

6^{ème} Colloque International de Didactique Professionnelle 2022

Organisé par l'Association RPDP en partenariat avec la HETSL de Lausanne et
l'Université de Genève
15 au 17 juin 2022, à Lausanne, Suisse

ANALYSE DES PROCESSUS DE TRAVAIL EN SITUATIONS CRITIQUES PAR UNE REVUE DE LITTÉRATURE SYSTEMATIQUE : L'INFLUENCE DES INTERACTIONS SOCIALES

Sylvain BOLORÉ

Haute école de santé, Haute école spécialisée de Suisse occidentale,
47 avenue de Champel, 1206 Genève, Suisse

Centre interdisciplinaire de Recherche Normand en Éducation et Formation,
Normandie Université, 3 avenue Pasteur, 76000 Rouen, France

sylvain.bolore@hesge.ch

Jessica GARCIA-LOISEAU

Haute école de santé, Haute école spécialisée de Suisse occidentale,
47 avenue de Champel, 1206 Genève, Suisse

jessica.garcia@hesge.ch

Types de communication

Recherche empirique

Axes de la conférence

Axe 3 : Croiser les épistémologies et les méthodes

Objectifs de la conférence

Questionner les interfaces de la didactique professionnelle avec d'autres approches

Résumé

Face aux mutations du travail hospitalier, il est nécessaire de disposer d'une compréhension renouvelée des processus d'interaction et de coordination dans l'activité afin de mieux les intégrer en formation. Dans cette revue de littérature, nous synthétisons les facteurs problématiques pour les cliniciens lors de la gestion collective des situations critiques dans les unités hospitalières et nous proposons une modélisation des processus d'action impliqués dans la sécurité des patients. Il ressort de l'analyse de 17 études que les interactions sociales lors de la gestion des situations critiques sont centrales dans la conduite de ce type d'activité. « Sous pression » sur les plans temporels et cognitifs, les professionnels font face à une double épreuve : d'une part celle que traverse le patient dans son rapport à la santé, d'autre part la mise à l'épreuve de leurs propres compétences qu'il s'agit de combiner collectivement en fonction des potentialités de chacun.

Mots-Clés

Travail hospitalier, Dynamiques collectives, Situations critiques, Revue de littérature

Introduction

Les situations de détérioration clinique compromettent la sécurité du patient et leur gestion peut constituer une épreuve pour les professionnels. La détérioration clinique du patient (DCP) est un phénomène évolutif, physiologique, prévisible et symptomatique qui augmente le risque de morbidité, la durée de séjour, le risque de décès (Lavoie et al., 2016). Ces situations peuvent être fréquentes en milieu hospitalier : un patient sur trente répondrait aux critères de déclenchement de l'équipe d'urgence intra-hospitalière (EUIH) (Odell, 2014). La plupart du temps détectables dans le cadre de la surveillance courante, les signes de détérioration peuvent être manqués, mal interprétés ou mal gérés, conduisant à une prise en compte tardive de la DCP (Odell, 2014) et à des soins sous-optimaux. Les soins sous-optimaux sont précédés d'antécédents contextuels tels que la complexité du patient mais sont surtout liés à la pratique des soins par des facteurs humains et organisationnels (Quirke et al, 2011). Dans ce contexte, des « systèmes de réponse rapide » (SRR) ont été mis en place dans la plupart des hôpitaux des pays occidentaux afin de soutenir les environnements de soins. En utilisant le modèle d'analyse systémique des incidents cliniques (Taylor-Adams & Vincent, 2004), l'objectif de cette revue exploratoire est d'identifier les facteurs problématiques pour les cliniciens dans la gestion collective de ces situations critiques dans les unités hospitalières de soins généraux et de décrire les processus d'action impliqués dans la sécurité des patients.

Méthode

Identification des études pertinentes

Les études ont été incluses si elles concernaient des professionnels travaillant dans des hôpitaux. Les domaines de pratique professionnelle dans les services d'urgences, les unités de soins intensifs, les salles d'opération, les services ambulatoires ont été exclus. Ont également été exclues les enquêtes portant sur les soins psychiatriques, les femmes enceintes, les soins aux enfants ou en dehors du cadre hospitalier. Le repérage des publications a été réalisé dans quatre bases de données électroniques : MEDLINE-PubMed, CINAHL, EMBASE, ERIC. Les études publiées entre janvier 2008 et février 2018 ont été retenues. L'évaluation de l'éligibilité a d'abord été effectuée par la sélection du titre et du résumé. Une évaluation de l'éligibilité du texte intégral a été effectuée de manière indépendante par le premier auteur, avec des discussions fréquentes avec le deuxième auteur en cas de doute.

Extraction des données

L'extraction des données comprenait les informations relatives : aux types de facteurs et aux facteurs contributifs aux auteurs, à l'année de publication, au but de l'étude, à la conception de l'étude, au pays de l'étude, au nombre de professionnels, au type de membres de l'équipe.

Risque de biais

L'instrument « *Mixed Methods Appraisal Tool* » (MMAT) (Pluye et al., 2011) a été utilisé pour évaluer la qualité des études. Chaque article a été évalué par les deux auteurs en regard des

critères MMAT spécifiques à chaque type d'étude. Les éventuelles divergences ont été discutées et résolues par consensus. Aucune étude n'a été exclue par ce processus.

Synthèse des résultats

La survenue d'une DCP peut être considérée comme un événement indésirable (Jones et al., 2013). Ainsi, les données des études incluses ont été codées de manière déductive selon les sept types de facteurs influençant la pratique clinique et selon les facteurs contributifs d'erreurs décrits dans le modèle d'analyse systémique des incidents cliniques ("*London protocol*") développé par Taylor-Adams et Vincent (2004) (tableau 1). Les résultats ont ensuite été consolidés à l'aide d'une synthèse narrative qui consistait à combiner les résultats de plusieurs études (Popay et al., 2006). Le recours à la synthèse narrative a permis de prendre en compte non seulement les préoccupations des cliniciens mais aussi la façon dont ils travaillent dans certains contextes, afin de mieux appréhender les processus d'action impliqués dans la gestion des situations de DCP au sein des unités hospitalières.

