

**Redynamiser l'enseignement de l'examen clinique:
rehausser la surveillance clinique infirmière et la
sécurité des soins.
Atelier ERPI**

**30^e Colloque de l'AEESICQ
Chicoutimi, 7 juin 2016**

Odette Doyon, inf., M.Ed., Ph.D., professeure associée

Sophie Longpré, inf., M.Sc.Inf., IPSPL, professeure et directrice du programme d'IPSPL

Université du Québec à Trois-Rivières

Odette.Doyon@uqtr.ca

Objectif

- Renforcer le développement d'un jugement clinique infirmier «curieux, agile et prudent» en vue de contribuer à la sécurité des patients par la reconnaissance des modifications de l'état clinique et une communication professionnelle systématique.
- ***À l'aide d'une situation clinique respiratoire simulant une post-clinique***
 - Ancrer les nouveaux apprentissages sur les alertes cliniques
 - Se référer aux connaissances anatomophysiologiques «*just in time*»
 - Sélectionner les procédures d'évaluation clinique pertinentes
 - Décrire les procédures d'évaluation clinique sélectionnées
 - Intégrer la description des observations et la réflexion clinique
 - Formuler une communication sécuritaire SBAR

- **L'évaluation clinique et la surveillance clinique infirmière ...**

***... dernier filet de sécurité
du patient ...***

Buts de l'évaluation clinique

DIAGNOSTIC MÉDICAL

Plainte du patient:

- Déterminer la nature et la cause de l'affection dont souffre un patient
- Mettre en œuvre un traitement
- Anticiper des réactions selon les caractéristiques du patient
- Suivre l'évolution
- Ajuster le traitement

SURVEILLANCE CLINIQUE INFIRMIÈRE

Tout au long d'un épisode de soins:

- Identifier les alertes cliniques
- Effectuer le suivi de l'amélioration et de la détérioration de l'état
- Anticiper des réactions selon les caractéristiques du patient
- Assurer une communication interprofessionnelle valide, au bon moment et précise

interdépendance
Continuité
Collaboration

SÉCURITÉ DES SOINS TOUT AU LONG D'UN ÉPISODE DE SOINS

• Surveillance clinique

- **Surveillance / Surveiller**: action d'observer attentivement pour contrôler (soumettre à une évaluation); être attentif; être concentré; manifester de la prévenance, des attentions; être vigilant
- **Clinique**: qui est réalisée au chevet de la personne par l'utilisation des sens ... la vue, le toucher, l'ouïe, l'odorat
 - Par extension utilisation de mesures: FC, resp., T°, circonférence d'un membre, poids, taille, etc.

Prévention des évènements indésirables «*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 et al, 2007)
- **Étude OMS-Harvard à l'échelle mondiale sur 42,7 millions d'évènements indésirables** (Jha, 2013)
 - Évènements indésirables: 9%; la moitié étant évitables
 - PRINCIPAUX: effets indésirables des médicaments; infections liées aux sondes urinaires et aux cathéters veineux; pneumonies nosocomiales; thromboembolies veineuses; chutes; plaies de pression

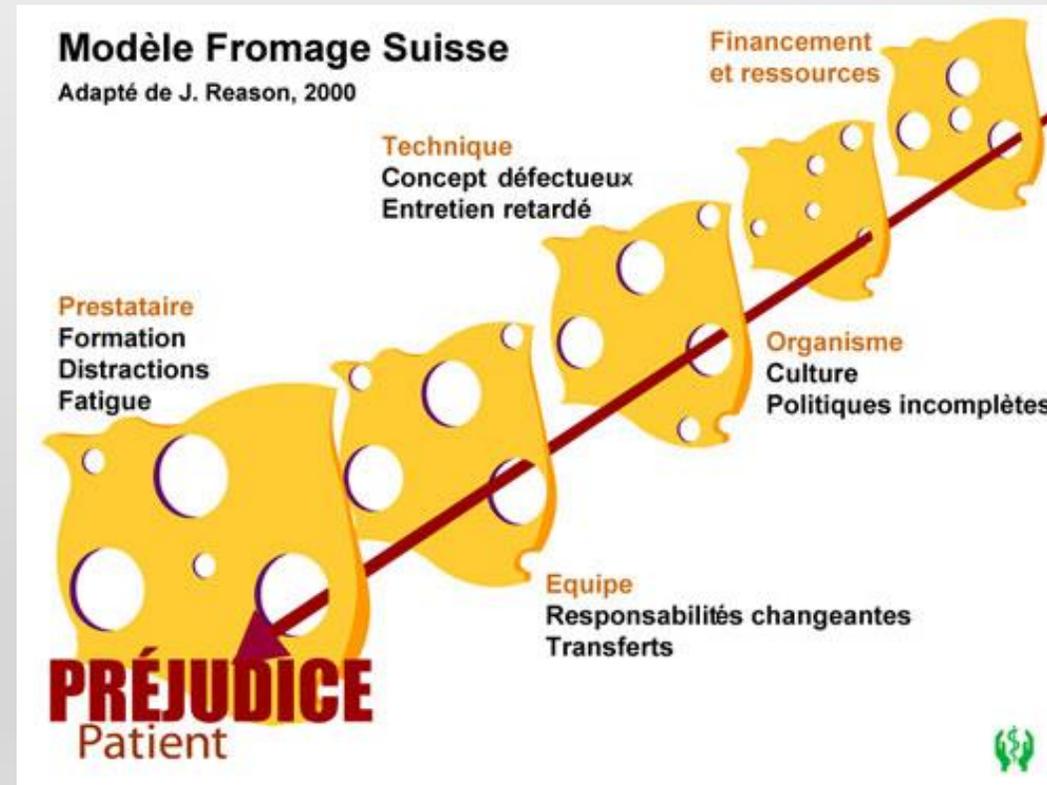
Évènements indésirables «*Failure to rescue*»

- **Réfère principalement à:**

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

(Leonard, Graham et Bonacum, 2004; Schmid et al, 2007)

FACTEUR HUMAIN
Communication & Collaboration
« zone partagée »



SÉCURITÉ DES SOINS TOUT AU LONG D'UN ÉPISODE DE SOINS

RAISONNEMENT CRITIQUE

(Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994)

- Connaissances scientifiques
- Expérience pertinente
- Compétences ou habiletés cognitives
 - Résolution de problèmes
- Attitudes
 - Curiosité, persévérance
- Normes intellectuelles et professionnelles
 - Exactitude, précision, cohérence

JUGEMENT CLINIQUE

• ATTITUDE : Favoriser la pratique réflexive dans l'action

- **Chaque cas est un «cas unique»**
 - *Le cas unique ne peut pas être enseigné puisqu'il est toujours inconnu!*
- **Réflexion en cours d'action**
 - Données objectives et subjectives
 - Appréciation des altérations de fonction et des réactions homéostatiques
 - Prise en compte de l'influence des antécédents et médicaments
 - Prise en compte des constantes biologiques de base
 - Prise en compte du traitement initié
 - Interaction entre ces éléments
- **Prise de décision prudente**
- **Appel au médecin au bon moment**
 - L'évaluation clinique est liée au concept de collaboration professionnelle

« Une idée, une opinion claire que l'infirmière se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées » (Phaneuf, 2008)

Failure to rescue

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

(Schmid et al, 2007)

Selon Schmid et al (2007) les compétences requises sont d'être capable d'effectuer:

- Actions ciblées
- Évaluation clinique
- Ajustement immédiat des interventions selon les réponses du patient

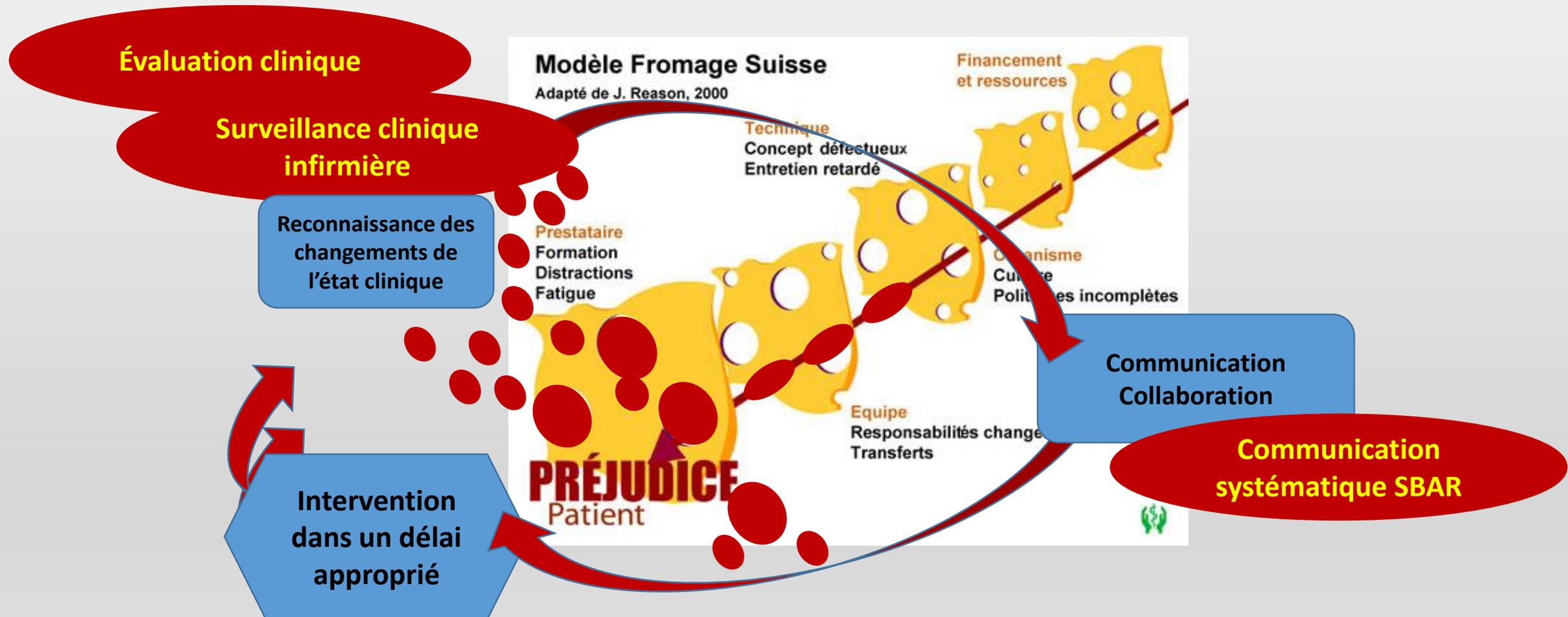
Dans une revue systématique, Odell et al (2009), montrent que le rôle des infirmières pour la détection de la détérioration des patients est centré sur:

- Détection d'une complication avec les signes vitaux
- Observations écrites font partie de la routine, et sont non complétées rigoureusement
- Détection d'une détérioration grâce à l'intuition
- Développement du raisonnement intuitif

(Mabica & Marbacher, 2015)

Surveillance clinique infirmière: dernier filet de sécurité du patient

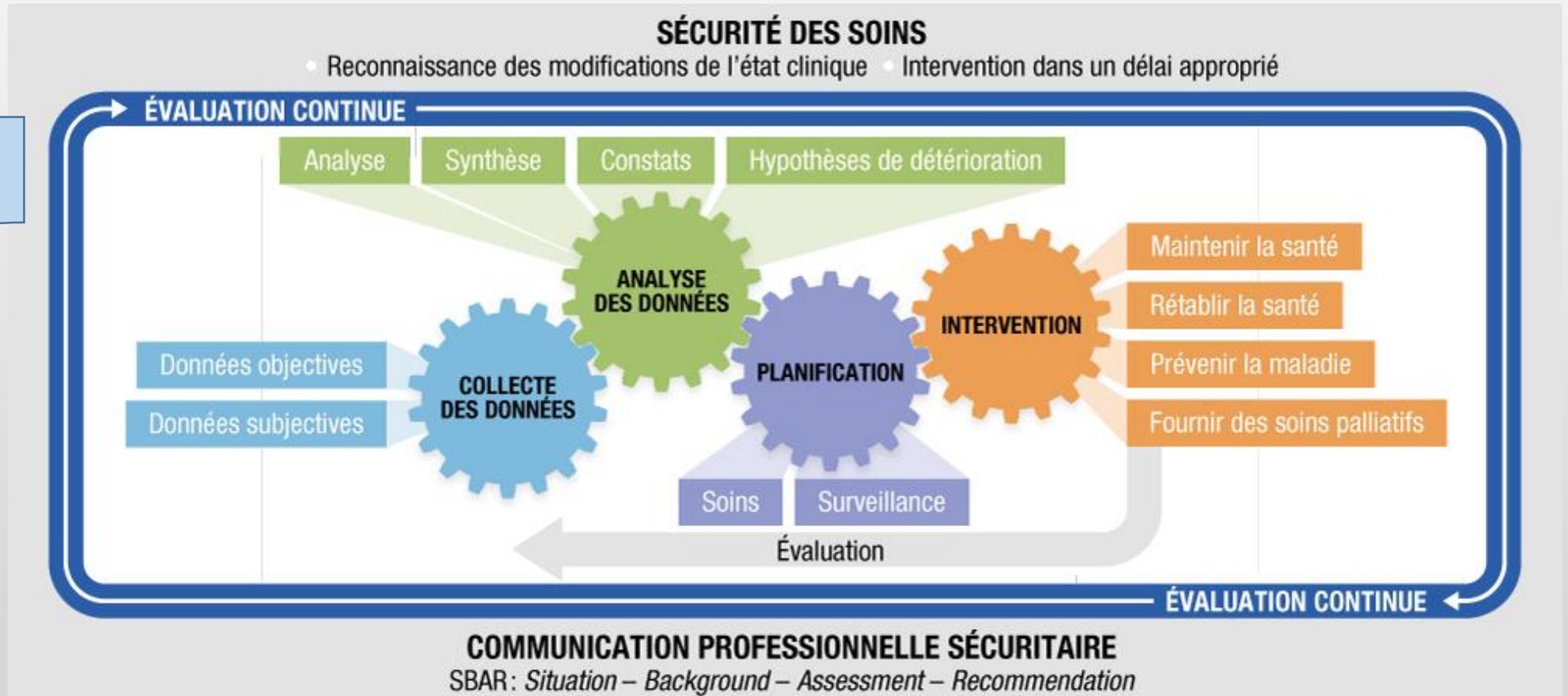
- Renforcer l'utilisation des procédures d'examen physique ... *en plus des signes vitaux*
- Appliquer un raisonnement analytique ... *en plus du raisonnement intuitif*



