

ANNEXES MÉMOIRE FREMAL OCÉANE

PROMOTEUR : FREDERIC THYS

CO-PROMOTEUR : LUDOVIC GERARD

Année académique 2020-2021

Table des matières

Annexe 5 : Résultats des questionnaires.....	1
Annexe 6 : Entretien Mme Durbecq, directrice du département infirmier.....	29
Annexe 7 : Entretien Mme Seront, directrice du département infirmier	36
Annexe 8 : Entretien Mme Hallaux, directrice du département infirmier.....	39
Annexe 9 : Entretien M. Pierre, directeur médical.....	45
Annexe 10 : Entretien Mme Dusart, directeur médical	51
Annexe 11 : Nombre de lits des hôpitaux interviewés	56
Annexe 12 : Données budgétaires nécessaires pour l'élaboration du budget.....	56

Annexe 5 : Résultats des questionnaires

Réponses enquête :

<i>Enquête</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Infirmiers</i>	39
<i>Médecins</i>	16
<i>Soins intensifs</i>	228

Statistiques descriptives par questions communes aux trois questionnaires

Les résultats ci-dessous sont les nombres bruts.

<i>Score alerte précoce</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Non</i>	140
<i>Oui</i>	142
<i>NA</i>	1

<i>Utilisation EWS</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Non</i>	212
<i>Oui</i>	71
<i>NA</i>	0

<i>Communication</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Jamais</i>	15
<i>Parfois</i>	184
<i>Souvent</i>	72
<i>Toujours</i>	2
<i>NA</i>	10

<i>Equipe d'intervention rapide</i>	<i>Fréquence</i>
<i>Non</i>	190
<i>Oui</i>	79
<i>NA</i>	14

<i>Bénéfice RRT</i>	<i>Fréquence</i>
<i>D'accord</i>	187
<i>Peut-être</i>	76
<i>Pas d'accord</i>	6
<i>NA</i>	14

Statistiques descriptives par questions communes

Les résultats ci-dessous sont les nombres bruts et les pourcentages en colonnes. Les valeurs manquantes ont été retirées pour calculer le pourcentage.

- *Score d'alerte précoce*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>		<i>Soins intensifs</i>	
<i>Non</i>	35	89,74 %	4	25%	101	44,49%
<i>Oui</i>	4	10,26 %	12	75%	126	55,51%
<i>NA</i>	0		0		1	

- *Utilisation score d'alerte précoce*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>		<i>Soins intensifs</i>	
<i>Non</i>	33	84,62%	7	43,75%	172	75,44%
<i>Oui</i>	6	15,38%	9	56,25%	56	24,56%

- *Communication*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>		<i>Soins intensifs</i>	
<i>Jamais</i>	1	2,56%	1	6,67%	13	5,94%
<i>Parfois</i>	19	48,72%	7	46,67%	158	72,15%
<i>Souvent</i>	17	43,59%	7	46,67%	48	21,92%
<i>Toujours</i>	2	5,13%	0	0%	0	0%
<i>NA</i>	0		1		9	

- *Equipe d'intervention rapide*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>		<i>Soins intensifs</i>	
<i>Non</i>	35	89,74%	10	66,67%	145	67,4%
<i>Oui</i>	4	10,26%	5	33,33%	70	32,56%
<i>NA</i>	0		1		13	

- *Bénéfice équipe d'intervention rapide*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>		<i>Soins intensifs</i>	
<i>Pas d'accord</i>	1	2,56%	0	0%	5	2,33%
<i>Peut-être</i>	11	28,21%	4	26,67%	61	28,37%
<i>D'accord</i>	27	69,23%	11	73,33%	149	69,30%
<i>NA</i>	0		1		13	

- Pensez-vous que ce système vous aiderait à déceler plus rapidement les patients à risque de se détériorer ?

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Pas d'accord</i>	2	6,06%	1	14,29%
<i>Peut-être</i>	13	39,39%	4	57,14%
<i>D'accord</i>	18	54,55%	2	28,57%
<i>NA</i>	6		9	

- Pensez-vous que ce système vous aide ou vous a déjà aidé à déceler plus rapidement les patients à risque de se détériorer ?

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Pas d'accord</i>	1	16,67%	1	11,11%
<i>Peut-être</i>	2	33,33%	1	11,11%
<i>D'accord</i>	3	50%	7	77,78%
<i>NA</i>	33		7	

- Pourquoi ?

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Aucune réponse ne me correspond</i>	3	9,09%	1	14,29%
<i>C'est un outil quotidien utile qui pourrait m'aider en complément de mes compétences</i>	22	66,67%	5	71,43%
<i>C'est une charge de travail supplémentaire. Mon expérience et mon jugement clinique me suffisent</i>	4	12,12%	1	14,29%
<i>Je suis déjà assez bien formé(e) pour déceler les signes de détérioration d'un patient</i>	4	12,12%	0	0%
<i>NA</i>	6		9	

- Pourquoi ?

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Aucune réponse ne me correspond</i>	3	50%	2	22,22%
<i>C'est un outil quotidien utile qui pourrait m'aider en complément de mes compétences</i>	3	50%	7	77,78%
<i>C'est une charge de travail supplémentaire. Mon expérience et mon jugement clinique me suffisent</i>	0	0%	0	0%
<i>Je suis déjà assez bien formé(e) pour déceler les signes de détérioration d'un patient</i>	0	0%	0	0%
<i>NA</i>	33		7	

- Seriez-vous prêt à être formé(e) à l'utilisation de ce score ?

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Non</i>	2	6,06%	0	0%
<i>Oui</i>	31	93,94%	6	100%
<i>NA</i>	6		10	

- Avez-vous besoin d'être à nouveau formé(e) à ce score ?