Tableau 1
Facteurs mentionnés dans les articles analysés selon le "*London Protocol*"

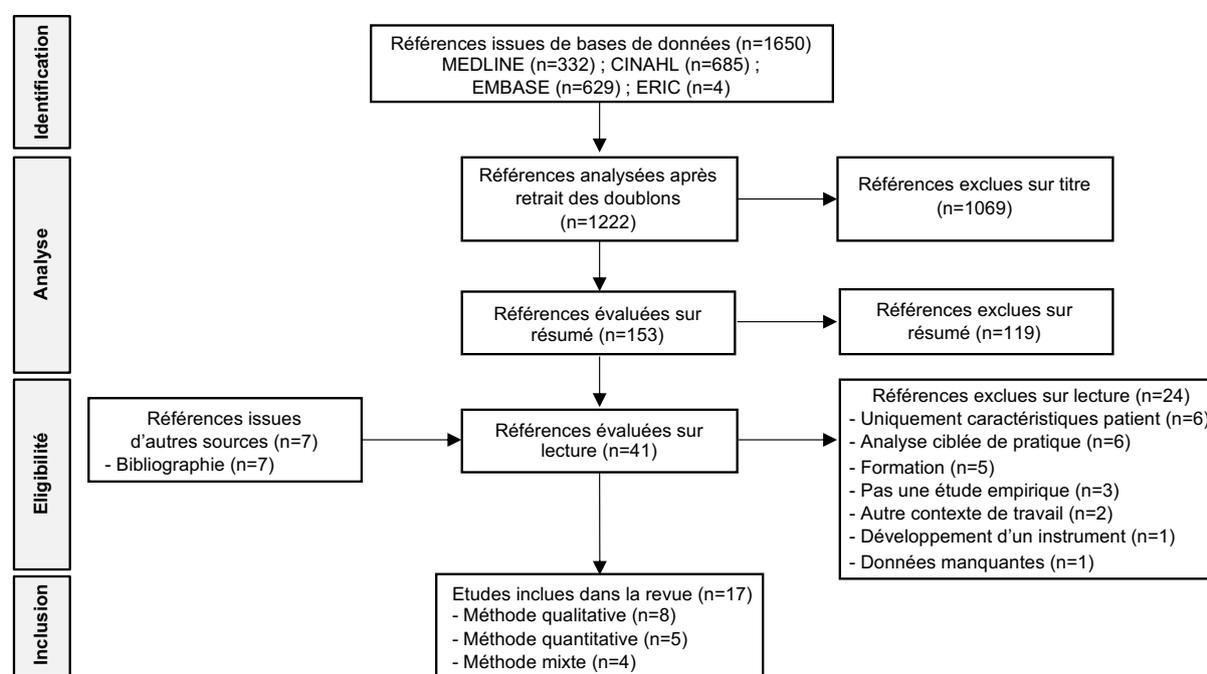
		Allen (2017)	Astroth (2013)	Brier (2014)	Chua (2013)	Donohue (2010)	Douw (2016)	Elmufdi (2017)	Gazarian (2009)	Hart (2016)	Johnston (2015)	Luokkai (2012)	Pantazidou (2012)	Petersen (2017)	Radeschi (2015)	Rharr-Thomas (2014)	Rotella (2014)	Shearer (2012)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Patient	État de santé	X		X	X				X	X	X		X	X			X	X
	Langue et communication																	
	Personnalité et facteurs sociaux																	
Individuel	Connaissances et qualifications				X							X		X	X	X		
	Compétences et expériences	X	X	X	X	X			X	X	X	X						X
	État de santé physique et psychique															X		
Tâches et processus	Tâches et processus			X	X	X	X	X	X	X	X		X			X		
	Aides aux prises de décision					X							X		X		X	
	Directives												X					
	Résultats d'examen																	
Equipe	Recherche d'aide		X			X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
	Communication orale		X	X	X				X									
	Structure d'équipe		X	X	X	X		X			X		X	X	X			
	Communication écrite	X									X		X		X	X		
Environnement de travail	Effectifs et combinaison des qualifications	X			X	X			X	X			X				X	
	Charge de travail et horaires																	
	Équipement technique	X							X	X								
	Environnement physique								X									
Gestion	Soutien de l'administration et de la direction																	
	Culture de travail		X					X								X		
	Structure d'organisation									X								X
	Principes, normes et objectifs																	
Institution	Ressources financières																	
	Contexte économique et réglementaire																	
	Politique de la santé																	
	Relations avec les établissements externes																	

Résultats

Dix-sept études ont été incluses dans la présente analyse (figure 1). Au sein des articles analysés, six des sept types de facteurs contributifs des événements indésirables sont présents. Le type de facteurs « Équipe » est celui qui est le plus retrouvé, en particulier à travers les facteurs « Recherche d'aide » et « Structure d'équipe ». Viennent en 2ème place les types de facteurs « Tâches et processus » ainsi que « Individuel » en référence principalement aux « Compétences et à l'expérience ». Les types de facteurs « Environnement de travail », « Patient » et « Gestion » sont ceux qui ressortent le moins (tableau 1).

Figure 1

Diagramme de flux PRISMA du processus de sélection des études



Une variété de facteurs rend complexe la gestion collective des situations de DCP, dans les unités hospitalières de soins généraux. Ces facteurs sont liés au patient, aux soignants tant individuellement que collectivement, aux tâches et à l'environnement de travail.

Facteurs liés au patient

Les antécédents du patient contribuent à déterminer le potentiel d'instabilité et influencent la fréquence de surveillance (3, 4, 8). D'ailleurs, la méconnaissance du patient est source d'ambiguïté dans le processus décisionnel (8). La modification de l'état de conscience et/ou du comportement sont les éléments qui alertent le plus fréquemment les professionnels (3, 4, 8, 9).