Démarche de soins infirmiers et sécurité des soins

Évaluation clinique

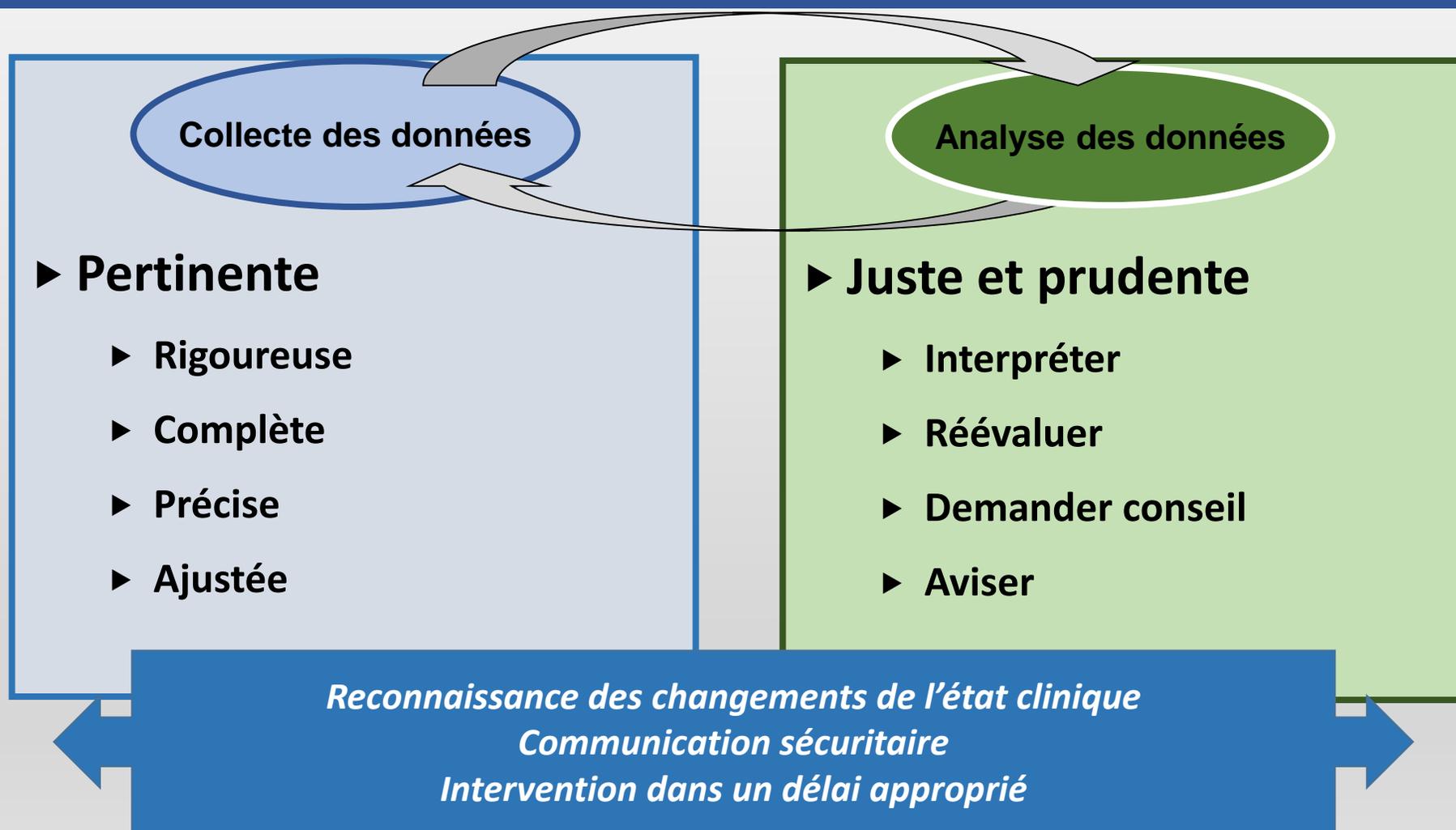
Surveillance clinique



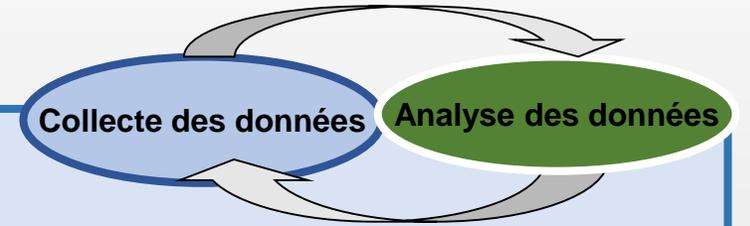
Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 1: Concepts de l'évaluation clinique. ERPI

Critères de qualité

S'éloigner du jugement clinique élémentaire fondé sur le dualisme « bon – mauvais »
(« respire – ne respire pas »; « vivant – mort »)



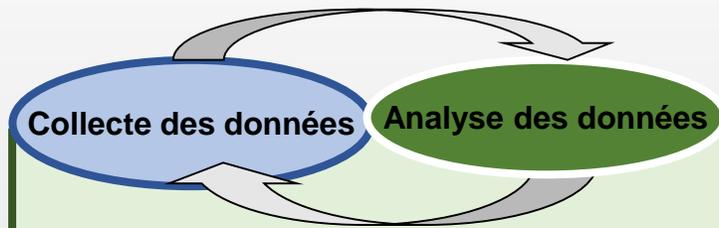
Critères de qualité de la collecte des données



Collecte des données pertinente

- **Rigoureuse: Respect des méthodes/techniques connues d'examen clinique**
 - Ex: Mesure des signes vitaux, Réaction pupillaire, Circulation périphérique
- **Complète: Application des procédures connues ou consensuelles**
 - Ex: Utilisation grilles /scores (échelle de Glasgow); Protocoles de suivi (Post-coronarographie)
- **Précise: Langage approprié**
 - Descriptif vs «normal» ou «OK»
 - Codes usuels
 - Transmission orale et écrite
- **Ajustée: Ajustement selon la situation clinique**
 - Fréquence d'évaluation
 - Ajouts de paramètres

Critères de qualité de l'analyse des données



Analyse des données juste et prudente

- **Interpréter** selon l'hypothèse la plus préjudiciable pour le patient: ➔

constats d'évaluation et hypothèses de détérioration

- **Analyse initiale**

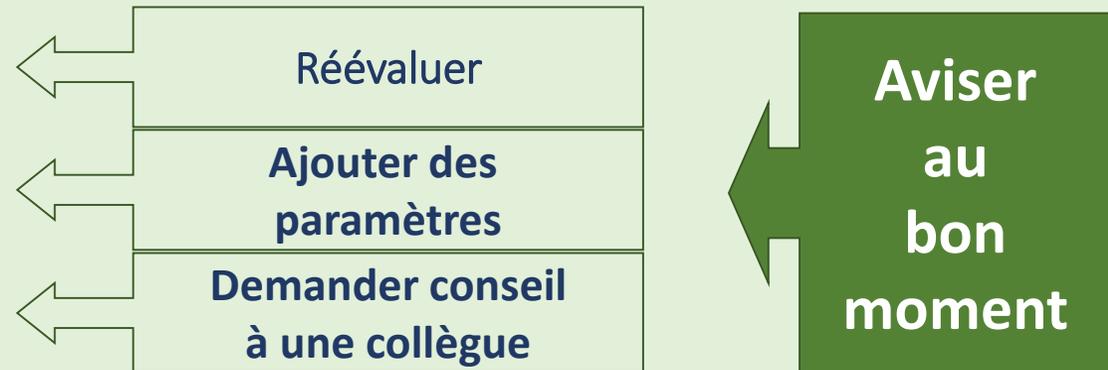
- Alertes cliniques
- Amélioration/dégradation

- **Considérations**

- Diagnostic médical connu VS inconnu
- Antécédents
 - Affections chroniques ou évolutives / âge
 - Médication
 - Résultats labo / tests

- **Prévoyance et anticipation**

- Hypothèses de détérioration « *Aller là où le patient peut évoluer et non uniquement là où il est maintenant...* »
- Complications potentielles (présence de facteurs de risque)



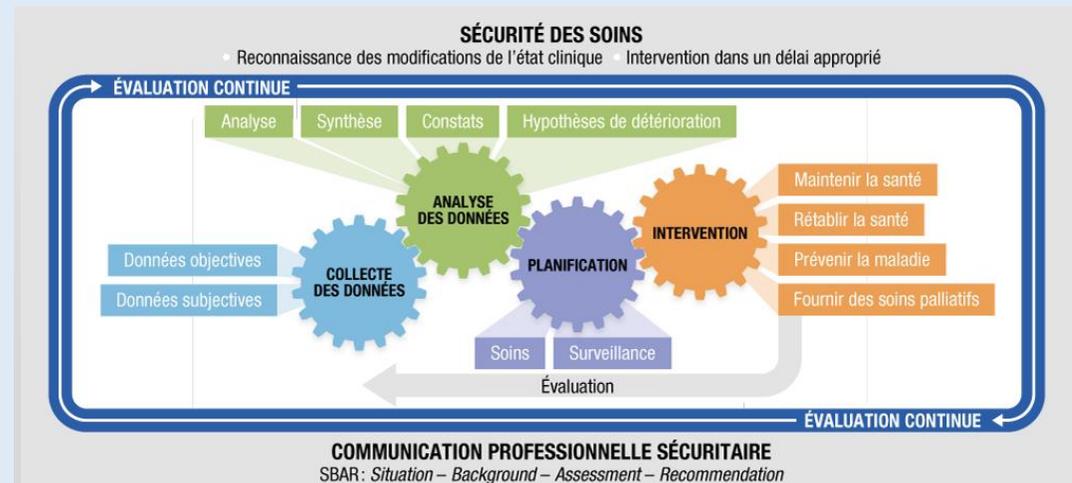
Éléments courants de la surveillance clinique infirmière

Procédures de l'évaluation de la condition physique et mentale

- Questionnaire: vérifier auprès de la personne
- Examen clinique: Inspection, palpation, auscultation, percussion
 - Par extension: Diverses mesures
 - Signes vitaux (FC, PA, Resp., T°), Signes vasculaire, etc.
 - Grilles d'observation: Échelles de douleur, de Glasgow, de Ramsay, SAPS, etc.