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Non</i>	3	50%	7	77,78%
<i>Oui</i>	3	50%	2	22,22%
<i>NA</i>	33		7	

- *Quel niveau de compétence pensez-vous détenir pour détecter les signes précoces de détection d'un patient ?*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Compétences avancées</i>	12	30,77%	5	3,33%
<i>Compétences faibles</i>	4	10,26%	0	0%
<i>Compétences modérées</i>	23	58,97%	10	66,67%
<i>NA</i>	0		1	

- *Aimeriez-vous être davantage formé(e) aux signes d'alerte précoce de détérioration d'un patient ?*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Pas d'accord</i>	1	2,56%	1	6,67%
<i>Peut-être</i>	6	15,38%	4	26,67%
<i>D'accord</i>	32	82,05%	10	66,67%
<i>NA</i>	0		1	

- *Depuis que vous avez commencé à travailler, avez-vous déjà participé à des exercices de simulations cliniques pour vous entraîner à réagir lors de situations critiques ?*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Non</i>	26	66,67%	5	33,33%
<i>Oui</i>	13	33,33%	10	66,67%
<i>NA</i>	0		1	

- *Pensez-vous que ce type d'exercices vous aiderait dans votre pratique quotidienne ?*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Pas d'accord</i>	2	5,13%	0	0%
<i>Peut-être</i>	9	23,08%	2	13,33%
<i>D'accord</i>	28	71,79%	13	86,67%
<i>NA</i>	0		1	

- *Seriez-vous prêt(e) à faire appel à une équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Pas d'accord</i>	1	2,56%	0	0%
<i>Peut-être</i>	8	20,51%	3	20%
<i>D'accord</i>	30	76,92%	12	80%
<i>NA</i>	0		1	

- *Quelle serait votre crainte principale si vous étiez amené(e) à mobiliser une équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Aucune crainte</i>	12	31,58%	10	66,67%
<i>Peur d'être jugé(e)</i>	5	13,16%	0	0%
<i>Peur de déranger</i>	3	7,89%	2	13,33%
<i>Peur que l'appel soit inadéquat</i>	18	47,37%	3	20%
<i>NA</i>	1		1	

- *Vous sentiriez-vous plus confiant(e) de savoir qu'une équipe d'intervention rapide peut venir vous aider en cas de besoin ?*

	<i>Infirmiers</i>		<i>Médecins</i>	
<i>Pas d'accord</i>	2	5,13%	1	6,67%
<i>Peut-être</i>	9	23,08%	2	13,33%
<i>D'accord</i>	28	71,79%	12	80%
<i>NA</i>	0		1	

Résultats des questionnaires des infirmiers des unités d'hospitalisations

Les résultats ci-dessous sont les nombres bruts et les pourcentages en colonnes.

- *Au cours de l'année écoulée, à combien de reprises avez-vous été amené(e) à faire appel à un médecin en raison de la détérioration d'un patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Entre 15 et 25 fois</i>	10	25.64
<i>Entre 5 et 15 fois</i>	14	35.90
<i>Moins de 5 fois</i>	6	15.38
<i>Plus de 25 fois</i>	9	23.08

- *Dans quelles circonstances, vous sentez-vous moins à l'aise d'appeler un médecin ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Lorsque je doute de la pertinence de mon appel</i>	14	35.90
<i>Lorsque le médecin se montre indisponible</i>	24	61.54
<i>NA</i>	1	2.56

- *Au cours de l'année écoulée, si vous avez dû contacter un/des médecin(s) en raison de la dégradation d'un patient, celui-ci s'est-il montré disponible pour gérer la situation et répondre à vos craintes ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Parfois</i>	4	10.26
<i>Souvent</i>	27	69.23
<i>Toujours</i>	8	20.51

- *Pensez-vous avoir déjà attendu trop longtemps avant d'appeler et prévenir un médecin ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	20	53,9
<i>Peut-être</i>	14	35,9
<i>D'accord</i>	4	10,26

- *Pensez-vous avoir déjà dû attendre trop longtemps avant que le médecin ne réponde à votre demande et ne gère la situation ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	12	30,77
<i>Peut- être</i>	5	12,82
<i>D'accord</i>	22	56,41

- *Un score d'alerte précoce ou early warning score en anglais est un système qui permet de détecter de manière précoce la détérioration clinique d'un patient en fonction de ses signes vitaux. Il est destiné à évaluer la gravité de l'état de santé d'un patient mais aussi à déceler une éventuelle dégradation de ce dernier au cours de son hospitalisation. Le but de ce score est d'initier une intervention et une prise en charge précoce. En avez-vous déjà entendu parler ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	35	89.74
<i>Oui</i>	4	10.26

- *Avez-vous déjà utilisé un score d'alerte précoce lorsque vous prenez soin des patients ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
--	------------------	--------------------

<i>Non</i>	33	84.62
<i>Oui</i>	6	15.38

- *Pensez-vous que ce système vous aiderait à déceler plus rapidement les patients à risque de se détériorer ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	2	5.13
<i>Peut-être</i>	13	33.33
<i>D'accord</i>	18	46.15
<i>NA</i>	6	15.38

- *Pensez-vous que ce système vous aide ou vous a aidé à déceler plus rapidement les patients à risque de se détériorer ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	2.56
<i>Peut-être</i>	2	5.13
<i>D'accord</i>	3	7.69
<i>NA</i>	33	84.62

- *Pourquoi ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Aucune réponse ne me correspond</i>	3	7.69
<i>C'est un outil quotidien utile qui pourrait m'aider, en complément de mes compétences</i>	22	56.41
<i>C'est une charge de travail supplémentaire. Mon expérience et mon jugement clinique me suffisent</i>	4	10.26
<i>Je suis déjà assez bien formé(e) pour déceler les signes de détérioration d'un patient</i>	4	10.26
<i>NA</i>	6	15.38

- Pourquoi ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Aucune réponse ne me correspond</i>	3	7.69
<i>C'est un outil quotidien utile qui m'a aidé/ m'aide, en complément de mes compétences</i>	3	7.69
<i>NA</i>	33	84,62

- *Pensez-vous que l'adoption d'un score d'alerte précoce vous permet ou vous a permis d'avoir des paramètres objectifs légitimant votre appel auprès du médecin lorsqu'un patient se dégrade ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	2	5.13
<i>Peut-être</i>	2	5.13
<i>D'accord</i>	2	5.13
<i>NA</i>	33	84.62

- *Pensez-vous que l'adoption d'un score d'alerte précoce vous permettrait d'avoir des paramètres objectifs légitimant votre appel auprès du médecin lorsqu'un patient se dégrade ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	6	15,39
<i>Peut-être</i>	11	28.21
<i>D'accord</i>	16	41.03
<i>NA</i>	6	15.38

- *Seriez-vous prêt(e) à être formé(e) à l'utilisation de ce score ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	2	5.13
<i>Oui</i>	31	79.49
<i>NA</i>	6	15.38