Facteurs individuels des professionnels

Connaissances

Manquer de connaissances physiopathologiques à propos du problème clinique du patient conduit 4 médecins sur 5 à intensifier les soins (16). Le besoin de formation spécifique apparaît nécessaire pour trois-quarts des médecins et des infirmières interrogées à ce propos (14). Un lien entre le fait d'avoir suivi une formation spécifique à la gestion des situations de DCP et d'une part le sentiment d'avoir géré de manière appropriée ces situations, d'autre part le déclenchement précoce de l'EUIH, est établi à deux reprises (12, 14).

Expériences

L'expérience est perçue comme facilitant la reconnaissance de la détérioration (3), même en l'absence de signes concrets (4). L'expérience donnerait le sentiment d'être mieux préparé à prendre des mesures rapides et de pouvoir gérer l'événement avec plus d'autonomie (2, 9).

Émotions

La gestion de ce type de situations est décrite comme source d'anxiété et d'incertitude pour les médecins. Quant aux infirmières, leurs préoccupations portaient sur la crainte d'un préjudice à la sécurité des patients lorsqu'elles percevaient que des médecins débutants n'avaient pas toujours les connaissances préalables requises (15).

Facteurs liés aux tâches

L'éventail des mesures physiologiques réalisées serait lié à la perception du niveau de gravité (6). La part « subjective » dans le processus d'évaluation clinique des infirmières occuperait une place importante pour déterminer la gravité. D'ailleurs, lorsqu'un indicateur « inquiétude » est utilisé dans le recueil de données et présent, l'on retrouve une association significative avec l'admission non planifiée en unité de soins intensifs ou une mortalité imprévue.

Lorsque l'on interroge les soignants impliqués dans des situations de DCP et des experts étudiant ces situations, sur dossier et a posteriori, une divergence de jugement est constatée. Dans le cadre de l'étude de Ludikhuizen et al. (11), les médecins ont indiqué qu'un retard était présent dans 18% des cas, les infirmières dans 31% des cas et le panel d'experts dans 60% des cas.

Malgré des directives existantes ou établies pour l'occasion, des écarts dans la mise en œuvre sont relevés en ce qui concerne la fréquence de surveillance. Lorsqu'une prescription de surveillance était émise par de jeunes médecins avec des fréquences jugées trop rapprochées au regard de l'état de santé du patient, les infirmières avaient tendance à le remettre en question en le décrivant comme inutile et interférant avec le flux de travail (13). Autre exemple, par préoccupation pour la privation de sommeil, il était généralement accepté d'adapter la surveillance si le patient dormait et ne semblait pas en détresse, en observant à distance et en veillant à ne pas le réveiller ou le déranger (13).

Facteurs liés à l'équipe

Recherche d'aide

La recherche d'aide s'applique en fonction de la gravité reconnue à l'issue de l'évaluation. Elle passe par l'activation d'un échelon supérieur. Plusieurs facteurs influençaient le processus d'alerte et retardaient l'escalade autonome des soins : le système hiérarchique (7), l'importance

du lien de confiance entre médecin et infirmière (2), la proximité géographique des médecins (2, 14), la crainte d'être critiqué (2, 10), le sentiment de déranger inutilement (10, 13).

La majorité des infirmières privilégiaient d'appeler en première intention le médecin référent pour un patient en voie de détérioration (2, 14) voire en parleraient avec leurs pairs avant (5, 8). En revanche, celles avec une ancienneté plus élevée s'autorisaient plus facilement à contacter directement l'EUIH plutôt que le médecin de référence (14).

La décision de recourir à l'EUIH est définie selon de nombreux facteurs : l'environnement, l'état des examens en cours, la compétence perçue du personnel présent, le système hiérarchique et le degré d'implication des soins intensifs (17) ; le fait de devoir négocier pour convaincre l'EUIH de venir voir les patients et d'avoir à communiquer beaucoup d'informations de base sur les patients (13) ; le fait de ne pas toujours se sentir soutenu, de recevoir des reproches sur la nécessité de l'appel ou d'être critiqué (2, 13, 14). Solliciter l'EUIH apparaît cependant plus évidente après avoir suivi une formation sur le SRR (12) et lorsque l'équipe du service considérait ne pas disposer de l'expertise nécessaire (5, 13, 17).

Communication orale

Outre l'obtention d'une aide, le partage d'informations et la communication avec les autres membres de l'équipe étaient essentiels pour déléguer des tâches et exécuter des tâches d'équipe. Il s'agit d'utiliser le bon langage pour attirer l'attention mais également de formuler des propositions d'actions et de formuler des suggestions en particulier aux médecins peu expérimentés (4, 9).

Structure d'équipe

De manière générale, la prise en charge de ces situations est influencée par la dynamique interprofessionnelle, en fonction de la qualité de la communication, du niveau de collaboration, de la planification et de la répartition des tâches (8, 15). Un soutien entre les membres de l'unité de soins est rapporté : il peut prendre la forme d'une aide directe dans la situation (8), d'une délégation de prise en soins des autres patients en référence (4, 8) ou de conseils pour valider l'évaluation (3). Le fait de connaître les membres de l'équipe renforce le sentiment de collaboration (8) mais le manque de connaissance sur les rôles de chacun est susceptible de poser des problèmes de communication (5), de coordination, de respect du champ de compétences en opérant en dehors des limites définies (11).

En ce qui concerne les rapports avec l'EUIH, l'expertise clinique de cette dernière était reconnue (2, 13) et considérée nécessaire du fait de la complexité des situations (14). L'EUIH pouvait être perçue comme apaisante et rassurante pour l'équipe et le patient (2, 5) mais des attitudes négatives sont également rapportées, en particulier une communication directive générant un sentiment d'exigence trop élevée (2), un sentiment d'intimidation, un sentiment d'anxiété ou des frustrations (13).