Procédés paracliniques au chevet

- Divers monitorages
 - Électrocardiogramme, pression artérielle, respiration, sphygmooxymétrie O2
 - Pressions hémodynamiques: ligne artérielle, Swan-Ganz
 - Pression intracrânienne
- Divers tests
 - Glycométrie



Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*.
Chap. 1 et 2.. ERPI

- **La surveillance clinique infirmière est un problème clinique à résoudre dont les données proviennent de l'évaluation clinique**

*... analyser une surveillance clinique «bottom-up»
et apprendre ...*

Situation clinique: Adolescent de 13 ans

Jour 0: Arrivée à l'urgence

Motif de consultation

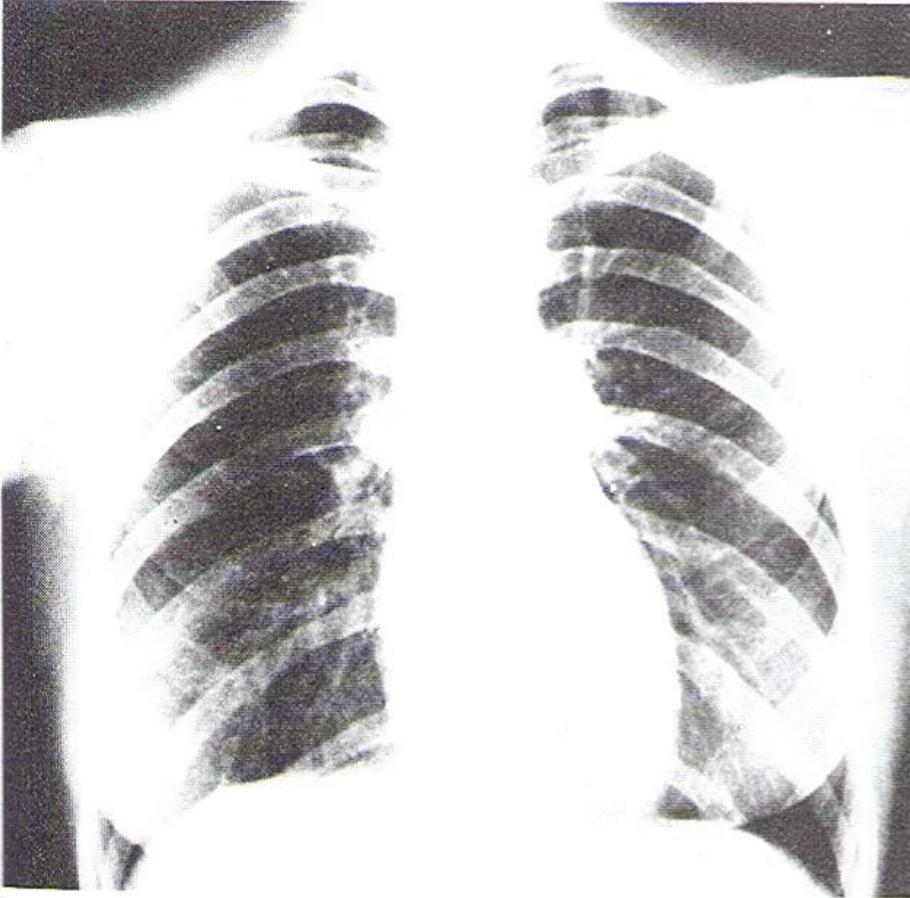
- Toux sèche X2sem, douleur thoracique X1sem ↑ inspiration profonde (tylénol, sirop depuis 1 sem)
- Mange peu mais s'hydrate, fièvre selon la mère, quelques vomissements lors des quintes de toux, perte 3kg en 2 semaines

Examen physique

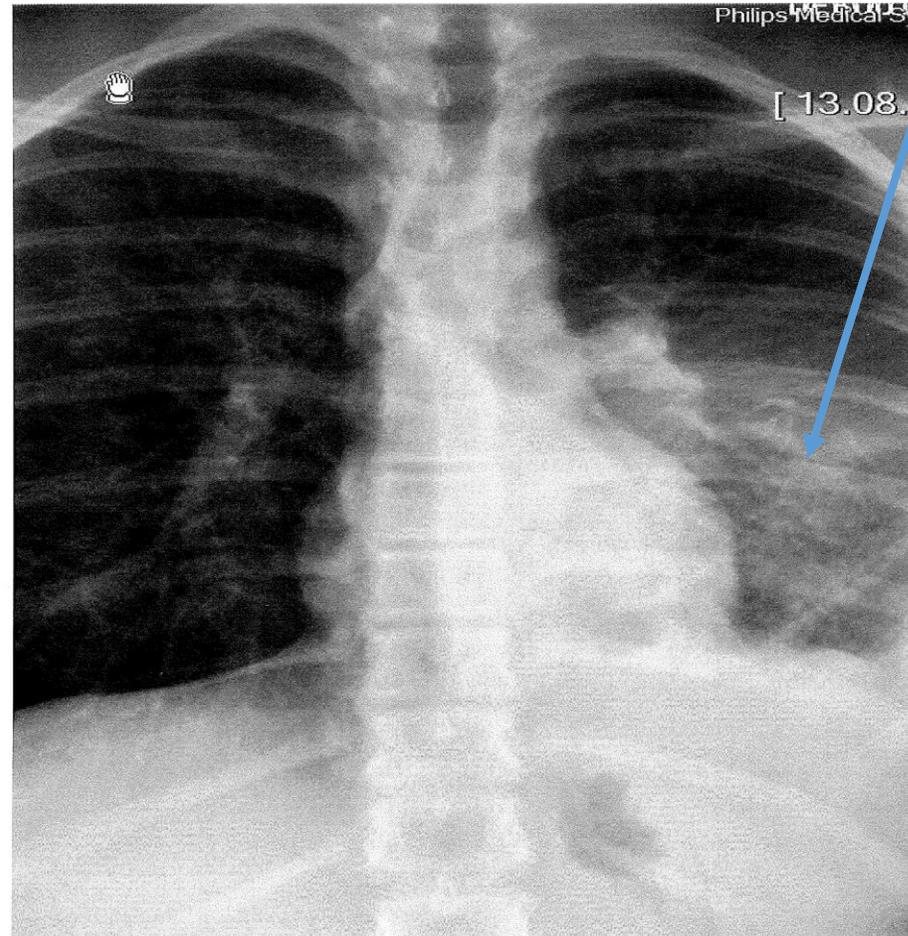
- SV: FC 114, PA: 102/60, FR: 20, SpO2: 91% (sans O2) et 96 % (avec O2), T: 38,3
- État général: peau pâle, yeux enfoncés, pas de pli
- CV: B1-B2 bien frappés, pas de souffle, TRC <2sec, extrémités chaudes
- Resp: douleur thoracique G ↑ inspiration profonde, amplitude symétrique, hypoventilation LIG, pas de bruits surajoutés, matité à la percussion LIG
- ORL, digestif, neuro: rien à signaler

Hospitalisation jour 0: pneumonie LIG avec épanchement pleural

R-X thoracique normal



R-X jour 0: consolidation et opacité LIG



La surveillance clinique est un problème clinique «unique» à résoudre ...



Situation clinique: Adolescent de 13 ans

Analyse: Quels signes indiquent l'altération de fonction et les réactions homéostatiques ?

Signes de l'altération de fonction

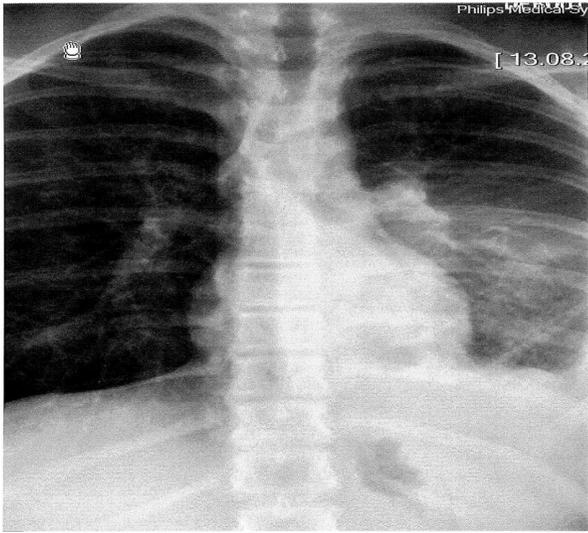
- Système respiratoire:
 - Toux
 - Douleur thoracique ↑ inspiration profonde
 - Hypoventilation LIG
 - Matité LIG
 - SpO₂: 91% (sans O₂) et 96 % (avec O₂)
- État nutritionnel:
 - perte 3kg en 2 semaines
- État général:
 - Fièvre: T: 38,3

Signes des réactions compensatoires homéostatiques

- FC 114
- FR: 20

Situation clinique: Adolescent de 13 ans

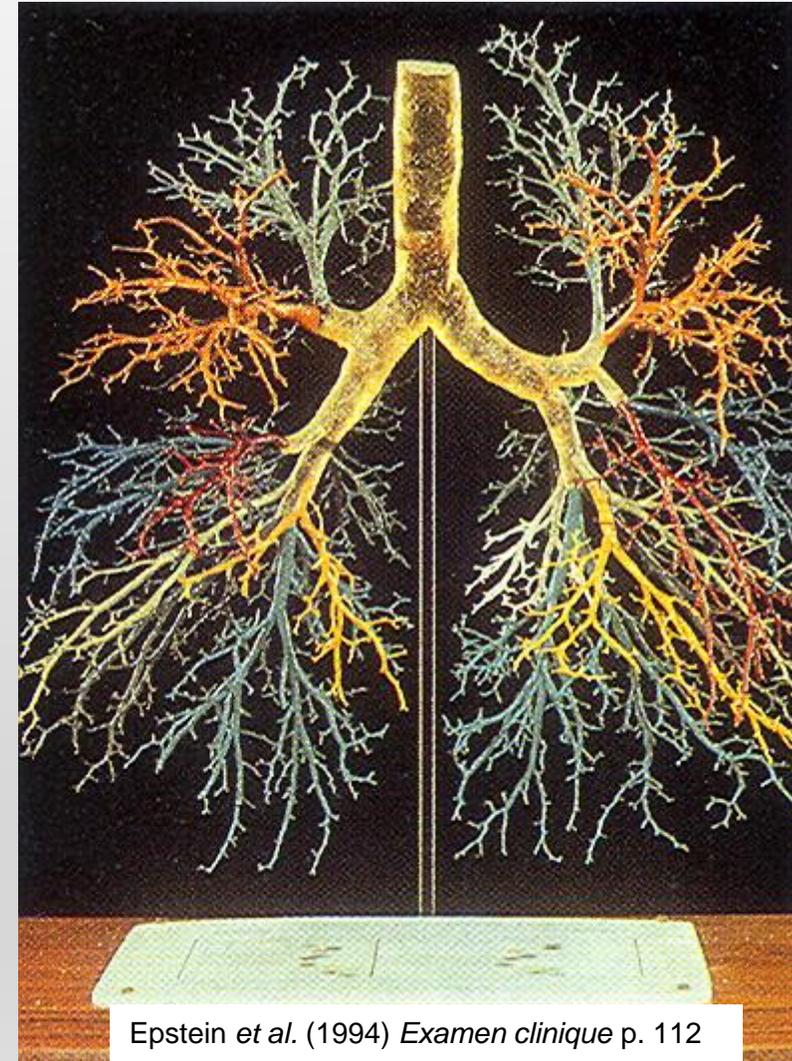
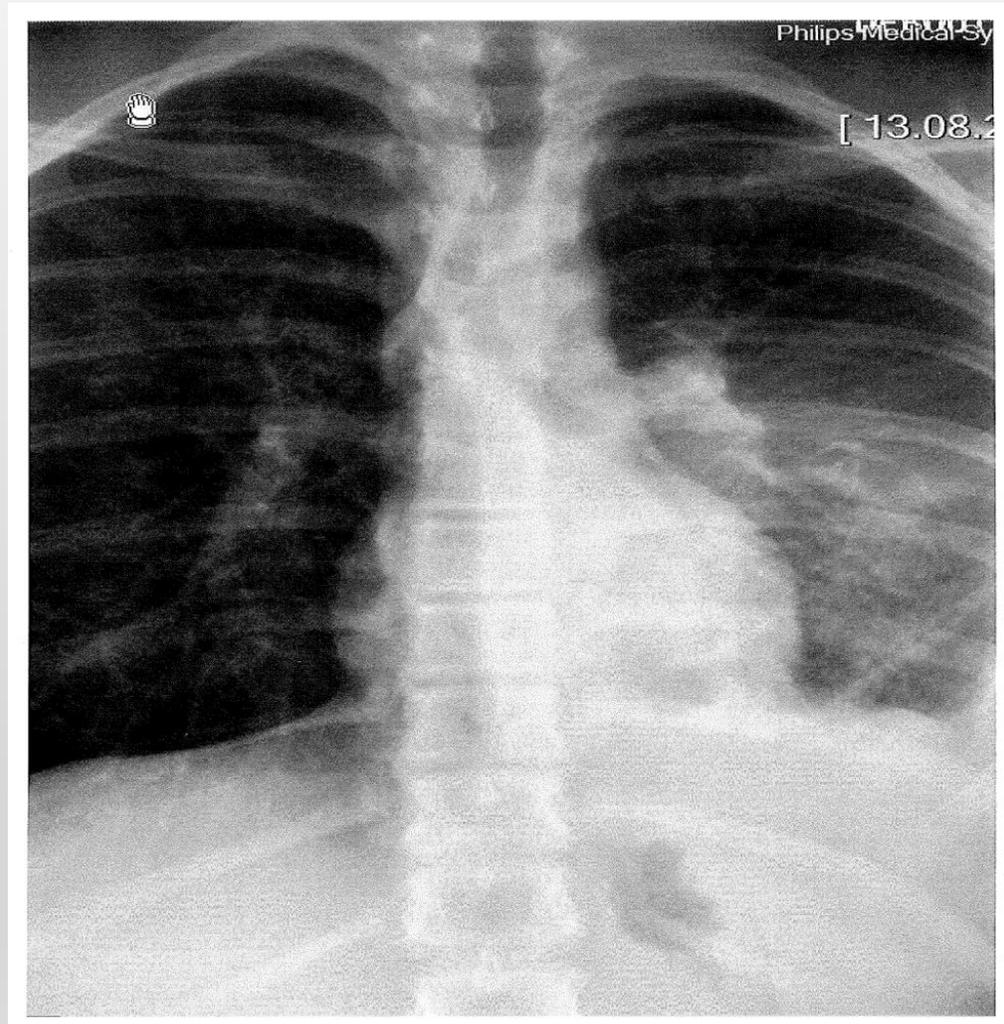
Analyse: Quelles sont les conséquences cliniques des changements pathophysiologiques ?