- *Avez-vous besoin d'être à nouveau formé(e) à ce score ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	3	7.69
<i>Oui</i>	3	7.69
<i>NA</i>	33	84.62

- *Pour quelle(s) raisons ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas dans nos pratique</i>	1	2.56
<i>Voir réponse précédente</i>	1	2.56
<i>NA</i>	37	94.87

- *Quel niveau de compétences pensez-vous détenir pour détecter les signes précoces de détérioration d'un patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Compétences avancées</i>	12	30.77
<i>Compétences faibles</i>	4	10.26
<i>Compétences modérées</i>	23	58.97

- *Aimeriez-vous davantage être formé(e) aux signes d'alerte précoce de détérioration d'un patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	2.56
<i>Peut-être</i>	6	15.38
<i>D'accord</i>	32	82.05

- *Depuis que vous avez commencé à travailler, avez-vous déjà participé à des exercices de simulations cliniques pour vous entraîner à réagir lors de situation critiques ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	26	66.67
<i>Oui</i>	13	33.33

- *Pensez-vous que ce type d'exercice vous aiderait dans votre pratique quotidienne ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	2	5.13
<i>Peut-être</i>	9	23.08
<i>D'accord</i>	28	71.79

- *Estimez-vous que la communication et la transmission d'informations concernant un patient qui se dégrade, se déroule toujours de manière claire et précise ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Jamais</i>	1	2.56
<i>Parfois</i>	19	48.72
<i>Souvent</i>	17	43.59
<i>Toujours</i>	2	5.13

- *Une équipe d'intervention rapide est différente de l'équipe ARCA. Il s'agit d'une équipe de soins mobiles aux patients hospitalisés fournissant une réponse rapide et structurée pour prévenir les événements indésirables. Le concept est de faire arriver ces équipes spécialisées auprès de la victime plutôt que de faire directement venir la victime aux soins intensifs. Ces derniers doivent avoir en leur possession tout le matériel nécessaire pour dispenser des soins au chevet du patient. Le patient sera donc autant que possible stabilisé à l'étage et transféré vers l'unité des soins intensifs si son état le nécessite. Celle-ci est généralement composée d'infirmières et de médecins. En avez-vous déjà entendu parler ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	35	89.74
<i>Oui</i>	4	10.26

- *Pensez – vous que la création d'une équipe d'intervention rapide peut être bénéfique pour le patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	2.56
<i>Peut-être</i>	11	28.21
<i>D'accord</i>	27	69.23

- *Seriez-vous prêt(e) à faire appel à une équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	2.56
<i>Peut-être</i>	8	20.51
<i>D'accord</i>	30	76.92

- *Quelle serait votre crainte principale si vous étiez amené(e) à mobiliser une équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Aucune crainte</i>	12	30.77
<i>Peur d'être jugé(e)</i>	5	12.82
<i>Peur de déranger</i>	3	7.69
<i>Peur que l'appel soit inadéquat</i>	18	46.15
<i>NA</i>	1	2.56

- *Vous sentiriez-vous plus confiant(e) de savoir qu'une équipe d'intervention rapide peut venir vous aider en cas de besoin ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	2	5.13
<i>Peut-être</i>	9	23.08
<i>D'accord</i>	28	71.79

- *Vous sentiriez-vous plus à l'aise si vous pouviez vous adresser et demander conseil à un(e) infirmier(e) des soins intensifs appartenant à l'équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	2.56
<i>Peut-être</i>	13	33.33
<i>D'accord</i>	25	64.10

- *Dans le cadre de votre pratique, préféreriez - vous :*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Bénéficiaire de la présence d'une équipe d'intervention rapide en cas de besoin</i>	9	23.08
<i>Être formé(é) aux signes précoces de détérioration d'un patient</i>	30	76.92

- Avez-vous des commentaires et/ou des suggestions à faire ?

	Fréquence	Pourcentage
<i>Après 11 ans d'expérience hospitalière, les états de dégradation sont gérés à l'étage par l'équipe du service. Si le patient est instable, il est parfois d'abord envoyé à l'HP avant d'éventuellement passer à l'USI. Je ne vois pas très bien dans quelles situations appeler cette équipe. Ici, 3 situations, soit le patient se stabilise et reste à l'étage, problème pris en charge par l'équipe du service, soit il est instable et le médecin décide de descendre le patient à l'HP pour monito, soit DEG+++ instable, alors le patient est envoyé à l'USI.</i>	1	2.56
<i>Formation par unité</i>	1	2.56
<i>Il serait très opportun d'avoir ce système de score et d'être formé.</i>	1	2.56
<i>La présence a l'hôpital de cette équipe spécialisée serait très utile pour la prise en charge des patients avec un projet thérapeutique qui ne permet pas l'admission a l'usi. La présence du médecin faisant part se cette équipe spécialisée est souhaitée.</i>	1	2.56
NA	35	89.74

Années d'expériences :

##	Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
##	0.000	3.250	5.000	8.167	11.500	33.000

Résultats des questionnaires des médecins des unités d'hospitalisations

Les résultats ci-dessous sont les nombres bruts et les pourcentages en colonnes.

- *Au cours de l'année écoulée, à combien de reprises avez-vous été amené(e) à faire appel à un médecin des soins intensifs en raison de la détérioration d'un patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Entre 15 et 25 fois</i>	2	12.5
<i>Entre 5 et 15 fois</i>	14	87.5

- *Pensez-vous vous montrer disponible pour répondre aux questions des infirmier(e)s ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>La plupart du temps</i>	9	56.25
<i>Toujours</i>	7	43.75

- *Pensez-vous déjà avoir attendu trop longtemps avant de demander un transfert aux soins intensifs ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	6	37.50
<i>Peut-être</i>	7	43.75
<i>D'accord</i>	3	18.75

- *Généralement, lorsque que vous voulez transférer un de vos patients aux soins intensifs, la demande de transfert est-elle acceptée ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Parfois</i>	7	43.75
<i>Souvent</i>	8	50.00
<i>Toujours</i>	1	6.25

- *Au cours de l'année écoulée, si vous avez été confronté(e) à un refus de transfert d'un/de patient(s) aux soins intensifs, l'état du/des patient(s) s'est-il dégradé ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Jamais</i>	2	12.5
<i>Parfois</i>	12	75.0
<i>Souvent</i>	2	12.5