Communication écrite

La documentation sous-optimale est un facteur favorable d'importance modérée dans la survenue de la détérioration des patients (1). Dans le contexte de la prise en soins des patients en détérioration clinique, les infirmières ont signalé que la documentation des signes vitaux était négligée, mais non la surveillance effective (13). La documentation des limitations de soins est sensible : le manque de précision sur les limitations de soins favorise l'intensification des

soins ; par contraposition, si les soins de fin de vie étaient clairement délimités, les soins sont rarement augmentés (16).

Facteurs liés à l'environnement de travail

Effectifs et combinaison des qualifications ; Charge de travail et horaires

La question de l'adéquation entre les ressources en personnel et la charge de travail est évoquée à sept reprises. La surcharge de travail est relevée simplement (4, 5) ou est reliée à une absence de détection des signes subtils de détérioration (9, 13), au non-respect de la fréquence prévue de surveillance (13), au fait de ne pas laisser assez de place aux patients pour qu'ils puissent exprimer plus facilement leurs préoccupations (10), à la difficulté d'intensifier les soins lorsque cela était nécessaire (16).

La période de la journée n'est pas perçue comme un élément déterminant dans l'étude de Rotella et al. (16) ; en particulier, 71,4% des médecins répondants étaient en désaccord ou fortement en désaccord sur le fait qu'ils étaient moins susceptibles d'intensifier les soins pendant la nuit. En revanche, les données des entretiens conduits avec des infirmières dans l'étude de Hart et al. (9) indiquent que quand des délais de réponse sont allongés, il s'agit le plus souvent de la nuit ou du week-end.

Équipement technique et environnement physique

Le manque d'équipements de surveillance apparaît certes comme un facteur affectant l'activité de gestion des situations de DCP (9, 10) mais il était considéré comme le facteur le moins important (1). De plus, des contraintes d'espaces au niveau des chambres peuvent conduire à transformer un environnement simple en un lieu de travail complexe (9).

Tableau 2

Facteurs essentiels de la gestion des situations de détérioration clinique

Facteurs essentiels
<i>Individuellement</i>
- Repérage d'un « déclencheur clinique » nécessitant l'adaptation de la prise en soins
- Sentiment d'inquiétude du soignant
- Connaissances et expériences en lien avec les spécificités de la situation
- Communication limitée avec le patient
- Opportunité d'une demande d'aide
- Contenu et destinataire(s) d'une demande d'aide
<i>Collectivement</i>
- Qualité des interactions verbales et non-verbales : usage partagé d'outils et de modalités de communication (structure et validation des messages, temps de concertation, expression des doutes et incompréhensions)
- Organisation des soignants impliqués : compétences mobilisables dans la situation au-delà des fonctions (qui sait / peut / fait quoi ?)
- Approfondissement constant et partagé de la situation et de son évolution : étendue de l'évaluation clinique, éléments du dossier de santé du patient
- Surestimation des capacités, sous-estimation de l'évolution
- Implications des conditions de travail du moment sur la disponibilité des ressources (pour tous les patients en responsabilité)

Facteurs liés à l'organisation et à la gestion

La culture de travail influencerait la mise en œuvre d'un SRR en fonction des processus de gouvernance, de relation hiérarchique et de formation continue (15). Elle est décrite comme positive et favorable à l'activation de l'EUIH lorsque les participants recevaient des encouragements de collègues et de chefs d'unité (2). Néanmoins, la culture de travail peut aussi se manifester à travers l'épuisement des ressources disponibles avant le recours à l'EUIH, notamment dans la perspective d'un transfert en soins intensifs (7).

Discussion

Cette revue de la littérature a permis d'identifier que divers facteurs rendent complexe la gestion collective des situations de DCP en milieu hospitalier. Ces facteurs sont liés au patient, aux soignants (individuellement et collectivement), aux tâches et à l'environnement de travail. Dans une perspective critique, nous discutons de la cohérence et de l'extension de ces résultats avec ceux d'autres études, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la détérioration clinique, la recherche d'aide, la collaboration et les facteurs individuels et organisationnels. Nous proposons un modèle de processus d'action pour la gestion interprofessionnelle des situations de DCP, composé de quatre éléments interdépendants. L'ensemble des descriptions de ces processus constitue les points d'attention pour la sécurité des patients qui guident les activités du groupe interprofessionnel impliqué (Figure 2).