- Pneumonie LIG.
- Épanchement pleural G

- Douleur
- Processus infectieux
- Conséquences sur la respiration externe
 - De la présence d'infection et de débris cellulaires dans les alvéoles au LIG
 - De la présence d'un épanchement dans la plèvre au LIG
- Conséquences sur la respiration interne
 - De la présence d'infection et de débris cellulaires dans les alvéoles au LIG
 - De la présence d'un épanchement dans la plèvre au LIG
- Compensation homéostatique
 - Analyse des signes vitaux

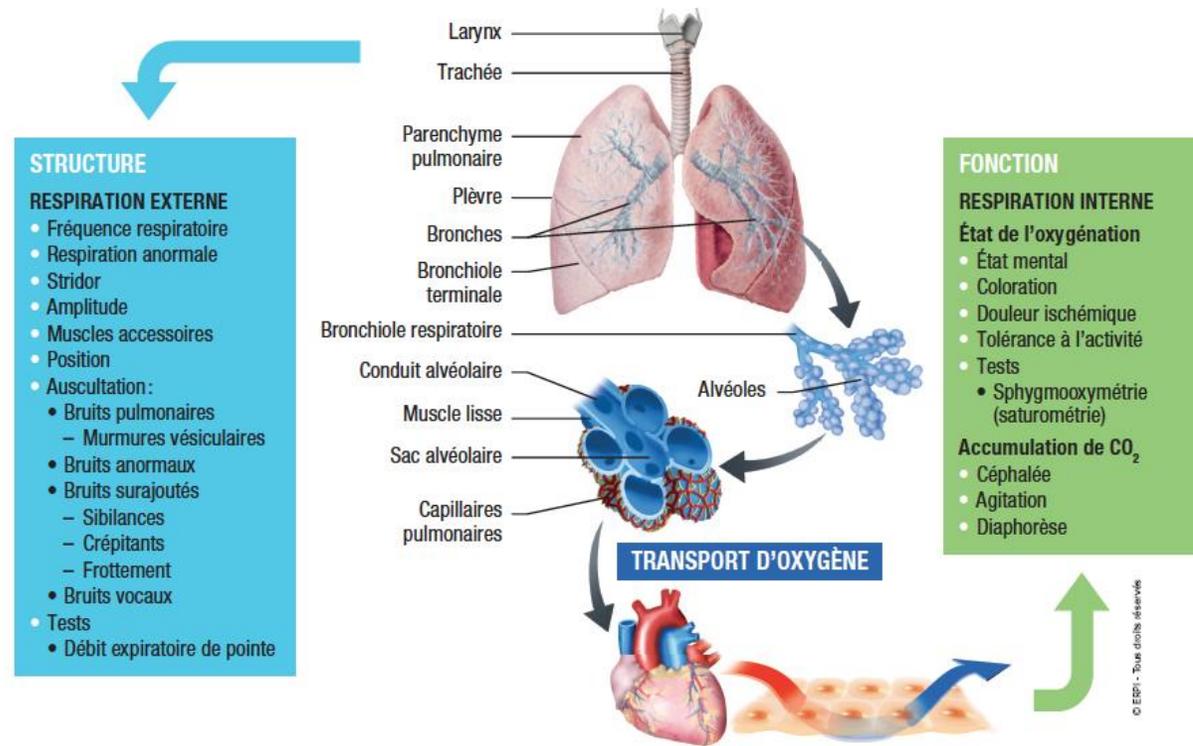
Conséquences de la présence d'infection et de débris cellulaires dans les alvéoles et de l'épanchement pleural sur la respiration externe et interne



Epstein et al. (1994) *Examen clinique* p. 112

Respiration externe et interne

Figure 7.1 Structure et fonction du système respiratoire



Respiration externe

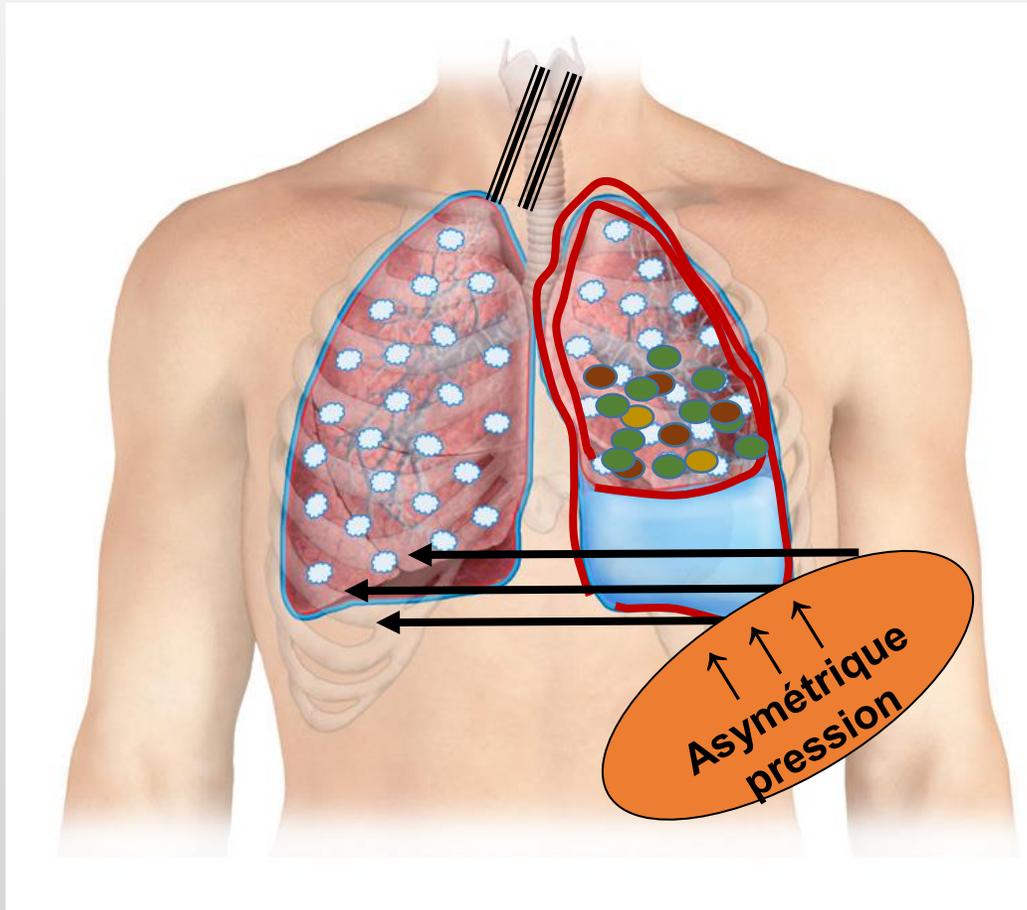
- phénomènes respiratoires se produisant entre le milieu ambiant et les alvéoles et les capillaires

Respiration interne

- phénomènes relatifs aux échanges gazeux se produisant dans les cellules, entre les globules rouges et les cellules des tissus de l'organisme

Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 7: Système respiratoire. ERPI.

Conséquences sur la respiration externe

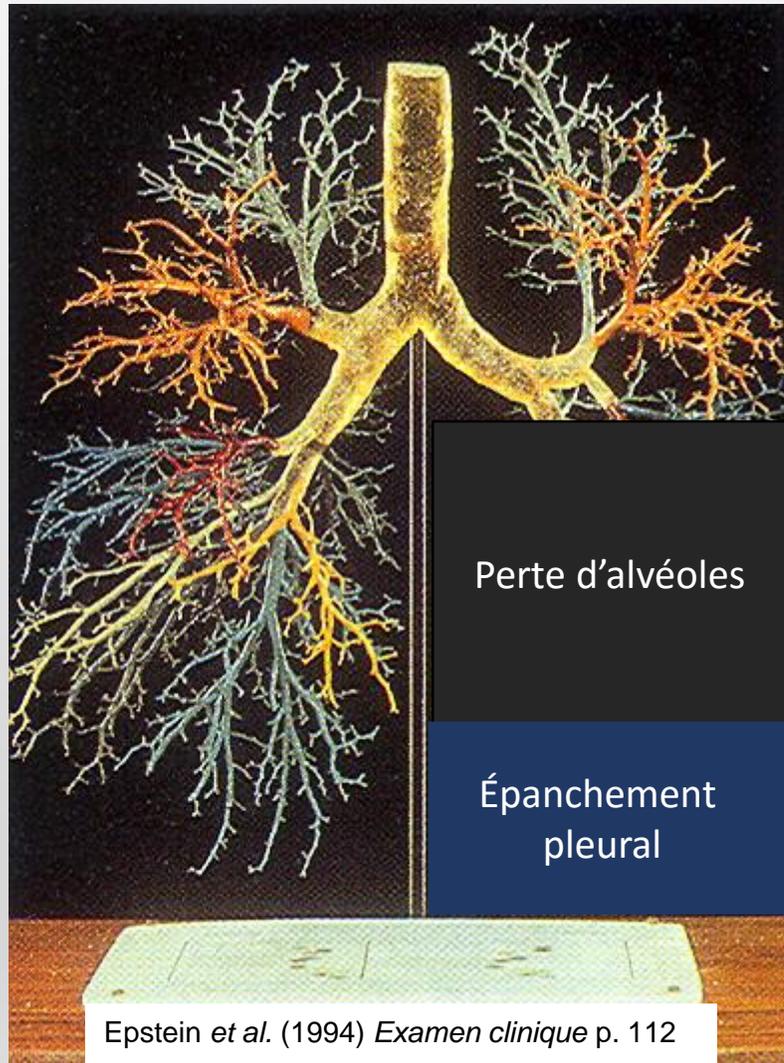


Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*.
Chap. 7: Système respiratoire. ERPI.

- Diminution de l'amplitude respiratoire à gauche
- Utilisation des muscles accessoires
- Position
- Battement des ailes du nez
- Déplacement du médiastin vers la droite
- Déviation de la trachée vers la droite
- Diminution de la ventilation alvéolaire
- Bruits surajoutés

Pression
poumon malade G
> pression
poumon sain D

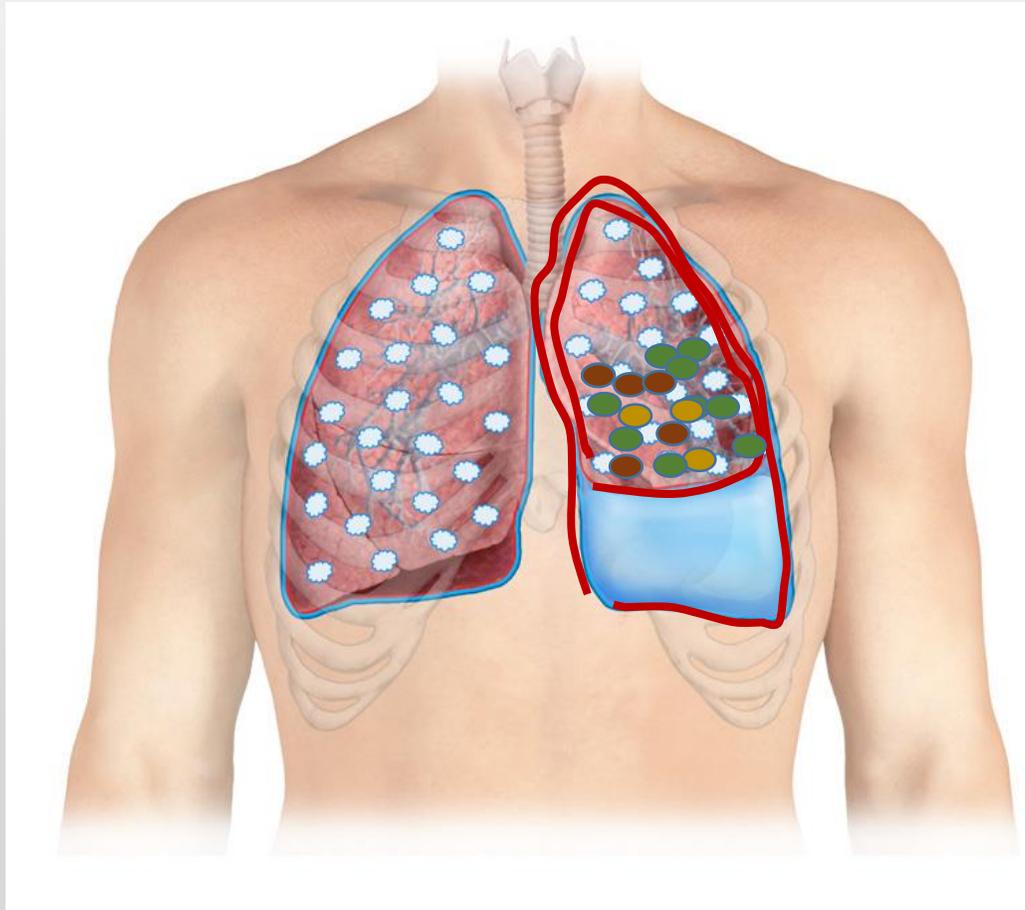
Conséquences sur la respiration interne



- Diminution de l'état d'oxygénation
 - État mental
 - Coloration
 - Saturométrie O₂

- Accumulation du CO₂
 - Céphalée
 - Agitation
 - Diaphorèse
 - pCO₂

Réactions compensatoires homéostatiques



Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*.
Chap. 7: Système respiratoire. ERPI.