- *Un score d'alerte précoce ou early warning score en anglais est un système qui permet de détecter de manière précoce la détérioration clinique d'un patient en fonction de ses signes vitaux. Il est destiné à évaluer la gravité de l'état de santé d'un patient mais aussi à déceler une éventuelle dégradation de ce dernier au cours de son hospitalisation. Le but de ce score est d'initier une intervention et une prise en charge précoce. En avez-vous déjà entendu parler ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	4	25
<i>Oui</i>	12	75

- *Avez-vous déjà utilisé un score d'alerte précoce lorsque vous prenez soin des patients ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	7	43.75
<i>Oui</i>	9	56.25

- *Pensez-vous que ce système vous aiderait à déceler plus rapidement les patients à risque de se détériorer ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	6.25
<i>Peut-être</i>	4	25.00
<i>D'accord</i>	2	12.50
<i>NA</i>	9	56.25

- *Pensez-vous que ce système vous aide ou vous a aidé à déceler plus rapidement les patients à risque de se détériorer ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	6.25
<i>Peut-être</i>	1	6.25
<i>D'accord</i>	7	43.75
<i>NA</i>	7	43.75

- Pourquoi ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Aucune réponse ne me correspond</i>	1	6.25
<i>C'est un outil quotidien utile qui pourrait m'aider, en complément de mes compétences</i>	5	31.25
<i>C'est une charge de travail supplémentaire. Mon expérience et mon jugement clinique me suffisent</i>	1	6.25
<i>NA</i>	9	56.25

- Pourquoi ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Aucune réponse ne me correspond</i>	2	12.50
<i>C'est un outil quotidien utile qui m'a aidé/ m'aide, en complément de mes compétences</i>	7	43.75
<i>NA</i>	7	43.75

- Pensez-vous que l'adoption d'un score d'alerte précoce vous permet ou vous a permis d'avoir des paramètres objectifs légitimant votre demande de transfert vers les soins intensifs lorsqu'un patient se dégrade ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Peut-être</i>	5	31.25
<i>D'accord</i>	1	6.25
<i>NA</i>	10	62.50

- Pensez-vous que l'adoption d'un score d'alerte précoce vous permettrait d'avoir des paramètres objectifs légitimant votre demande de transfert vers les soins intensifs lorsqu'un patient se dégrade ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Peut-être</i>	3	18.75
<i>D'accord</i>	6	37.50
<i>NA</i>	7	43.75

- *Seriez-vous prêt(e) à être formé(e) à l'utilisation de ce score ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	6	37.5
<i>Oui</i>	10	62.5

- *Avez-vous besoin d'être à nouveau formé(e) à ce score ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	7	43.75
<i>Oui</i>	2	12.50
<i>NA</i>	7	43.75

- *Pour quelle(s) raisons ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>NA</i>	16	100

- *Quel niveau de compétences pensez-vous détenir pour détecter les signes précoces de détérioration d'un patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Compétences avancées</i>	5	31.25
<i>Compétences faibles</i>	10	62.50
<i>Compétences modérées</i>	1	6.25

- *Aimeriez-vous davantage être formé(e) aux signes d'alerte précoce de détérioration d'un patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	6.25
<i>Peut-être</i>	4	25.00
<i>D'accord</i>	10	62.50
<i>NA</i>	1	6.25

- *Depuis que vous avez commencé à travailler, avez-vous déjà participé à des exercices de simulations cliniques pour vous entraîner à réagir lors de situation critiques ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	5	31.25
<i>Oui</i>	10	62.50
<i>NA</i>	1	6.25

- *Pensez-vous que ce type d'exercice vous aiderait dans votre pratique quotidienne ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Peut-être</i>	2	12.50
<i>D'accord</i>	13	81.25
<i>NA</i>	1	6.25

- *Estimez-vous que la communication et la transmission d'informations concernant un patient qui se dégrade, se déroule toujours de manière claire et précise ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Jamais</i>	1	6.25
<i>Parfois</i>	7	43.75
<i>Souvent</i>	7	43.75
<i>Toujours</i>	1	6.25

- *Une équipe d'intervention rapide est différente de l'équipe ARCA. Il s'agit d'une équipe de soins mobiles aux patients hospitalisés fournissant une réponse rapide et structurée pour prévenir les événements indésirables. Le concept est de faire arriver ces équipes spécialisées auprès de la victime plutôt que de faire directement venir la victime aux soins intensifs. Ces derniers doivent avoir en leur possession tout le matériel nécessaire pour dispenser des soins au chevet du patient. Le patient sera donc autant que possible stabilisé à l'étage et transféré vers l'unité des soins intensifs si son état le nécessite. Celle-ci est généralement composée d'infirmières et de médecins. En avez-vous déjà entendu parler ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	10	62.50
<i>Oui</i>	5	31.25
<i>NA</i>	1	6.25

- *Pensez – vous que la création d'une équipe d'intervention rapide peut être bénéfique pour le patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Peut-être</i>	4	25.00
<i>D'accord</i>	11	68.75
<i>NA</i>	1	6.25

- *Seriez-vous prêt(e) à faire appel à une équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Peut-être</i>	3	18.75
<i>D'accord</i>	12	75.00
<i>NA</i>	1	6.25

- *Quelle serait votre crainte principale si vous étiez amené(e) à mobiliser une équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Aucune crainte</i>	10	62.50
<i>Peur de déranger</i>	2	12.50
<i>Peur que l'appel soit inadéquat</i>	3	18.75
<i>NA</i>	1	6.25

- *Vous sentiriez-vous plus confiant(e) de savoir qu'une équipe d'intervention rapide peut venir vous aider en cas de besoin ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	1	6.25
<i>Peut-être</i>	2	12.50
<i>D'accord</i>	12	75.00
<i>NA</i>	1	6.25

- *Dans le cadre de votre pratique, préféreriez - vous :*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Bénéficiaire de la présence d'une équipe d'intervention rapide en cas de besoin</i>	6	37.50
<i>Être formé(é) aux signes précoces de détérioration d'un patient</i>	9	56.25
	1	6.25

- *Avez-vous des commentaires et/ou suggestion ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Tres bonne initiative</i>	1	6.25
<i>NA</i>	15	93.75

Années d'expériences :

##	Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
##	3.000	4.375	5.000	5.781	6.000	13.000

Résultats des questionnaires des soins intensifs

Les résultats ci-dessous sont les nombres bruts et les pourcentages en colonnes.