D'une combinaison de facteurs à des processus d'action conjointe

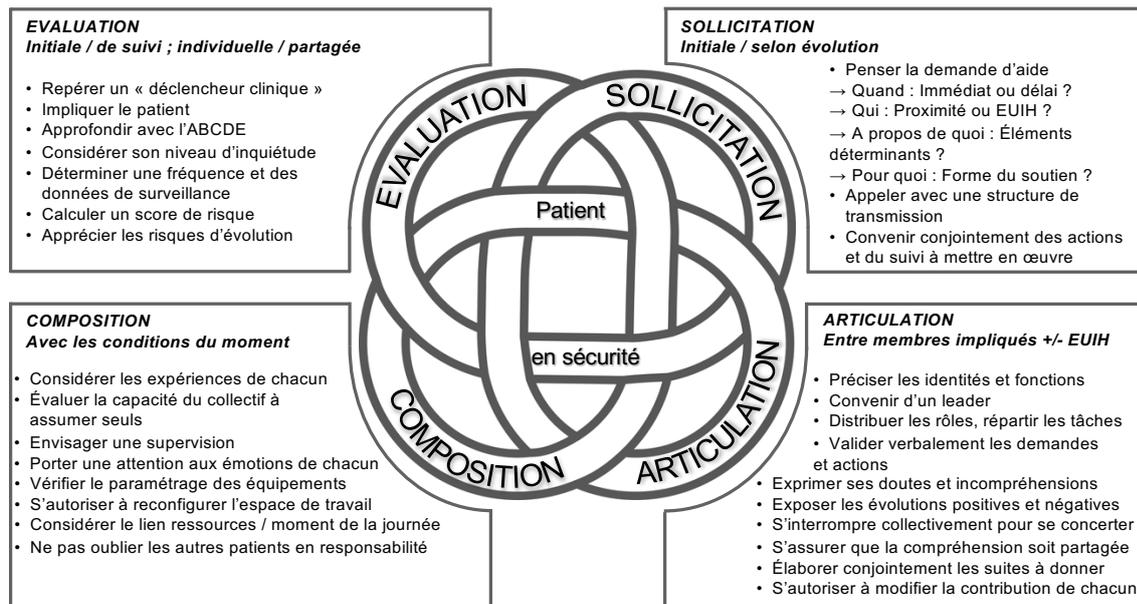
Évaluation

La notion de déclencheur a été retrouvée dans plusieurs études traitant spécifiquement des caractéristiques des patients en détérioration clinique (Le Guen & al., 2015), et parmi les paramètres mesurés, la fréquence respiratoire est le signe vital le moins documenté dans les dossiers de soins (Parkes, 2011). Le lien entre le fait que les soignants ressentent une inquiétude et l'admission non planifiée en unité de soins intensifs, ainsi que la mortalité non planifiée, confirme l'attention à accorder à la subjectivité en plus des signes vitaux que plusieurs auteurs ont précédemment décrits (Stafseth & al., 2016). Souvent considérée comme un sixième sens, la notion d'intuition dans le processus de jugement clinique est sujette à débat (Nyatanga & Vocht, 2008). Une hypothèse est que l'intuition est basée sur la reconnaissance de schémas mentaux construits à partir d'expériences passées. C'est-à-dire un processus non analytique mobilisé par les experts à partir d'un répertoire de cas stockés en mémoire (Audétat & al., 2013). Des adaptations dans l'utilisation des scores de risque sont rapportées tant dans la mise en œuvre que dans la prise en compte du résultat exprimé, notamment pour les patients de sévérité « intermédiaire ». Le fait que ces types de protocoles ne soient pas respectés (De Meester & al., 2013) et que les scores ne soient pas ou soient mal calculés dans de nombreux cas (Clifton & al., 2015) est un problème récurrent limitant l'impact du SRR. La connaissance du patient implique une continuité dans l'attribution des patients. Elle doit être considérée comme un facilitateur de la détection d'une évolution défavorable en raison d'une meilleure prise en compte de l'histoire et de l'interprétation individualisée des indicateurs physiologiques (Dresser, 2012). En ce qui concerne l'utilisation de la documentation dans ce type de situation,

elle ne jouerait pas toujours un rôle en raison d'un manque de détails et de clarté (Visser & al., 2014). L'évolution d'un patient qui se détériore est marquée par une grande incertitude, difficile à appréhender. Dans plus d'un tiers des cas, on note une sous-estimation de la gravité et une surestimation d'une issue favorable. Cette observation renvoie au « biais d'optimisme » décrit en psychologie. En matière de prédiction, nous avons tendance à surestimer la probabilité d'événements positifs et à sous-estimer la probabilité d'événements négatifs (Sharot, 2011).

Figure 2

Modèle de gestion interprofessionnelle de la détérioration clinique



Note. Boloré, 2022.

ABCDE : *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* ; EUIH : Équipe d'urgence intra-hospitalière.

Sollicitation

La décision de solliciter de l'aide apparaît comme un jugement complexe. Il s'agirait de mettre en balance le désir d'autonomie clinique du professionnel et la reconnaissance des limites de ses compétences (Oshodi & al., 2019). À l'exception des cas où le pronostic vital est clairement engagé (p. ex. en cas d'arrêt cardiaque), plusieurs facteurs influencent la décision de demander de l'aide. Ce qui semble être une question sensible. Les raisons évoquées concernent principalement la qualité des relations entre professionnels : le lien de confiance, la peur d'être critiqué, la peur d'être considéré comme incompetent, le sentiment d'être inutile, et la proximité du lieu d'intervention des acteurs. Alors que la prise en charge de patients en voie de détérioration implique la mobilisation de compétences collaboratives entre professionnels, toutes ces raisons apparaissent comme une multiplicité d'obstacles dans le travail collectif quotidien. La peur de la hiérarchie, le mépris, la critique d'une demande sont des éléments connus depuis longtemps mais toujours présents (Colenbrander & al., 2020), malgré les programmes d'amélioration de la sécurité des patients qui mettent l'accent sur la collaboration entre professionnels.

Articulation

Les responsabilités à assumer, les compétences mobilisables et l'expérience acquise vont déterminer la contribution que l'on peut attendre de chacun des acteurs. Le fait de se connaître au sein de l'équipe renforce certes le sentiment de collaboration mais n'est pas synonyme d'une meilleure appréciation des rôles et des limites de chacun. En effet, dans la gestion de ces situations, l'attention portée aux rôles de chacun des soignants de l'unité de soins serait trop limitée (Kitto & al., 2014). De même, une confusion des rôles entre les soignants de proximité et les membres de l'EUIH est fréquente et constitue un obstacle à la coordination entre les différents professionnels impliqués (McCrary & al., 2015).

La qualité des interactions entre les différents professionnels impliqués est donc cruciale. En cas d'échec de la collaboration, un désengagement d'une partie des participants est observable, avec des répercussions en termes de retard dans la réponse apportée. La coordination des soins, le leadership et la résolution collective des problèmes sont essentiels au déroulement de l'activité (Brooks & al., 2020). Élaborer conjointement un plan d'action, répartir et déléguer les tâches, faire preuve d'une attention et d'un soutien explicites auprès des soignants, suivre l'évolution des soins et partager la compréhension, adapter la coopération sont les composantes de l'action à mobiliser tant lorsque les cliniciens de l'unité pratiquent entre eux que lorsqu'ils reçoivent le soutien de l'EUIH. Tous ces éléments sont évocateurs de ce que Stubbings & al. (2012) mentionnent lorsqu'ils affirment que les compétences de travail en équipe sont impératives à maîtriser pour apporter une réponse structurée dans ce type de situation.