↓ Capacité ventilatoire + infection + fièvre

1. Y a-t-il des réactions homéostatiques «Fight or flight» ?

- OUI
 - ↑ FR (114)
 - ↑ FC (20)

2. Sont-elles efficaces ?

- OUI (limite inférieure acceptable)
 - PA: 102/60
 - SpO₂: 91% (sans O₂) et 96 % (avec O₂)

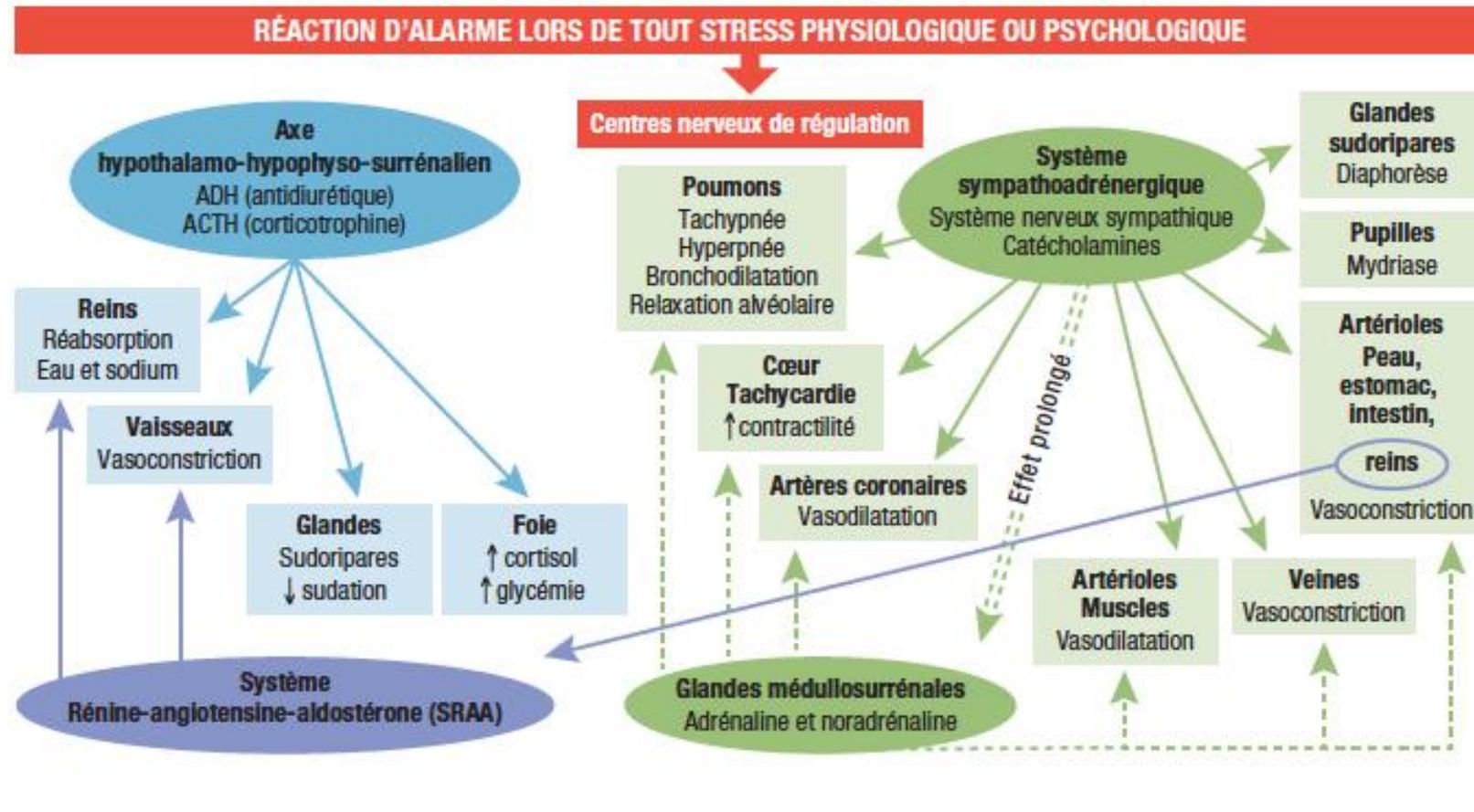
Ces réactions peuvent-elles tenir longtemps?

- Âge : 13 ans
- État de santé général: perte de poids mais non déshydraté
- Comorbidités et médicaments: bonne santé, ∅ Rx
- Constantes biologiques de base: Hb, glycémie, Na, K, enzymes, créatinine: selon normes

↑ Risques de détérioration?

Réactions compensatoires homéostatiques

Figure 3.8 Mécanismes de régulation homéostatique de la réaction d'alarme



Houle, J. et Doyon, O. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*.
Chap. 3: Signes vitaux et compensation homéostatique. ERPI.

Appréciation de la compensation homéostatique

Se poser les questions suivantes ...

- 1. Des réactions compensatoires sont-elles observées?

- Oui ... Lesquelles?**

- 2. Ces réactions compensatoires sont-elles efficaces?

- Oui: la PA et l'oxygénation sont adéquates**

- 3. Peuvent-elles tenir ainsi longtemps?

- Évaluation du « patrimoine » de la personne: influence de l'âge? des antécédents? de la présence de maladie chronique? de certains médicaments ayant un effet cardiovasculaire ou volumique?
 - Y a-t-il des signes imminents d'une inefficacité ou d'une aggravation de la condition?
 - Arythmies, tirage, cyanose ou pâleur, agitation, confusion.

- Non: hypotension et/ou diminution de la saturométrie**

- Etat de choc présent ou imminent
 - Détresse respiratoire présente ou imminente
 - ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE**

HYPOTHÈSES DE DÉTÉRIORATION

TABLEAU 3.12 COMPENSATION HOMÉOSTATIQUE ET ALERTES CLINIQUES

| Acronyme et signification | COMPENSATION HOMÉOSTATIQUE Signes cliniques | Inefficacité de la compensation homéostatique |
|-------------------------------------|---|--|
| L' L'État de conscience | <ul style="list-style-type: none"> Alerte Hypervigilance Mydriase Agitation | <ul style="list-style-type: none"> Altération de l'état d'éveil: confusion, léthargie, stupeur Désorientation: espace, temps, personne |
| A « Airway » Voies respiratoires | <ul style="list-style-type: none"> Respiration silencieuse (bronchodilatation) Utilisation des muscles accessoires. | <ul style="list-style-type: none"> Bronchospasme Bruits respiratoires audibles Tirage |
| B « Breathing » Respiration | <ul style="list-style-type: none"> Saturation en O₂ > 90 % Tachypnée Hyperpnée | <ul style="list-style-type: none"> Saturation en O₂ < 90 % Respiration superficielle Dyspnée Bradypnée Respiration de type Cheyne-Stokes Cyanose: centrale ou périphérique |
| C Circulation centrale | <ul style="list-style-type: none"> PAS > 90 mm Hg et PAM > 65 mm Hg Tachycardie Palpitations | <ul style="list-style-type: none"> PAS < 90 mm Hg ou PAM < 65 mm Hg Douleur thoracique ou signes de souffrance myocardique Arythmies: extrasystoles |
| | Circulation périphérique | <ul style="list-style-type: none"> PAS > 90 mm Hg et PAM > 65 mm Hg Pouls bondissant (3+) Temps de remplissage capillaire > 3 secondes Peau chaude et moite |
| D Diurèse | <ul style="list-style-type: none"> Diminution de la diurèse Concentration des urines | <ul style="list-style-type: none"> Oligurie < 30 mL/h durant 2 heures consécutives Anurie |

Houle, J. et Doyon, O. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 3: Signes vitaux et compensation homéostatique. ERPI.

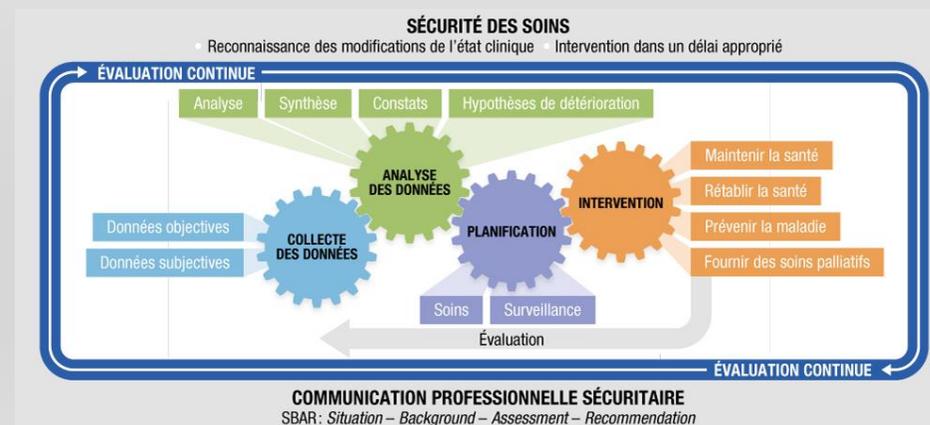
ANALYSE DES DONNÉES: La surveillance clinique est un problème clinique «unique» à résoudre ...

Constats

- Processus infectieux
- Douleur et sensation de dyspnée
- Altérations de la respiration externe
- Respiration interne: Efficacité des mécanismes de la compensation homéostatique soutenus par l'administration d'O₂
- Transport d'O₂: Efficacité des mécanismes de la compensation homéostatique: PA

Hypothèses de détérioration

- Aggravation du processus infectieux
- Aggravation des altérations de la respiration externe
- Altérations de la respiration interne
- Détresse respiratoire
- Inefficacité des mécanismes de la compensation homéostatique
- Augmentation de la douleur et de la sensation de dyspnée



Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 1: Concepts de l'évaluation clinique. ERPI

PLANIFICATION: La surveillance clinique est un problème clinique «unique» à résoudre ...



Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 1: Concepts de l'évaluation clinique. ERPI

Soins

- Antibiotiques
- O2
- Soulagement de la douleur
- Positionnement
 - ↑expansion pulmonaire
 - Équilibre ratio ventilation/perfusion
- Physio respiratoire
- Hydratation

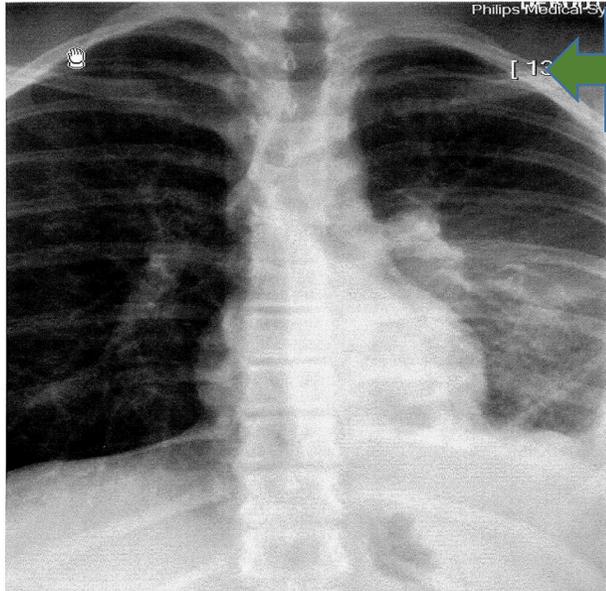
Surveillance

- Système respiratoire
 - Respiration externe
 - Respiration interne
- Système cardiovasculaire (transport d'O2)
 - Circulation centrale
 - Circulation périphérique
- Efficacité de la compensation homéostatique
- Douleur
- Réponse aux antibiotiques et processus infectieux
- Équilibre hydrique

La fin et les moyens ...

Paramètres cliniques →

La surveillance clinique est un problème clinique «unique» à résoudre ...



Constats...

...Détérioration

13 ans
Bon état de santé
Volémie conservée

... les moyens ...

Inspection

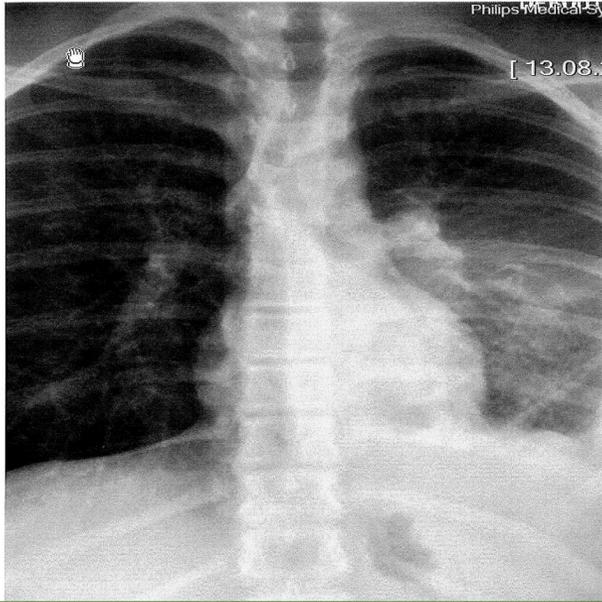
Auscultation

Palpation

Percussion

Tests et mesure

Évaluation de l'efficacité de la compensation homéostatique



Constats...