- *Quelle fonction avez-vous ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Infirmiers</i>	207	90,79
<i>Médecins</i>	20	8,77
<i>NA</i>	1	0,44

- *Un score d'alerte précoce ou early warning score en anglais est un système qui permet de détecter de manière précoce la détérioration clinique d'un patient en fonction de ses signes vitaux. Il est destiné à évaluer la gravité de l'état de santé d'un patient mais aussi à déceler une éventuelle dégradation de ce dernier au cours de son hospitalisation. Le but de ce score est d'initier une intervention et une prise en charge précoce. En avez-vous déjà entendu parler ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	101	44.30
<i>Oui</i>	126	55.26
<i>NA</i>	1	0.44

- *Avez-vous déjà utilisé un score d'alerte précoce lorsque vous prenez soin des patients ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	172	75.44
<i>Oui</i>	56	24.56

- Pensez-vous que ce système aiderait le personnel des unités de soins (hors unités de soins intensifs et urgences) à détecter plus rapidement les patients à risque de se détériorer ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	6	2,63
<i>Peut-être</i>	58	25.44
<i>D'accord</i>	163	71.49
<i>NA</i>	1	0.44

- Pensez-vous que l'implémentation de score d'alerte précoce dans les hôpitaux diminuerait les admissions aux soins intensifs ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	21	9,21
<i>Peut-être</i>	111	48.68
<i>D'accord</i>	94	41.23
<i>NA</i>	2	0.88

- Pourquoi ?

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Cela permettrait d'assurer une communication cohérente entre les différents professionnels de la santé</i>	15	6.58
<i>Cela permettrait un suivi particulier pour les patients à risque de se dégrader</i>	40	17.54
<i>Cela permettrait un suivi particulier pour les patients à risque de se dégrader, Cela permettrait d'assurer une communication cohérente entre les différents professionnels de la santé</i>	59	25.88
<i>Le personnel soignant ne remplirait pas correctement le score</i>	1	0.44
<i>Le personnel soignant ne remplirait pas correctement le score, Cela permettrait un suivi particulier pour les patients à risque de se dégrader</i>	2	0.88
<i>Le personnel soignant ne remplirait pas correctement le score, Un score ne remplace pas le jugement clinique d'un professionnel de la santé</i>	12	5.26
<i>Le personnel soignant ne remplirait pas correctement le score, Un score ne remplace pas</i>	1	0.44

<i>le jugement clinique d'un professionnel de la santé, Cela permettrait d'assurer une communication cohérente entre les différents professionnels de la santé</i>		
<i>Le personnel soignant ne remplirait pas correctement le score, Un score ne remplace pas le jugement clinique d'un professionnel de la santé, Cela permettrait un suivi particulier pour les patients à risque de se dégrader</i>	3	1.32
<i>Le personnel soignant ne remplirait pas correctement le score, Un score ne remplace pas le jugement clinique d'un professionnel de la santé, Cela permettrait un suivi particulier pour les patients à risque de se dégrader, Cela permettrait d'assurer une communication cohérente entre les différents professionnels de la santé</i>	5	2.19
<i>Un score ne remplace pas le jugement clinique d'un professionnel de la santé</i>	24	10.53
<i>Un score ne remplace pas le jugement clinique d'un professionnel de la santé, Cela permettrait d'assurer une communication cohérente entre les différents professionnels de la santé</i>	6	2.63
<i>Un score ne remplace pas le jugement clinique d'un professionnel de la santé, Cela permettrait un suivi particulier pour les patients à risque de se dégrader</i>	28	12.28
<i>Un score ne remplace pas le jugement clinique d'un professionnel de la santé, Cela permettrait un suivi particulier pour les patients à risque de se dégrader, Cela permettrait d'assurer une communication cohérente entre les différents professionnels de la santé</i>	25	10.96
NA	7	3.07

- *Seriez-vous prêt à admettre un patient en vous basant exclusivement sur les résultats d'un score d'alerte précoce ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	140	57,02
<i>Peut-être</i>	66	28.95
<i>D'accord</i>	25	10.96
NA	7	3.07

- *Estimez-vous que la communication et la transmission d'informations concernant un patient qui se dégrade, se déroule toujours de manière claire et précise ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Jamais</i>	13	5.70
<i>Parfois</i>	158	69.30
<i>Souvent</i>	48	21.05
<i>Toujours</i>	9	3.95

- *Une équipe d'intervention rapide est différente de l'équipe ARCA. Il s'agit d'une équipe de soins mobiles aux patients hospitalisés fournissant une réponse rapide et structurée pour prévenir les événements indésirables. Le concept est de faire arriver ces équipes spécialisées auprès de la victime plutôt que de faire directement venir la victime aux soins intensifs. Ces derniers doivent avoir en leur possession tout le matériel nécessaire pour dispenser des soins au chevet du patient. Le patient sera donc autant que possible stabilisé à l'étage et transféré vers l'unité des soins intensifs si son état le nécessite. Celle-ci est généralement composée d'infirmières et de médecins. En avez-vous déjà entendu parler ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Non</i>	145	63.6
<i>Oui</i>	70	30.7
<i>NA</i>	13	5.7

- *Pensez – vous que la création d'une équipe d'intervention rapide peut être bénéfique pour le patient ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	5	2.19
<i>Peut-être</i>	61	26.75
<i>D'accord</i>	149	65.35
<i>NA</i>	13	5.70

- *Accepteriez-vous de faire partie de cette équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	18	7,89
<i>Peut-être</i>	50	21.93
<i>D'accord</i>	146	64.04
	14	6.14

- Pour quelle(s) raison(s) ?

	Fréquence	Pourcentage
Les patients sont déjà suivis par des médecins à l'étage.... Pourquoi encore venir avec un autre service ???	1	0.44
Pas l'envie	1	0.44
Pas très intéressant	1	0.44
Sans avoir plus de précisions, je ne m'y engagerais pas...et si c'est encore pour déforcer l'équipe usi, je ne suis pas d'accord.	1	0.44
NA	224	98.25

- Pensez-vous que l'existence d'une équipe d'intervention rapide peut déforcer l'équipe et avoir un impact négatif sur la prise en charge de vos patients ?

