriques et pratiques : *module de formation théorique, vignettes cliniques avec patients simulés & cours clinique (lit du patient)*

Offre de formation continue pour le maintien des connaissances: *équipe de «champions» & programme de maintien des compétences pour l'EC*

Mis à niveau pour les nouveaux collaborateurs : *module de formation spécifique à l'EC (module d'intégration)*

Formalisation: *directives avec principes, indicateurs de résultat et de processus*

Pérennisation

# Bilan

## Avant

- Pas de formalisation de l'EC
- Peu de connaissance théorique
- Rôle de chacun peu clair au sein du binôme en lien avec l'EC
- Non légitimité de l'EC
- Transmissions orales non structurées

## Après

- Connaissance de la définition de l'EC
- Connaissances de base communes chez toutes les infirmières
- Culture commune
- Légitimité
- Utilisation d'une méthodologie d'entrevue et d'anamnèse, d'examen physique
- Récolte de donnée plus structurée
- Clarification du rôle de chacun dans l'évaluation clinique
- Transmissions orales structurées et argumentées lors de la visite au lit du patient et sur dossier
- Personnes ressources champions identifiés
- Formation certifiante sur l'évaluation clinique des « champions »



Bilan: ce qui a fonctionné

YES !!!!

## **Clarification du problème**

-Sens du projet

## **Engagement de l'équipe**

-Partir du besoin du terrain  
-Intégrer l'équipe dès le départ  
-Méthode participative

## **Potentiel de changement**

-Identifier les limites et les freins  
-Médecins

## **Leadership**

- Personnes-clés  
- Cadres engagés  
- Acteurs de niveaux décisionnels différents  
- Plan de communication  
- Mise en commun des compétences et ressources des deux institutions

## **Ecart avec la pratique**

-Identifier les besoins des professionnels ( focus groupe ) en regard des données probantes

# Bilan: les freins

- Disponibilité des acteurs principaux ( ressources en marge)
- Autres projets en cours
- Evaluation avant - après



# Perspectives du projet pédiatrique

- Création d'ateliers pour utilisation des outils et l'examen physique ( colloque)
- Pérennisation au niveau de l'intégration des collaborateurs
- GT et suites: Implication de la PF, ID clinicienne, ICUS et l'ICS
- Enseignement clinique/ coaching
- Lien avec projet « transmissions orales structurées»
- Formation certifiante

# Points d'attention



## Implantation du projet

- Les besoins des professionnels de terrain, impulsion
- Les cadres porteurs du projet avec une équipe de «champions» ( coaching)
- Démarche participative, partenariat avec l'équipe

## Positionnement professionnel

- Surveillances du patient ciblées et structurées
- Argumentation
- Communication interprofessionnelle performante



# RECOMMANDATIONS DES ACTEURS IMPLIQUÉS

Jenny Gentizon

Infirmière spécialiste clinique, M. Sc. SI  
Chargée de projets et d'enseignement

Centre hospitalier universitaire vaudois

« Never stop questioning »

Susan L. Hendrix

**Fond** : les points incontournables basés sur l'expérience des acteurs impliqués

**Forme** : 30 recommandations opérationnelles

**Structure** : modèle CLARITY du Joanna Briggs Institute



1. Clarification du problème	
<i>Situation initiale</i>	1. Dresser l'inventaire des compétences individuelles et collectives existantes (<->skill-mix)
	2. Former les futurs ambassadeurs du projet à l'ECI (chef-fe-s de projet, <u>CeFiU</u> )
	3. Inventorier les ressources: documents sur les recommandations et preuves issues de la littérature et indicateurs potentiels, experts, offre de formation, documentation, supports d'info clinique, autres services cliniques au bénéfice d'une expérience
	4. Identifier les risques, les résultats de soins <u>sub</u> -optimaux d'un point de vue sécuritaire et les besoins qui en découlent

2. Leadership et engagement de l'équipe	
<i>Décision partagée</i>	5. Décider formellement en équipe d'encadrement élargie d'initier un projet de service "ECI" après s'être assuré du soutien du département et de la cheffine de service
	6. Organiser plusieurs opportunités d'échange avec l'équipe soignante pour dégager un consensus quant au sens de la démarche et au bénéfice attendu
<i>Structure de projet</i>	7. Nommer les responsables de projet et les modalités de suivi / décision
	8. Expliciter par écrit les rôles et responsabilités individuels des ICS-ICUS-ICLS-ICL-PF-champions impliqués
	9. Définir les interfaces avec les parties prenantes hors équipe soignante et les modalités de suivi (ex: MD, physio, <u>CeFor</u> , ...)
<i>Empowerment</i>	10. Elaborer une vision commune à toutes et tous et un plan de communication
	11. Renforcer (si nécessaire) les modalités de collaboration entre ICUS/ICS et ICL-S pour soutenir l'implantation et la pérennisation
	12. Identifier les leaders cliniques, champions, alliés dans et hors de l'équipe soignante, nommer les rôles et responsabilités des membres de l'équipe soignante
	13. Identifier les représentations, les positions, les besoins des professionnels indirectement impliqués (ex: MD, ASSC)

3. Analyse et évaluation du potentiel de changement	
<i>Evaluation</i>	14. Auditer "Forces et faiblesses de la démarche de soins infirmiers dans l'unité" (Collecte de données -> analyse/diagnostic/interprétation/identification des besoins et hypothèses de détérioration -> planification des soins et surveillances -> intervention -> évaluation)
	15. Auditer "Force et faiblesses de l'unité en matière de pratiques interprofessionnelles de soins sécuritaires" (Ex: que nous indiquent les signalements RECI sur notre fonctionnement?)
	16. Identifier les barrières perçues par les membres de l'équipe.