Composition

L'équipe interprofessionnelle devra faire face à différents facteurs, inégalement présents, qui accentuent la singularité de la situation. Pris isolément, les facteurs individuels et organisationnels peuvent ne pas apparaître comme les plus déterminants. Si l'on considère leur cumul, les conditions de travail génèrent une réelle influence sur le déroulement de l'action.

L'utilisation d'équipements de surveillance continue des paramètres vitaux est en effet reconnue comme très variable (Leenen & al., 2020). La mesure des signes vitaux n'est qu'une partie du processus d'évaluation clinique, qui s'appuie également sur des données sensorielles par l'écoute, l'observation, le toucher et la palpation. Or, le déploiement d'équipements de surveillance informatisés pourrait avoir tendance à générer un biais d'automatisation (Goddard & al., 2012), c'est-à-dire à accorder plus de crédibilité aux informations issues de la technologie qu'aux sens cliniques, voire à favoriser une complaisance d'automatisation (Parasuraman & Manzey, 2010) en se reposant sur la technologie et en limitant ainsi sa vigilance.

Des temps de réponse plus longs ont été rapportés en fonction du moment de la journée. Le travail de nuit est associé à une fréquence moindre de surveillance des signes vitaux (Hands & al., 2013), et les patients admis le week-end sont plus susceptibles de recevoir une réponse inadéquate par rapport aux patients admis en semaine (Kolic & al., 2015). En effet, le taux de mortalité est 10 à 20% plus élevé le week-end que les jours de semaine (Aylin & al., 2013 ; Roberts & al., 2019).

La gestion des situations de DCP est décrite comme une expérience associée à des réponses émotionnelles négatives telles que l'anxiété et la peur (Walker & al., 2021). Les difficultés de régulation émotionnelle sont particulièrement pertinentes pour les cliniciens moins

expérimentés qui sont susceptibles de subir un stress professionnel plus important dans l'ensemble. On sait que l'expérience préalable de ce type de situations professionnelles renforce la confiance dans la prise de décision (Chua, 2017). D'autre part, les cliniciens ayant peu d'expérience seraient plus réticents à activer le SRR (Jackson & al., 2016). Le sentiment d'être insuffisamment préparé aux situations de gestion des DCP est présent dans de nombreuses études (Callaghan & al., 2017 ; Illing & al., 2013). Ainsi, une formation spécifique est considérée comme essentielle pour reconnaître et répondre à la détérioration du patient, que ce soit pour les médecins ou les infirmiers (Ede & al., 2021).

Points forts et limites

L'un des points forts de cette revue est l'utilisation d'une méthode basée sur les facteurs contributifs des événements indésirables dans les soins. Cette approche permet une compréhension pragmatique et large des enjeux de la pratique interprofessionnelle. La plupart des études étaient des enquêtes transversales qui fournissent des informations à partir d'un seul moment dans le temps. Il est possible que les perceptions des participants changent avec le temps. L'exclusion des populations pédiatriques et non hospitalières en particulier est une limite, bien qu'il soit raisonnable de supposer que le modèle de processus d'action pourrait être appliqué dans ces contextes, avec des ajustements aux points focaux. Une autre limite de cette revue est l'utilisation d'une période qui a exclu certaines études antérieures qui étaient probablement contributives étant donné la nature du phénomène étudié.

Conclusion

Les résultats de cette revue montrent que les interactions sociales lors de la gestion interprofessionnelle des situations de DCP sont centrales dans la conduite de ce type d'activité. Elles apparaissent comme un facteur déterminant de la qualité des soins prodigués et du maintien de la sécurité des patients. « Sous pression » sur le plan temporel et cognitif, les professionnels sont confrontés à une double épreuve : d'une part celle que traverse le patient dans son rapport à la santé, d'autre part la mise à l'épreuve de leurs propres compétences qu'il s'agit de combiner collectivement en fonction des potentialités de chacun et des conditions singulières du moment de la prise en soins. Face à ces situations, empreintes d'incertitude et susceptibles d'évoluer rapidement, le travail collectif qui se déploie est complexe et nécessite une grande capacité d'adaptation et de flexibilité dans la mise en œuvre des protocoles existants.

Cette revue de littérature propose un modèle de quatre processus d'action interdépendants qui se déroulent de manière concomitante, compte tenu de la nature dynamique de ces situations. Mis en œuvre individuellement puis conjointement, ces processus incluent l'évaluation, la sollicitation de ressources, leur articulation et le fait de composer avec les facteurs humains et organisationnels. Ce modèle invite à s'engager davantage dans une approche interactionnelle du travail et non seulement procédurière. Il a vocation à être mobilisé lors de l'analyse des situations de travail, en particulier lors des formations basées sur l'apprentissage expérientiel.