	Fréquence	Pourcentage
Pas d'accord	60	26,31
Peut-être	89	39.04
D'accord	65	28.51
NA	14	6.14

- Avez-vous déjà subi une charge de travail supplémentaire suite au départ de certains membres de votre équipe lors d'interventions de type ARCA actuellement mis en place ?

	Fréquence	Pourcentage
Jamais	24	10.53
Parfois	90	39.47
Souvent	72	31.58
Toujours	27	11.84
NA	15	6.58

- Lors de vos interventions, pensez-vous que vous auriez pu être appelé plus tôt et que la dégradation d'un patient aurait pu être évité ?

	Fréquence	Pourcentage
Jamais	7	3.07
Parfois	109	47.81
Souvent	94	41.23
NA	18	7.89

- *Seriez-vous prêt(e) à vous rendre disponible pour répondre aux éventuelles questions et conseiller les infirmier(e)s des unités de soins ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Pas d'accord</i>	9	3,95
<i>Peut-être</i>	46	20.18
<i>Positif</i>	155	67.98
<i>NA</i>	18	7.89

- *Si vous deviez vous positionner, seriez-vous pour ou contre la création d'une équipe d'intervention rapide ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Contre</i>	24	10.53
<i>Pour</i>	187	82.02
<i>NA</i>	17	7.46

- *Pour quelle(s) raisons ?*

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Ce serait peut-être mal vu par l'équipe qui s'occupe du patient à l'étage d'hospitalisation. Et difficile à mettre en place, à organiser en plus de l'équipe Arca, au niveau des effectifs.</i>	1	0.44
<i>Dans notre unité nous sommes déjà trop peu nombreux que le service serai déforcé, de plus ça dépend quel médecin monte avec l'infirmière. Le service des urgences serait peut-être plus indiqué</i>	1	0.44
<i>Déjà beaucoup de travail au sein de mon équipe, ARCA chez nous, si on doit encore prendre du personnel pour aller faire des soins à l'étage on est encore moins nombreux</i>	1	0.44
<i>Effet doublon</i>	1	0.44
<i>Ils sont infirmiers comme nous, ils doivent pouvoir gérer leurs patients...</i>	1	0.44
<i>J'ai l'impression qu'il s'agit là d'une forme d'ingérence dans la prise en charge des patients à l'étage. Quel message veut-on faire passer ? "Les médecins de l'étage sont incompétents pour gérer des patients "limites" dans leur service, mais nous la réa nous allons leur apprendre comment travailler. Il me semble que c'est le job des médecins d'étage de gérer leurs patients, et qu'avec la charge de travail déjà présente à l'Usi on ne va pas s'en sortir si on doit en plus créer</i>	1	0.44

des brigades de gestion des cas d'étage... De plus je ne comprends pas bien quels types de patients seront inclus... N'y a-t-il pas un risque de retard de prise en charge à l'Usi et dans de meilleures conditions ? Et de plus, pour les infirmières d'étages déjà débordées, je n'aimerais pas être à leur place et devoir garder des patients border line... Elles n'ont pas les ressources humaines et matérielles pour ça. Concrètement je ne comprends pas en quoi cela consisterait... Poser des voies, mettre en route un traitement ? Rien d'infirmier là-dedans à mon sens. Maintenant, si des études prouvent le contraire et qu'un modèle a déjà été éprouvé avec résultats à la clé pourquoi pas. Le seul intérêt à mon avis se situe au niveau du patient qu'il ne faudra pas déplacer. Si les médecins d'étages faisaient le job et écoutaient l'avis des infirmières peut-être que cela ne serait pas nécessaire en fait. La réa n'a pas à pallier les carences de certains !

Je ne vois pas ce que cela apporterait, ou à quoi ça devrait ressembler, du middle care mobile ?? Je pense qu'il faudrait former le personnel des unités de soins aux signes de dégradations ainsi qu'à une communication structurée et précise lors de dégradation de l'état de santé des patients. L'équipe ARCA est là pour les situations critiques. Sinon gestion en salle ou transfert aux soins intensifs au besoin.

Je pense que remplir une feuille de score prend du temps. Lorsqu'on intervient en ARCA, l'infirmière n'est parfois déjà pas au courant que le patient est NTBR menant déjà à la réanimation d'une personne qui était déjà en fin de vie. Les documents de projet thérapeutique ne sont pas toujours bien remplis ou mis à jour. Donc je pense que rajouter encore une feuille de score rajoute une "charge" de travail en plus. On peut avoir tous les documents de score à remplir, s'il y a un manque de communication, c'est déjà raté. De plus, l'évaluation de la dégradation d'un patient peut être parfois "subjective" d'un soignant à l'autre. L'idéal pour moi, ce serait l'existence d'un middle care après qu'un médecin de réanimation ou des urgences aient été évalué le patient et pris connaissance du dossier de patient.

1	0.44
---	------

1	0.44
---	------

1	0.44
---	------

Je serais pour si ces personnes de l'équipe d'intervention rapide étaient en surplus et n'étaient pas comptés dans le staff des soins intensifs. Si en plus de notre travail aux soins intensifs et de monter à l'ARCA s'il sonne on doit aussi faire partie de cette équipe d'intervention rapide, ce n'est pas possible, on ne saurait plus s'occuper de nos patients aux soins intensifs. Le manque d'effectif qui se récite déjà beaucoup et la charge de travail qui n'a de cesse d'augmenter ainsi que l'absence complète de reconnaissance d'un travail lourd Les conséquences rarement pris en compte et la perte de qualité auprès des patients présents déjà au niveau des soins Les infirmières de l'étage risquent de voir d'un très mauvais œil l'intervention de cette équipe. Il faudrait bien présenter son rôle afin qu'elles ne se sentent pas sous estimées

Manque de personnel

Nous subissons déjà une grosse charge de travail aux soins, je pense que former le personnel à l'étage à la reconnaissance des signes de dégradation serait plus judicieux

Pas évident de trouver du personnel en plus, stabiliser un patient qui nécessite pas spécialement de soins intensifs fait partie des tâches du personnel de salle, et si le patient est vraiment instable les intensivistes devrait juste venir le voir plus tôt

Puiser dans le staff infirmier d'une unité qui n'est pas reconnue en Belgique (soins intensifs pédiatriques) est un non sens car la charge de travail nous empêche souvent de prodiguer des soins de qualité aux enfants. De plus, l'appréciation de l'état de l'enfant se fait par les médecins des soins intensifs et les infirmières du service concernés stabilisent l'enfant. Si impossibilité matérielle ou « manque de bras » l'enfant descend aux soins pour une prise en charge plus rigoureuse (scope, matériel spécifique,...)=> pas de nécessité d'emporter la moitié du service pour prodiguer des soins. Ceci étant, une fois reconnu et avec un protocole clair pourquoi pas...