4. Recommandations et écarts avec les pratiques	
<i>Ecarts</i>	17. Identifier les recommandations de bonnes pratiques pertinentes dans le contexte de l'unité
	18. Identifier les pratiques <u>sub</u> -optimales en regard des recommandations (analyse de pratique)
	19. Compiler les données probantes (résultats de soins, éléments factuels issus de l'observation structurée, recommandations issues de la littérature ou des experts).
<i>Objectifs</i>	20. Elaborer le modèle d'ECI pour le service, incluant: justification du changement, périmètre et pratiques visées, formation, <u>inter</u> professionnalité, outils, documentation clinique
	21. Définir les objectifs, priorités, indicateurs et actions adaptatives en regard des barrières perçues par l'équipe

5. Implantation du changement	
-------------------------------	--

Tenir compte des **facteurs** de plusieurs domaines, relatifs :

- A l'environnement de travail
- Au public cible
- Aux données probantes
- Aux ressources disponibles



Inspiré de : RNAO (2012). *Trousse de mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires*. 2ème édition

# RELATIFS À L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

- **Leadership**
- **Agents de changements**
- Cohérence avec d'autres projets
- Culture du service
- Priorités de l'institution
- Politiques et procédures existantes

## RELATIFS AU PUBLIC CIBLE

- **Attitudes & croyances**
- **Degré de motivation**
- **Sentiment d'aisance – d'efficacité personnelle**
- **Connaissances & compétences**
  
- Opportunité de mise en pratique
- Temps (pour la mise en œuvre)
- Clarté des attentes



**La formation n'est pas une baguette magique !**

## RELATIFS AUX DONNÉES PROBANTES

- **Accessibilité**
- **Qualité et robustesse**
- **Compatibilité**
  
- Facilité de mise en œuvre
- Temps – nombre à examiner

Problématique claire



Littérature disponible

Synthèse critique

Consensus  
d'indicateurs

Sensibles &  
mesurables

# RELATIFS AUX RESSOURCES DISPONIBLES

- **En temps**
- Humaines
- Financières
- Logistiques et matérielles



## CONCLUSION

- Le succès du changement ne repose pas uniquement sur la motivation, une myriade de facteurs sont à considérer
- Pour accompagner le changement de pratiques il est recommandé de se référer à un modèle issu de la littérature
- La formation n'est pas une baguette magique

L'espoir n'est pas une  
stratégie !



# LEÇONS APPRISES

Prof. Odette Doyon

Inf, PhD, Université du Québec à Trois-Rivières, Université de  
Lausanne, Institut et Haute école de la santé La Source

# Dans tout changement de pratique

**« Outre le fait de produire ou de choisir des lignes directrices, le principal défi consiste à les intégrer dans un milieu de pratique clinique réel »**

(Ring, Malcolm, Coull, Murphy-Black, et Watterson. 2005)

## « *Le parfait est l'ennemi du bien* »

Entre « hier » et « aujourd'hui », des objectifs ...

- qui sont pertinents dans le contexte de soins
- que l'on peut atteindre
- qui sont rassembleurs
- qui consolident et développent les compétences
- qui permettent de « voir » des effets positifs
- qui génèrent une perception d'auto-efficacité
- qui créent la culture de la qualité et de la sécurité

# « *Penser global ... Agir local* »

Pensée de l'écologue René Dubos en 1972  
lors du premier Sommet de la Terre à Stockholm

Pour réussir un changement de pratique de soins

- La vision du développement est indiquée et portée par la DSI
- La réalisation est celle des équipes dans les services
  - choix des projets et des modalités
  - respect du rythme des équipes
  - reconnaître et développer les « champions »

# « Aligner les planètes »

Dans le « système », des moyens cohérents et stratégiquement déployés sur une trajectoire claire par la DSI

- Sensibilisation des partenaires
- Formation des infirmières
- Intégration des ICUS, des directeurs et des ICLS
- Soutien aux équipes de projets dans les services
- Échanges, rétroactions, concertation, diffusion

# « Un projet sans embûches ... cela n'existe pas »

- Planifier tout ce qui peut l'être
- Toujours garder à l'esprit les éléments déclencheurs du projet
- Garder les oreilles et les yeux ouverts pour reconnaître ce qui fonctionne, prévoir et dépister les difficultés
- Se donner le droit d'ajuster et de parfaire la stratégie ou les moyens au vu de l'action
  - Utiliser et mobiliser les forces motrices et traiter les forces restrictives
- Assurer une vigie constante de la littérature dans le temps réel

# « Communiquer ... communiquer ... et ... communiquer »

Mission incontournable et essentielle du chef de projet dans le service

- Communiquer avec
  - les instances décisionnelles de la DSI
  - les parties-prenantes et les collaborateurs
  - les acteurs principaux
  - les personnes ressources
- Maintenir un plan de communication interne à jour parce que
  - les soins sont continus pendant le changement
  - les intervenants entrent en jeu à des moments différents

# « Surveillance clinique et sécurité des soins:

## *Dimensions incontournables de la pratique infirmière »*

Responsabilité de ce rôle et collaboration optimale à l'approche interdisciplinaire

- Observer attentivement
- Avoir une attitude de vigilance accrue
- Être en amont des modifications des fonctions vitales
- Communiquer efficacement
- Conserver le potentiel de réadaptation de la personne
- Préserver la vie

*« Pour nous autres infirmières, soigner est une chose en laquelle, si nous ne progressons pas chaque année, chaque mois, chaque semaine, croyez-m'en, nous reculons. »*

F. Nightingale, 1872



# Merci

Prof. Odette Doyon  
Jenny Gentizon  
Leila Guesmia  
Teresa Gyuriga  
Anne-Laure Thevoz  
Nicolas Jayet



[www.chuv.ch/soins](http://www.chuv.ch/soins)