Bibliographie

- (1) Allen, J., Jones, D., & Currey, J. (2018). Clinician and manager perceptions of factors leading to ward patient clinical deterioration. *Australian Critical Care, 31*(6), 369–375.
- (2) Astroth, K., M Woith, W., Stapleton, S. J., Degitz, R. J., & Jenkins, S. H. (2013). Qualitative exploration of nurses' decisions to activate rapid response teams. *Journal of Clinical Nursing, 22*(19–20), 2876–2882.
- Audétat, M.C., Lubarsky, S., Blais, J.G., & Charlin, B. (2013). Clinical Reasoning: Where Do We Stand on Identifying and Remediating Difficulties? *Creative Education, 4*(6A), 42–48.
- Aylin, P., Yunus, A., Bottle, A., Majeed, A., & Bell, D. (2013). Weekend mortality for emergency admissions. A large, multicentre study. *Quality and Safety in Health Care, 19*(3), 213–217.
- Boloré, S. (2022). *De la configuration didactico-pédagogique au potentiel d'apprentissage organisationnel : analyse d'une formation continue interprofessionnelle par simulation et de son impact sur les compétences relatives à la sécurité des patients* [Thèse de doctorat, Normandie Université]. (NNT : 2022NORMR009). (tel-03667314)
- (3) Brier, J., Carolyn, M., Haverly, M., Januario, M. E., Padula, C., Tal, A., & Triosh, H. (2014). Knowing 'something is not right' is beyond intuition: development of a clinical algorithm to enhance surveillance and assist nurses to organise and communicate clinical findings. *Journal of Clinical Nursing, 24*(5–6), 832–843.
- Brooks, E. M., Winship, J. M., & Kuzel, A. J. (2020). A "Behind-the-Scenes" Look at Interprofessional Care Coordination: How Person-Centered Care in Safety-Net Health System Complex Care Clinics Produce Better Outcomes. *International Journal of Integrated Care, 20*(2).
- Callaghan, A., Kinsman, L., Cooper, S., & Radomski, N. (2017). The factors that influence junior doctors' capacity to recognise, respond and manage patient deterioration in an acute ward setting : An integrative review. *Australian Critical Care, 30*(4), 197–209.
- (4) Chua, W., Mackey, S., Ng, E., & Liaw, S. (2013). Front line nurses' experiences with deteriorating ward patients: a qualitative study. *International Nursing Review, 60*(4), 501–509.
- Chua, W. L. (2017). Simulation training appears to improve nurses' ability to recognise and manage clinical deterioration. *Evidence Based Nursing, 20*(4), 122–123.
- Clifton, D. A., Clifton, L., Sandu, D. M., Smith, G. B., Tarassenko, L., Vollam, S. A., & Watkinson, P. J. (2015). 'Errors' and omissions in paper-based early warning scores: the association with changes in vital signs—a database analysis. *BMJ Open, 5*(7), e007376.
- Colenbrander, L., Causer, L., & Haire, B. (2020). 'If you can't make it, you're not tough enough to do medicine': a qualitative study of Sydney-based medical students' experiences of bullying and harassment in clinical settings. *BMC Medical Education, 20*(1).
- de Meester, K., Das, T., Hellemans, K., Verbrugghe, W., Jorens, P., Verpooten, G., & van Bogaert, P. (2013). Impact of a standardized nurse observation protocol including MEWS after Intensive Care Unit discharge. *Resuscitation, 84*(2), 184–188.
- (5) Donohue, L. A., & Endacott, R. (2010). Track, trigger and teamwork: Communication of deterioration in acute medical and surgical wards. *Intensive and Critical Care Nursing, 26*(1), 10–17.
- (6) Douw, G., Huisman-de Waal, G., van Zanten, A. R., van der Hoeven, J. G., & Schoonhoven, L. (2016). Nurses' 'worry' as predictor of deteriorating surgical ward patients: A prospective cohort study of the Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score. *International Journal of Nursing Studies, 59*, 134–140.

- Dresser, S. (2012). The Role of Nursing Surveillance in Keeping Patients Safe. *JONA : The Journal of Nursing Administration*, 42(7/8), 361-368.
- Ede, J., Petrinic, T., Westgate, V., Darbyshire, J., Endacott, R., & Watkinson, P. J. (2021). Human factors in escalating acute ward care: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open Quality*, 10(1), e001145.
- (7) Elmufdi, F. S., Burton, S. L., Sahni, N., & Weinert, C. R. (2017). Clinical and Sociocultural Factors Associated With Failure to Escalate Care of Deteriorating Patients. *American Journal of Medical Quality*, 33(4), 391–396.
- (8) Gazarian, P. K., Henneman, E. A., & Chandler, G. E. (2009). Nurse Decision Making in the Prearrest Period. *Clinical Nursing Research*, 19(1), 21–37.
- Goddard, K., Roudsari, A., & Wyatt, J. C. (2012). Automation bias : a systematic review of frequency, effect mediators, and mitigators. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(1), 121-127.
- Hands, C., Reid, E., Meredith, P., Smith, G. B., Prytherch, D. R., Schmidt, P. E., & Featherstone, P. I. (2013). Patterns in the recording of vital signs and early warning scores : compliance with a clinical escalation protocol. *BMJ Quality & Safety*, 22(9), 719-726.
- (9) Hart, P. L., Spiva, L., Dolly, L., Lang-Coleman, K., & Prince-Williams, N. (2016). Medical-surgical nurses' experiences as first responders during deterioration events: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(21–22), 3241–3251.
- Illing, J. C., Morrow, G. M., Rothwell Nee Kergon, C. R., Burford, B. C., Baldauf, B. K., Davies, C. L., Peile, E. B., Spencer, J. A., Johnson, N., Allen, M., & Morrison, J. (2013). Perceptions of UK medical graduates' preparedness for practice : A multi-centre qualitative study reflecting the importance of learning on the job. *BMC Medical Education*, 13(1).
- Jackson, S., Penprase, B., & Grobbel, C. (2016). Factors Influencing Registered Nurses' Decision to Activate an Adult Rapid Response Team in a Community Hospital. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(2), 99-107.
- (10) Johnston, M. J., Arora, S., King, D., Bouras, G., Almouadaris, A. M., Davis, R., & Darzi, A. (2015). A systematic review to identify the factors that affect failure to rescue and escalation of care in surgery. *Surgery*, 157(4), 752-763.
- Jones, D., Mitchell, I., Hillman, K., & Story, D. (2013). Defining clinical deterioration. *Resuscitation*, 84(8), 1029–1034.
- Kitto, S., Marshall, S. D., McMillan, S. E., Shearer, B., Buist, M., Grant, R., Finnigan, M., & Wilson, S. (2014). Rapid response systems and collective (in)competence : An exploratory analysis of intraprofessional and interprofessional activation factors. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 340-346.
- Kolic, I., Crane, S., McCartney, S., Perkins, Z., & Taylor, A. (2015). Factors affecting response to National Early Warning Score (NEWS). *Resuscitation*, 90, 85-90.
- Lavoie, P., Pepin, J., & Alderson, M. (2014). Defining patient deterioration through acute care and intensive care nurses' perspectives. *Nursing in Critical Care*, 21(2), 68–77.
- le Guen, M. P., Tobin, A. E., & Reid, D. (2015). Intensive Care Unit Admission in Patients following Rapid Response Team Activation: Call Factors, Patient Characteristics and Hospital Outcomes. *Anaesthesia and Intensive Care*, 43(2), 211–215.
- Leenen, J. P. L., Leerentveld, C., van Dijk, J. D., van Westreenen, H. L., Schoonhoven, L., & Patijn, G. A. (2020). Current Evidence for Continuous Vital Signs Monitoring by Wearable Wireless Devices in Hospitalized Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e18636.