Si les équipes étaient dotées d'un nombre suffisant d'infirmiers, le temps passé auprès du

1 0.44

1 0.44

1 0.44

1 0.44

1 0.44

1 0.44

1 0.44

1 0.44

1 0.44

patient serait déjà plus long et permettrait de surveiller ces signes de dégradation éventuels. Donc moins de patients par infirmier! Les médecins devraient être plus présents et mieux connaître leurs patients. L'encadrement est aussi trop faible et surtout en période de garde! Travail supplémentaire pour les équipes de soins intensif déjà débordees
Une équipe au complet sera plus efficace pour un suivi du patient que d'appeler une équipe extérieure en fonction du score du ps. Où trouver les membres de cette équipe supplémentaire ?
 NA

1	0.44
1	0.44
208	91.23

- Selon vous, dans un premier temps, serait-il plus pertinent de :

	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Créer des équipes d'intervention rapide</i>	49	21.49
<i>Former le personnel des unités de soins aux signes précoces de détérioration des patients</i>	161	70.61
NA	18	7.89

Années d'expériences :

##	Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
##	0.00	5.00	10.00	12.56	19.00	41.00

Annexe 6 : Entretien Mme Durbecq, directrice du département infirmier

- *Pouvez-vous vous présenter ? Depuis combien de temps travaillez-vous ? Quelle est votre fonction exacte ? Quel est votre rôle au sein de l'hôpital ?*
- Joelle Durbecq. Je suis directrice du département infirmier depuis 9 ans. J'ai exercé toute ma carrière à Saint Luc. Je suis dans des rôles de leader depuis 1990. Je suis devenue infirmière cheffe en 1990.
- *Combien de lits d'hospitalisations et de lits de soins intensifs avez-vous au sein de votre hôpital ?*
- On a 973 lits agréés dont 36 agréés soins intensifs et 58 physiquement. Autrement dit, il y a 1000 lits dans cet hôpital.
- *Avez-vous déjà entendu parler des scores d'alerte précoce ?*
- J'en ai juste entendu parler par un collègue. Je sais que ça nous permet de détecter un patient qui risque de mal tourner et de savoir si, soit il doit descendre aux soins intensifs, soit avoir un encadrement supérieur à l'étage. Mais, comme on ne le pratique pas ici, je connais uniquement ce concept de manière intellectuelle.
- *J'ai vu que le MEWS était intégré dans le TPI², les infirmières vont donc être formées pour utiliser ce score ?*
- Le MEWS existe dans TPI², il est utilisé dans certains pays comme aux Etats-Unis. Dans le déploiement du TPI², c'est en discussion avec le corps médical. Le médical est un peu effrayé de ce que ça implique car si on fait ça, il va y avoir des descentes aux soins intensifs beaucoup plus importantes. On n'est pas allé jusqu'au bout pour prendre une décision. Ce sont des sujets qui doivent être repris. Nous n'avons pas d'accord médical pour dire « nous utilisons la MEWS ». Nous pourrions l'utiliser mais il va falloir la pondérer autrement qu'aux Etats-Unis, sinon nos soins ne suffiront pas.
- *Au niveau infirmier, seriez-vous « pour » l'utilisation de ces scores ? C'est plus au niveau médical qu'il y a une réticence ? Le programme est là. Mais le problème est de former le personnel et surtout recevoir l'accord au niveau médical.*
- En tant que directrice infirmières, évidemment. Pour assurer la sécurité des soins, c'est une échelle qui est évidemment super intéressante, d'autant plus quand on voit la réalité de terrain. Pour avoir été cadre infirmier en cardiaque, j'ai vu de nombreuses fois des infirmières qui se sont dit qu'un patient devait descendre aux soins intensifs mais n'avaient pas d'arguments pertinents pour se faire entendre. Parfois, le patient n'a pas dû descendre aux soins mais, d'autre fois, c'était précurseur et c'était là où le patient

devait être. A l'étage, on n'a pas le staff nécessaire pour surveiller le patient. On a des patients qui se dégradent la nuit sans que l'infirmière le voie parce qu'elle est seule et que les portes sont fermées. Ces échelles permettent de détecter ces choses bien avant que cela ne se produise.

- *En fonction du score, la première étape est d'augmenter la fréquence de prise des paramètres. Ça permet d'anticiper la dégradation du patient.*
- Oui, ce serait vraiment bien. Surtout que dans cet hôpital, on fonctionne avec beaucoup d'intérim. La surveillance n'est pas pareille qu'avec une infirmière chevronnée. Je suis vraiment pour l'utilisation de ces scores et je pense que les médecins pourraient l'être aussi. Mais, ils ne sont pas tous du même avis. Il faudrait pouvoir quasiment pondérer cette échelle en fonction du médecin.
- *Pensez-vous que le personnel soignant se sent assez formé pour détecter les signes de détérioration d'un patient ?*
- Ça dépend ce que vous appelez « formé ». L'avantage chez nous est que nous travaillons en filière et donc le patient que l'infirmière surveille est bien souvent de sa spécialité. On a un type de patient que l'on connaît bien. Donc une infirmière grâce à son expérience compense peut-être cette formation qu'elle n'a pas au départ. Mais, on a beaucoup de jeunes infirmières et même si on a de l'expérience, il faut des conditions de travail qui vous permettent de passer un peu de temps avec le patient pour sentir tout ça. Je pense qu'on a déjà beaucoup de choses en termes de qualité d'infirmières et on a des anciennes infirmières dans tous les services. Mais l'environnement de travail est quand même complexe et fait qu'il y a tellement de choses qui se passent dans les unités de soins que l'infirmière doit tout faire et ne peut pas se concentrer. Après ça, la formation permet de compenser le manque d'expérience et de ne pas être en état de stress quand ça arrive. Donc les formations, il en faut.
- *Proposez-vous des formations ?*
- Oui. Nous en proposons beaucoup, surtout en interne. Nous avons la chance d'avoir de bons formateurs qui sont des professionnels, que ce soient des médecins, des infirmières. Ce sont des personnes d'expertises qui maîtrisent bien. Ils ont la connaissance pratique. Il y a aussi des formations extérieures
- *Je sais aussi que vous proposez des exercices de simulation clinique aux soins intensifs, mais faites-vous cela avec le personnel soignant des étages ?*
- On a commencé petit à petit. Pour faire une simulation, il faut réserver le lit et une chambre alors que le taux d'occupation est déjà tellement important. Donc, c'est un peu