...Détérioration

Évaluation clinique: paramètres à surveiller (... les moyens)

Paramètres cliniques initiaux

SV
B1-B2
TRC
Extrémités
Amplitude thoracique
Auscultation
Percussion

HYPOTHÈSES DE DÉTÉRIORATION

- Aggravation du processus infectieux
- Aggravation des altérations de la respiration externe
- Altérations de la respiration interne
- Détresse respiratoire
- Inefficacité des mécanismes de la compensation homéostatique
- Augmentation de la douleur et de la sensation de dyspnée

Questionnaire

Patient et sa mère

ÉTAT MENTAL

- Vigilance

DOULEUR et SENSATION DE DYSPNÉE

- Évaluation (échelle)

QUALITÉ DU SOMMEIL ET DE L'APPÉTIT

ÉTAT DE BIEN-ÊTRE

INQUIÉTUDES ET PRÉOCCUPATIONS

BESOINS

Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. ERPI

Inspection

ÉTAT MENTAL

- Vigilance

VISAGE

- Coloration
- Ailes du nez
- Lèvres

COU

- Tirage
- Trachée
- Jugulaires

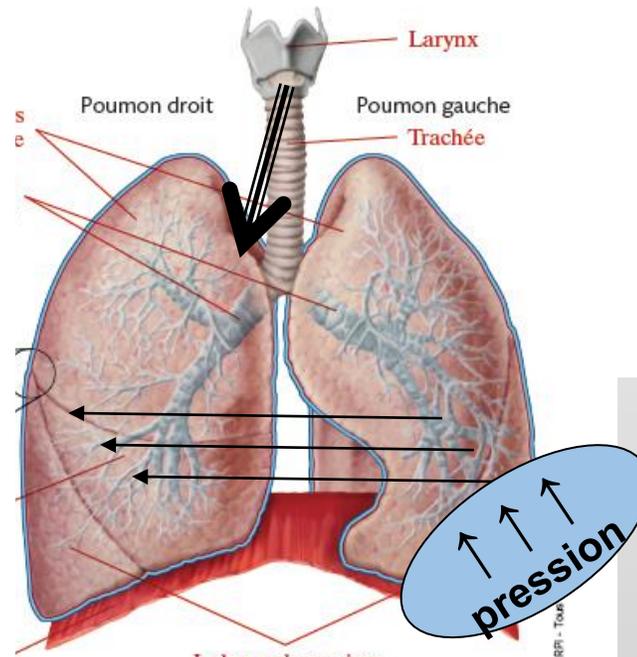
EXTRÉMITÉS

- Coloration

Déviatation de la trachée

NORMALE:

Pression égale dans les 2 poumons = trachée médiane

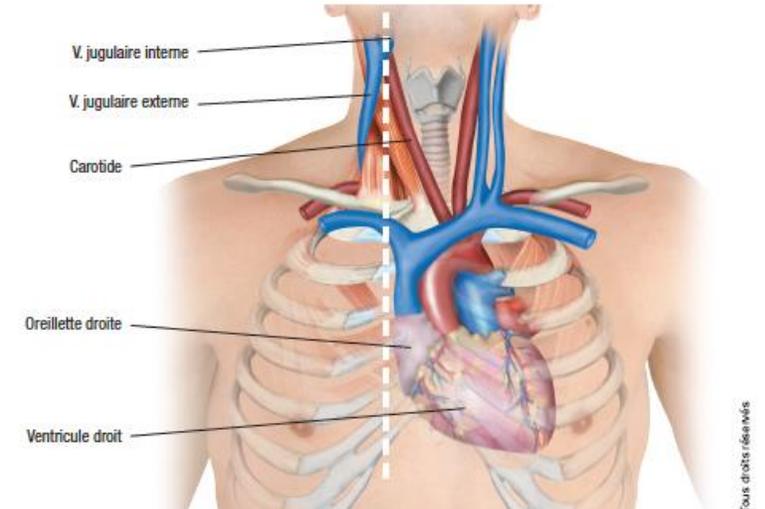


↑ asymétrique pression pulmonaire

Pneumothorax
Épanchement pleural

Distension des jugulaires

Figure 8.3 Position anatomique de la veine jugulaire interne droite



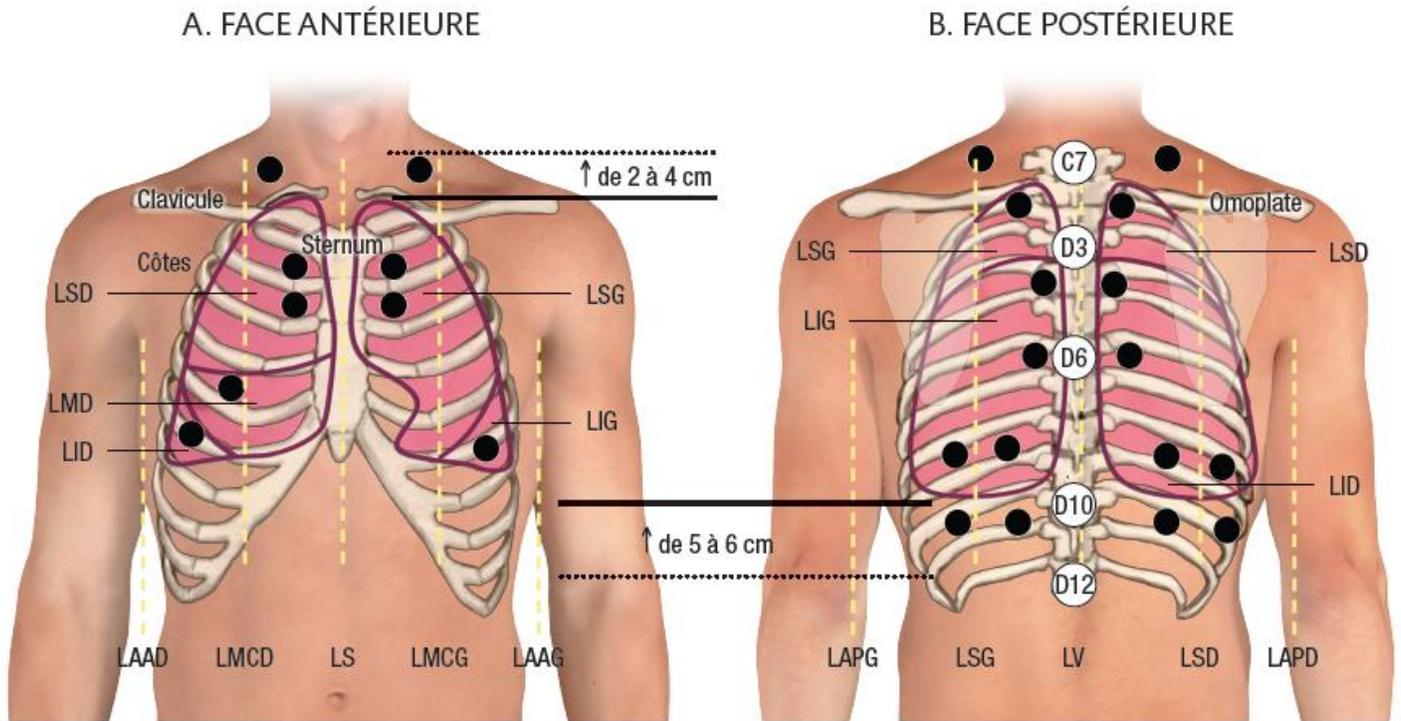
Toute augmentation de la pression intrathoracique

Pneumothorax
Épanchement pleural
Défaillance cardiaque
Tamponnade
Épanchement péricardique

Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 7: Système respiratoire. Chap. 8: Systèmes cardiovasculaire et lymphatique

Auscultation pulmonaire

Figure 7.15 Lobes pulmonaires, repères anatomiques et sites auscultatoires



Les lignes de repères anatomiques sont la ligne sternale (LS), les lignes médioclaviculaires gauche (LMCG) et droite (LMCD) ainsi que les lignes axillaires antérieures gauche (LAAG) et droite (LAAD)

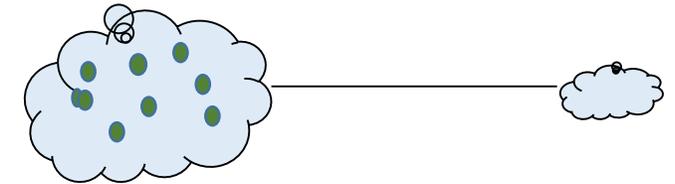
Les lignes de repères anatomiques sont la ligne vertébrale (LV), les lignes scapulaires gauche (LSG) et droite (LSD) ainsi que les lignes axillaires postérieures gauche (LAPG) et droite (LAPD).

PNEUMONIE

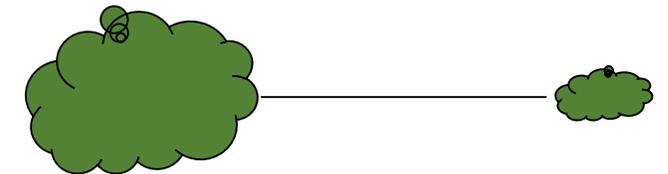
Inspiration

Expiration

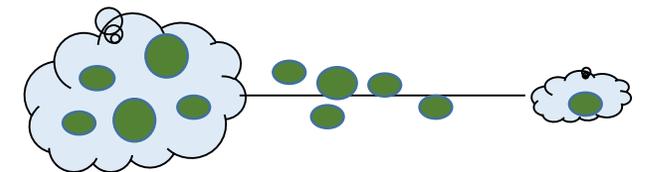
Crépitants non mobilisés par la toux



Hypoventilation, zone silencieuse, bruits respiratoires trachéo-bronchiques



Crépitants mobilisés par la toux



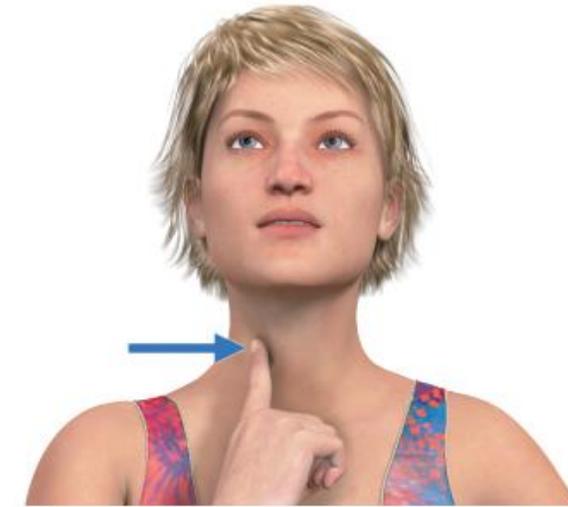
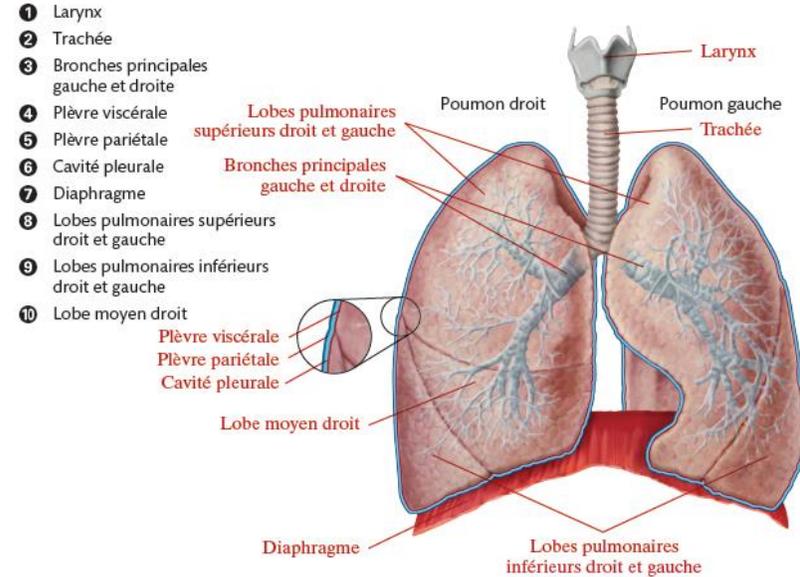
Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 7: Système respiratoire. ERPI.