- (11) Ludikhuizen, J., Dongelmans, D. A., Smorenburg, S. M., Gans-Langelaar, M., Jonge, E. D., & Rooij, S. E. D. (2012). How nurses and physicians judge their own quality of care for deteriorating patients on medical wards. *Critical Care Medicine*, *40*(11), 2982–2986.
- McCrary, M. C., Aboumatar, H. A., & Hunt, E. A. (2015). Communication at Pediatric Rapid Response Events : A Survey of Health Care Providers. *Hospital Pediatrics*, *5*(6), 301-308.
- Nyatanga, B., & Vocht, H. D. (2008). Intuition in clinical decision-making: a psychological penumbra. *International Journal of Palliative Nursing*, *14*(10), 492–496.
- Odell, M. (2014). Detection and management of the deteriorating ward patient: an evaluation of nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(1–2), 173–182.
- Oshodi, T. O., Bruneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S., & West, E. (2019). Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. *BMC Nursing*, *18*(1).
- (12) Pantazopoulos, I., Tsoni, A., Kouskouni, E., Papadimitriou, L., Johnson, E. O., & Xanthos, T. (2012). Factors influencing nurses' decisions to activate medical emergency teams. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(17–18), 2668–2678.
- Parasuraman, R., & Manzey, D. H. (2010). Complacency and Bias in Human Use of Automation : An Attentional Integration. *Human Factors : The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, *52*(3), 381-410.
- Parkes, R. (2011). Rate of respiration: the forgotten vital sign. *Emergency Nurse*, *19*(2), 12–17.
- (13) Petersen, J. A., Rasmussen, L. S., & Rydahl-Hansen, S. (2017). Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: a qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, *17*(1).
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., Bartlett, G., O'Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., & Rousseau, M.C. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. Retrieved from <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ>
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews : A Product from the ESRC Methods Programme. Retrieved from <https://www.lancaster.ac.uk/media/lancaster-university/content-assets/documents/fhm/dhr/chir/NSsynthesisguidanceVersion1-April2006.pdf>
- Quirke, S., Coombs, M., & McEldowney, R. (2011). Suboptimal care of the acutely unwell ward patient: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(8), 1834–1845.
- (14) Radeschi, G., Urso, F., Campagna, S., Berchialla, P., Borga, S., Mina, A., Penso, R., di Pietrantonj, C., & Sandroni, C. (2015). Factors affecting attitudes and barriers to a medical emergency team among nurses and medical doctors: A multi-centre survey. *Resuscitation*, *88*, 92–98.
- (15) Rihari-Thomas, J., DiGiacomo, M., Phillips, J., Newton, P., & Davidson, P. M. (2017). Clinician Perspectives of Barriers to Effective Implementation of a Rapid Response System in an Academic Health Centre: A Focus Group Study. *International Journal of Health Policy and Management*, *6*(8), 447–456.
- Roberts, S. E., John, A., Lewis, K. E., Brown, J., Lyons, R. A., & Williams, J. G. (2019). Weekend admissions and mortality for major acute disorders across England and Wales: record linkage cohort studies. *BMC Health Services Research*, *19*(1).
- (16) Rotella, J. A., Yu, W., Ferguson, J., & Jones, D. (2014). Factors Influencing Escalation of Care by Junior Medical Officers. *Anaesthesia and Intensive Care*, *42*(6), 723–729.

- Sharot, T. (2011). The optimism bias. *Current Biology*, 21(23), R941-R945.
- (17) Shearer, B., Marshall, S., Buist, M. D., Finnigan, M., Kitto, S., Hore, T., Sturgess, T., Wilson, S., & Ramsay, W. (2012). What stops hospital clinical staff from following protocols? An analysis of the incidence and factors behind the failure of bedside clinical staff to activate the rapid response system in a multi-campus Australian metropolitan healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 21(7), 569–575.
- Stafseth, S. K., Grønbeck, S., Lien, T., Randen, I., & Lerdal, A. (2016). The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 33–41.
- Stubbings, L., Chaboyer, W., & McMurray, A. (2012). Nurses' use of situation awareness in decision-making : an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1443-1453.
- Taylor-Adams, S., & Vincent, C. (2004). Systems analysis of clinical incidents: the London protocol. *Clinical Risk*, 10(6), 211–220
- Visser, P., Dwyer, A., Moran, J., Britton, M., Heland, M., Ciavarella, F., Schutte, S., & Jones, D. (2014). Medical emergency response in a sub-acute hospital : improving the model of care for deteriorating patients. *Australian Health Review*, 38(2), 169.
- Walker, R. M., Boorman, R. J., Vaux, A., Cooke, M., Aitken, L. M., & Marshall, A. P. (2021). Identifying barriers and facilitators to recognition and response to patient clinical deterioration by clinicians using a behaviour change approach: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5–6), 803–818.