Palpation de la trachée

Situation de la trachée

- Sur la ligne médiane
 - Index sur la trachée dans le creux de la fourchette sternale et le glisser de chaque côté
- **N: espace symétrique des 2 côtés**
 - Pression égale dans les 2 poumons = trachée médiane
- **Anomalies: déviation**
 - Avec dyspnée: urgence
 - Déviation du côté sain ou malade
 - Idem inspection

4. Sur le schéma, indiquez les structures pulmonaires suivantes :



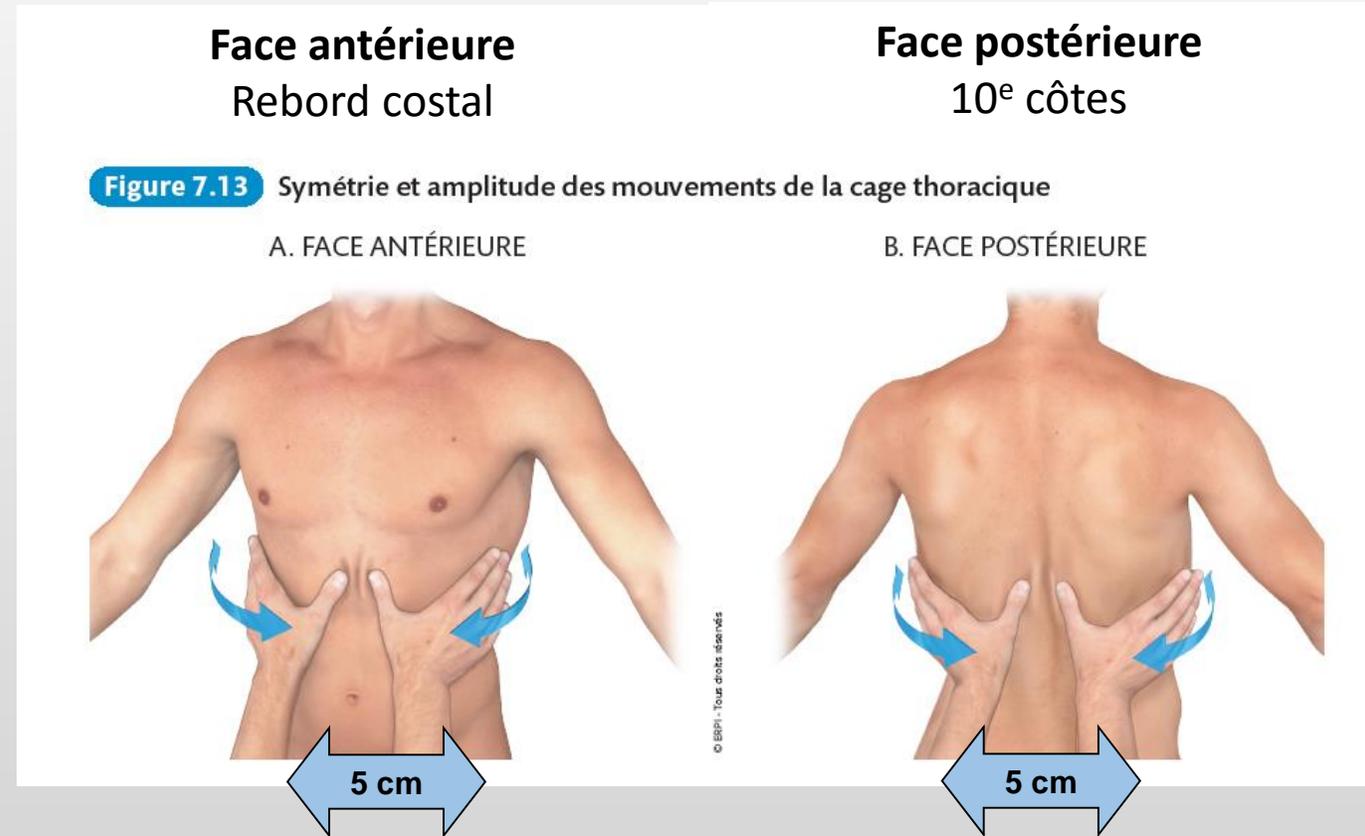
Palpation du thorax

Amplitude thoracique

- Symétrie mouvements thoraciques
 - Déplacement symétrique des pouces
 - Adulte: environ 5 cm

Diminution ou asymétrie

- Atélectasie
- Pneumonie
- Épanchement pleural
- Douleur post-opératoire
- AVC

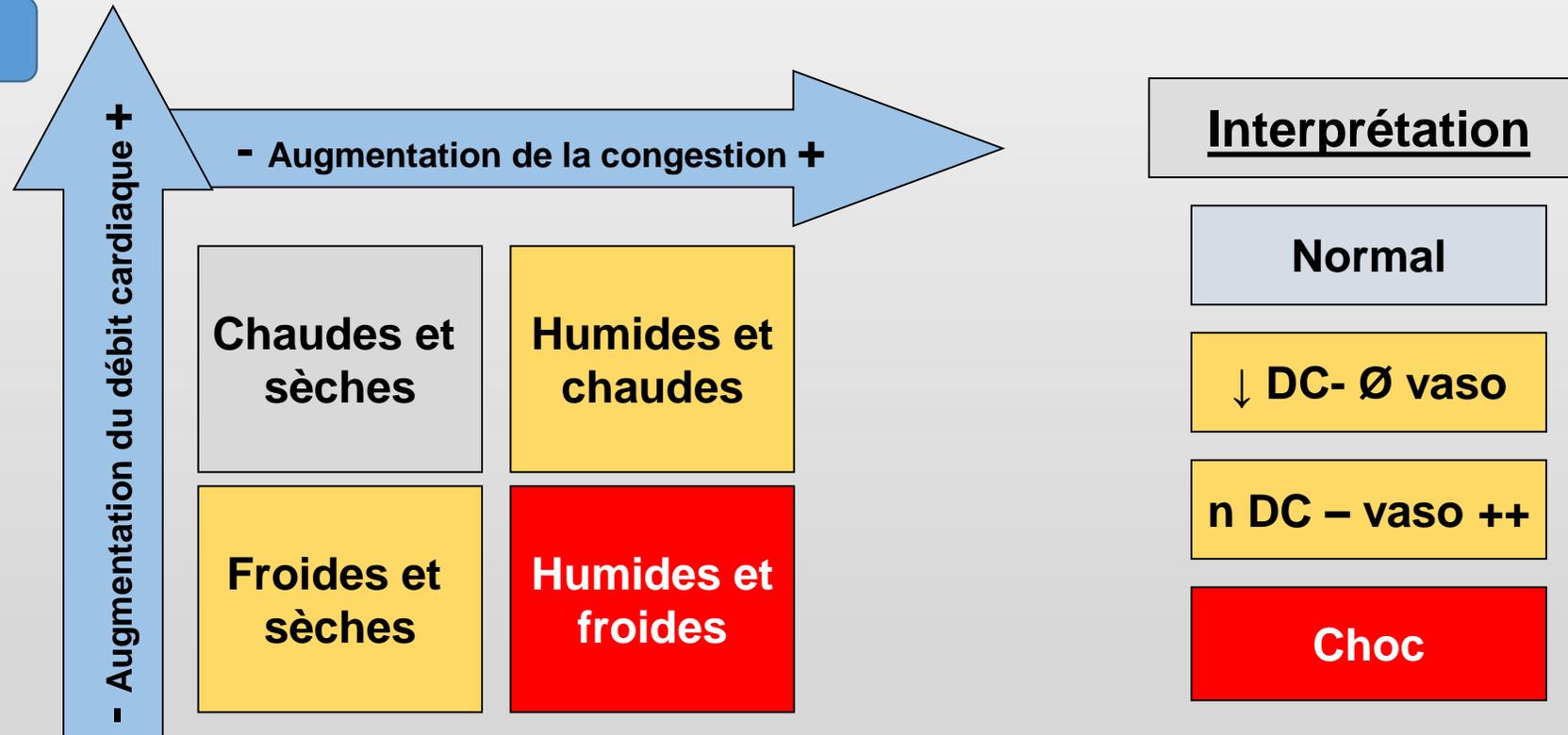


Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 7: Système respiratoire. ERPI.

Palpation des extrémités: Évaluation de la température et de la moiteur

- Pour apprécier l'état du débit cardiaque et de la circulation périphérique (vasoconstriction) suite aux phénomènes homéostatiques adrénérgiques

Figure 8.7

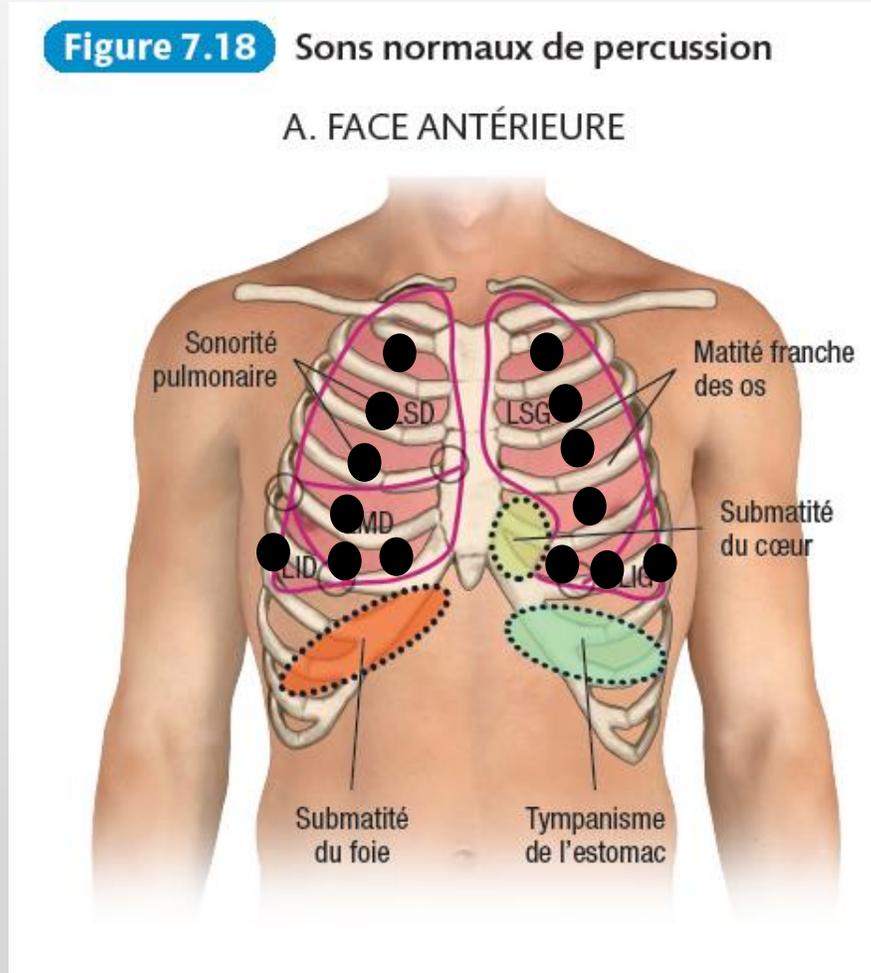


Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 8: Systèmes cardiovasculaire et lymphatique. ERPI.

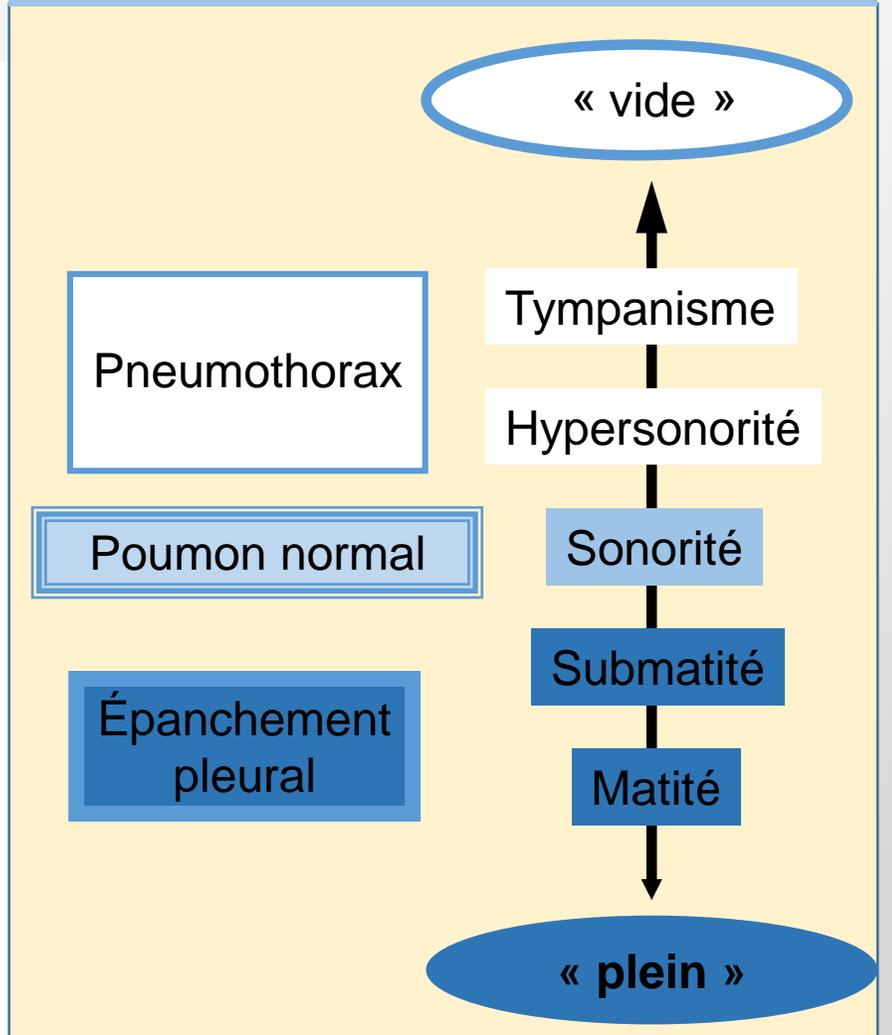
Percussion du thorax

Sites percussion

- Faces antérieure et latérale
 - Espaces intercostaux
- Symétriques
 - Droit = Gauche sauf
 - Submatité cardiaque
 - Submatité du foie
 - Tympanisme de l'estomac



Variation du son selon la densité des tissus sous-jacents



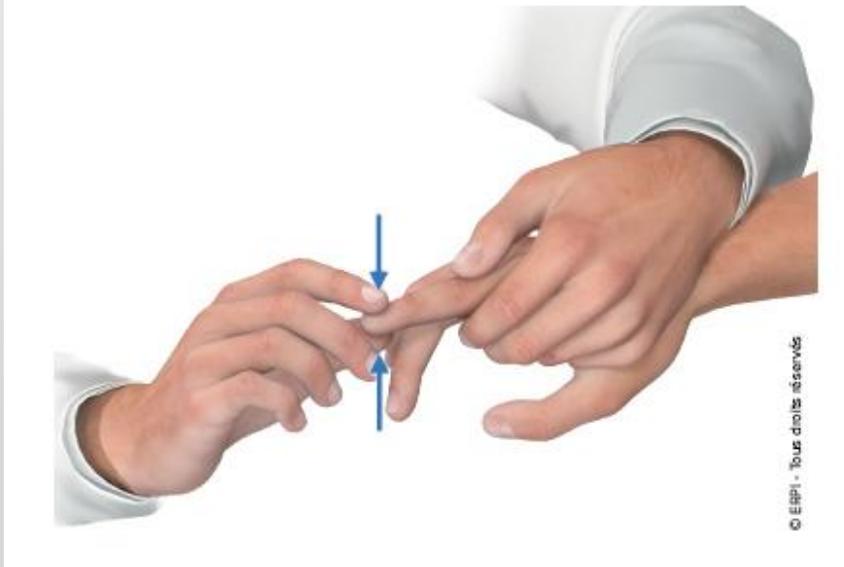
Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*.
Chap. 7: Système respiratoire. ERPI.

Tests et mesures: Test de remplissage capillaire (TRC)

Reflet de la perfusion périphérique :

état de vasoconstriction et du débit cardiaque

Figure 7.12 Mesure du temps de remplissage capillaire

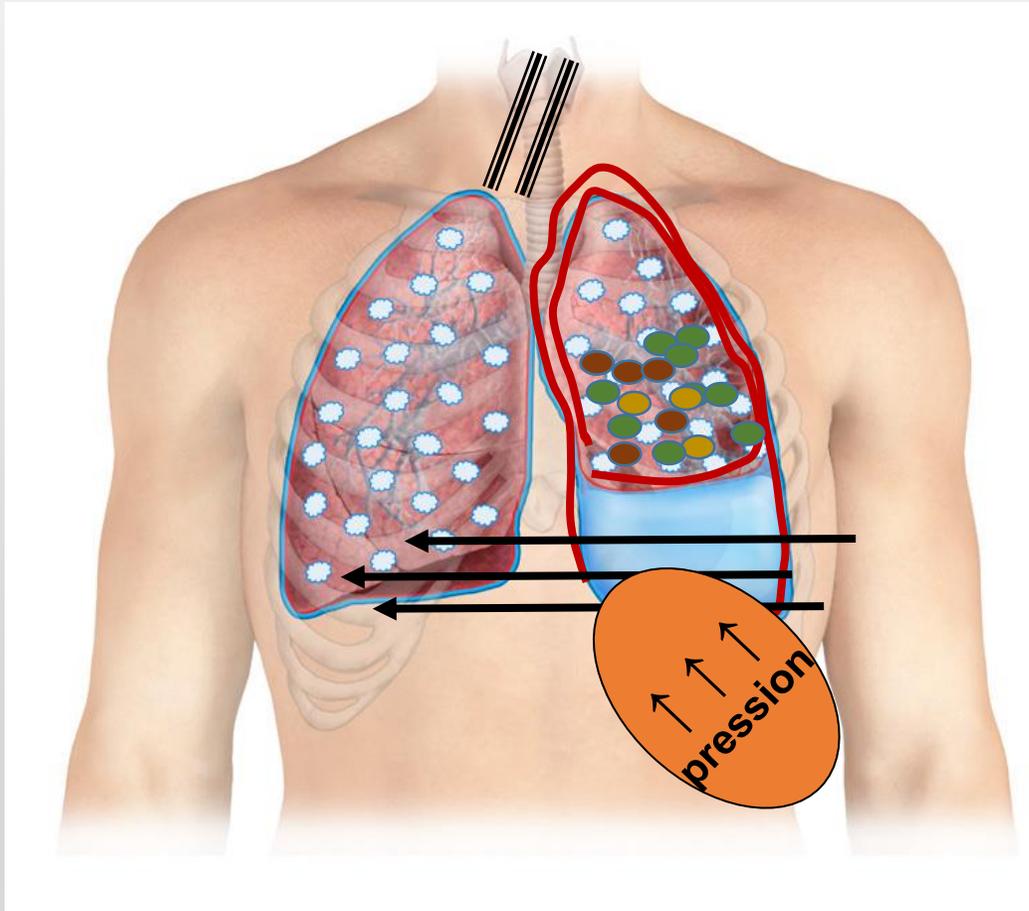


Doyon, O. et Longpré, S. (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 7: Système respiratoire. ERPI.

- Procédure:
 - Comprimer le lit des ongles au moins 5 secondes
 - N: Retour de la coloration rosée en 2 secondes ou moins

- Interprétation:
 - Allongement > 2 sec
 - Vasoconstriction périphérique
 - ↓ Débit cardiaque
 - Déshydratation
 - Hypothermie
 - Occlusion artérielle

Évaluation de l'efficacité de la compensation homéostatique



Doyon, O. et Longpré, S. (à venir). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Chap. 7: Système respiratoire. ERPI.

↓ Capacité ventilatoire + Infection + fièvre

Y a-t-il des réactions homéostatiques «Fight or flight»?

- ↑ FR ↑ FC
- ↑ Amplitude thoracique
- Muscles accessoires
- Position

Efficaces

- Vigilance
- SpO2 ≥ 90
- PAS ≥ 100; PAM ≥ 65
- Extrémités chaudes, sèches, ou moites
- TRC < 3sec

Inefficaces

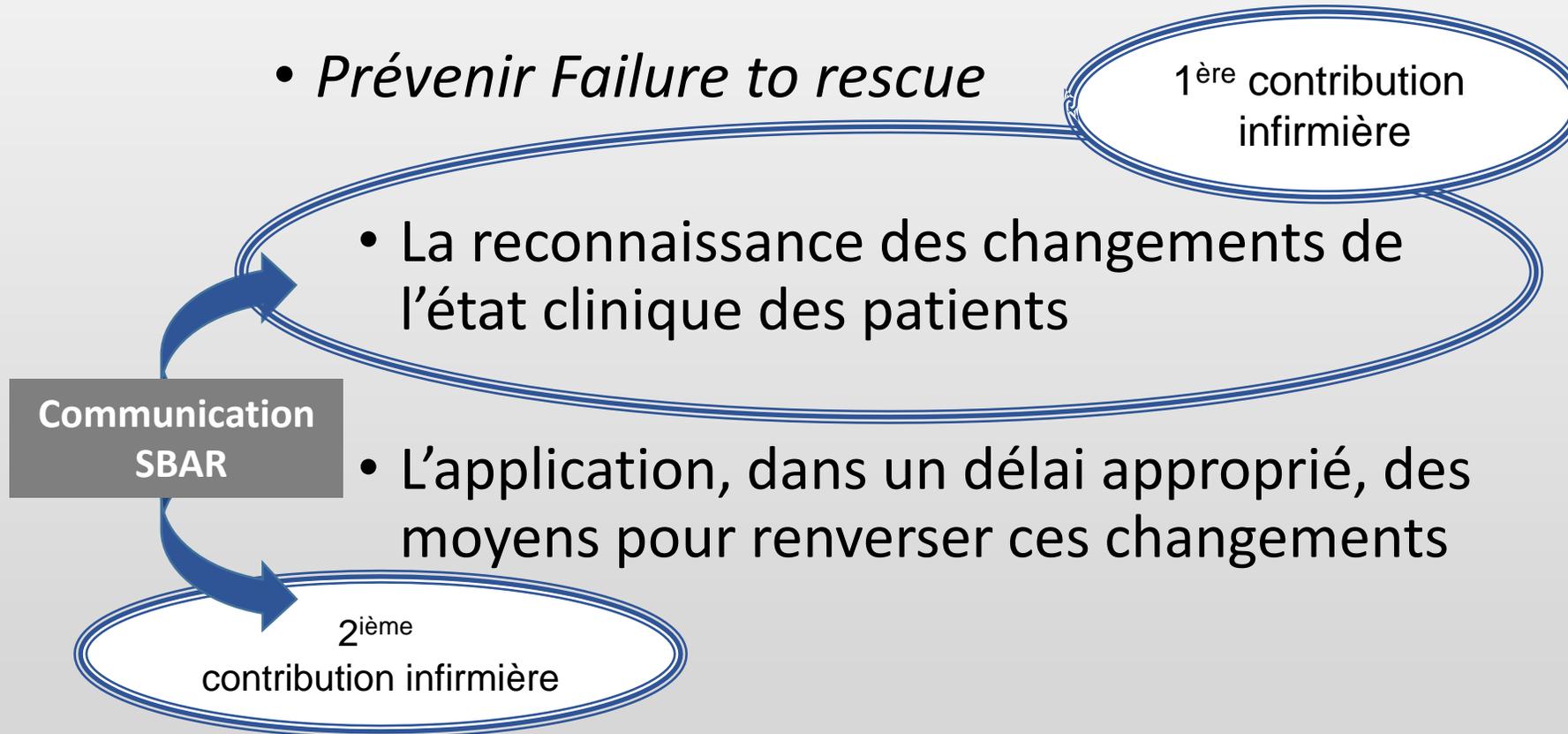
- Agitation/léthargie
- SpO2 < 90
- PAS < 100; PAM < 65
- Cyanose, froideur
- TRC > 3sec

Ces mécanismes peuvent-ils tenir longtemps?

- Âge: 13 ans
- Bon état de santé, volémie adéquate
- Constantes biologiques: normes

↑ Risques de détérioration:
... *Attention à la détérioration lente* ...

Facteur humain « communication et collaboration »



(Schmid et al, 2007)

Collaboration

Importance d'une bonne compréhension entre les intervenants quant à leurs responsabilités respectives en vue d'assurer la continuité des soins

↓

« Favoriser les échanges md-inf sur les risques possibles et les priorités d'évaluation »

Communication systématique SBAR

(Leonard, Graham, & Bonacum, 2004;
Zuzelo, 2010)

- **SBAR**

- *Situation*
- *Background*
- *Assessment*
- *Recommendation*

- **Assure:**

- Évaluation clinique pertinente
- Communication efficace
- Sécurité du patient

- ▶ ***S: De quoi s'agit-il?***

- ▶ Identification du patient (nom, diagnostic, date d'admission)
- ▶ Description brève de la nature du problème nécessitant l'appel
 - ▶ Composante de temps et de sévérité

- ▶ ***B: Quelles informations cliniques sont importantes actuellement?***

- ▶ Antécédents significatifs
- ▶ Médications en cours et changement récent
- ▶ Tests de laboratoires ou imagerie récents

- ▶ ***A: Observations de l'examen clinique: actuelles, évolutives, comparatives***

- ▶ Subjectifs: symptômes
- ▶ Objectifs: signes, examen physique, signes vitaux, tests
- ▶ *Quel est le problème selon vous?*

- ▶ ***R: Qu'est-ce qui est nécessaire?***

- ▶ *Votre demande*

Conclusion

Florence Nightingale écrivait en 1859:

« La chose la plus importante à enseigner à l'infirmière est l'observation: quoi observer, comment observer, les signes d'amélioration, les signes d'aggravation, les signes trompeurs, les signes de négligence et la nature de cette négligence »

... Qu'écrirait-elle aujourd'hui?

Références

- Doyon, O., et S. Longpré (2016). *L'évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal: Pearson ERPI
- Helmreich, R. L. (2000). On error management: Lessons from aviation. *British Medical Journal*, 320 (7237), 781–785.
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L.T., & Donaldson, M.S. (Ed). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: The National Academies Press. <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- Jha, A..K., I. 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.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2004). *Sentinel event statistics*, www.jcho.org/accredited+organizations/ambulatory+care/sentinel+events/sentinel+events+statistics.htm
- Kataoka-Yahiro, M., et C. Saylor (1994). «A critical thinking model for nursing judgment», *Journal of Nursing Education*, vol. 33, no 8, p. 351-356.
- Leonard, M., S. Graham et D. Bonacum (2004). «The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care», *Quality & Safety in Health Care*, vol. 13, suppl. 1, p. i85-i90.
- Mabica, S., et Marbacher, E. (2015). *L'évaluation clinique infirmière. Gage de sécurité et de qualité des soins*. Travail de Bachelor inédit. Haute École de la Santé La Source. Lausanne.
- Odell, M., Victor, C., & Oliver, D. (2009). Nurses' role in detecting deterioration in ward patientsL systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 1992-2006.
- OMS, 2009, cité dans Patient Safety Institute (2012). <http://www.patientsafetyinstitute.ca/French/research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Rapport%20Comple%20-%20La%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients%20dans%20les%20services%20m%C3%A9dicaux%20d%E2%80%99urgence.pdf>
- Ring, L. & Moody Fairchild, R. (2013). Leadership and patient safety: A review of the literature. *Journal of Nursing Regulation*, 4(1), p. 52-56.
- Schmid, A., L. Hoffman, M.B. Happ, G.A. Wolf et M. DeVita (2007). «Failure to rescue: A literature review», *Journal of Nursing Administration*, vol. 37, no 4, p. 188-198.
- Zuzelo, P.R. (2010). «Patient safety: Preventing unintended consequences and reducing errors», dans P.R. Zuzelo, *The clinical nurse specialist handbook*, 2^e édition, Londres, Jones and Bartlett Publishers, chapitre 9, p. 291- 331.