compliqué mais on l'a fait. Ce n'était pas pour former le personnel de l'étage. On simulait un ARCA à l'étage et c'est l'équipe des soins qui montait. Le personnel de l'étage n'était pas nécessairement impliqué mais ils voient arriver et c'était quand même en périphérie. C'était pour permettre aux soins intensifs de voir les lieux qu'ils ne connaissent pas forcément et qui ne sont pas leur environnement habituel. L'étape suivante est l'intégration du personnel de l'étage. Mais je ne sais pas si on est arrivé à cette étape là avant l'arrivée du COVID car il faut bloquer une chambre et c'est difficile en ce moment. Mais la simulation est une méthode d'apprentissage extraordinaire faite en équipe pluridisciplinaire. Mais au niveau organisationnel, c'est un peu compliqué. Ça nous a permis de nous poser des questions qui sont peut-être osées : ici à Saint-Luc, on est dans un environnement où, quand il y a un ARCA, l'équipe de spécialistes arrive dans les 3 minutes, faut-il donc que tout notre personnel soit formé en sachant que dans tous les événements indésirables que nous déclarons, ce qui pose problème, ce sont les manœuvres de respiration : le ballon. Dieu sait qu'une fois sur deux, on ne sait pas le monter, ou alors il est monté à l'envers, ou ce fameux sac qu'on a mis partout qui nécessite un contrôle x fois par an pour voir si le matériel n'est pas périmé. On doit former le personnel en présentiel à refaire toutes les manœuvres. C'est une organisation incroyable. Quand l'ARCA arrive, vous n'en faites pas assez souvent pour être très à l'aise. Pour finir, ne doit-on pas concentrer notre énergie sur les manœuvres cardiaques car c'est ça qui va sauver le patient ? Tandis que la respiration qui est la phase la plus complexe tant au niveau matériel qu'au niveau de l'apprentissage fait qu'on n'est pas très pertinent. Cette question a été posée, mais après, il faut oser franchir le pas et lever les tabous. Mais on ne l'a pas fait... On met énormément d'énergie à ce que les infirmières soient formées et aux endroits où il y a le plus d'ARCA, en cardiaque évidemment. Mais bon avec le turn-over des infirmières, c'est sans cesse. Ce sont des questions qui sont là et que je trouve intéressantes de poser et peut être que l'on saura être innovant dans la réanimation à Saint-Luc.

- *Avez-vous déjà entendu parler des équipes d'intervention rapide ? Ce sont des équipes à différencier des équipes ARCA. Ce concept a été beaucoup développé aux Etats-Unis, en Australie et en Scandinavie mais peu utilisé chez nous. Les équipes sont composées de médecins et d'infirmières et sont déployées quand un patient se dégrade mais avant qu'il soit en ARCA. Ne serait-il pas intéressant de créer ce genre d'équipe dans nos hôpitaux ? En plus d'une équipe ARCA. J'aimerais avoir votre avis à ce sujet.*
- Le médecin de cette équipe aurait quoi comme spécialité ?

- *Le médecin viendrait à priori des soins intensifs. Il y a déjà un hôpital dans la périphérie de Bruxelles qui fonctionne avec ce concept. L'équipe est composée d'un médecin des soins intensifs. Cette équipe a déjà été appelée pour un patient qui faisait un OAP. L'assistant de l'étage était complètement stressé et ne savait plus quoi faire pour ce patient. Les infirmières ont appelé le médecin qui a géré la situation. Donc d'abord, on rapproche la fréquence de prises des paramètres, ensuite on appelle le médecin de l'étage et si l'état du patient se dégrade encore, alors on appelle cette équipe qui a toute cette expertise des soins intensifs et une autre vision clinique. Avez-vous déjà entendu parler de ça ?*
- Comme ça, non
- *Et qu'en pensez-vous ?*
- Ce serait sûrement un plus. Mais d'un autre côté ? Qu'est-ce que ça nous apporte de plus que ce que nous avons déjà aujourd'hui ? Dans le sens où, comme nos soins sont déjà spécialisés, il y a des liens qui se créent, comme, pour avoir connu la cardiaque, quand un patient se dégradait en cardiaque avant d'appeler l'ARCA, on appelait les soins intensifs, et régulièrement les soins intensifs montaient et donnaient un avis. Ça bloquait lorsqu'ils mettaient longtemps à monter, et parfois, même s'ils ne montaient, on ne descend pas le patient avec toute la frustration de se dire que l'on laisse un patient instable à l'étage. On a déjà les prémisses de ce concept. De plus, nous sommes un hôpital académique dans lequel il est difficile pour un médecin de dire qu'il ne sait pas.
- *Chaque hôpital a le droit d'envisager et de gérer cette équipe comme il l'entend. Mais imaginons qu'une infirmière se rende compte que le médecin ne sait pas, elle pourrait outrepasser le médecin, même si je sais que ce sont des sujets délicats à aborder. Mais dans la réalité, on ne sait pas tout et on pourrait demander l'avis de cette équipe spécialisée.*
- Dans la culture que vous mettez dans une institution, on peut dire « j'ai le droit de ne pas savoir, j'ai le droit de demander de l'aide » mais les personnes qui montent doivent aussi être dans cette optique et dire « je viens aider » et ne pas penser « Quoi ? Tu ne sais pas ? ». On doit créer cet environnement qui je trouverais super mais qui n'existe pas à Saint-Luc pour le moment. Quand des équipes infirmières sont en difficultés face à une question éthique, on fait appel au comité d'éthique. Très souvent, ils se font secouer par le médecin qui leur demande mais de quel droit ils sont allés faire appel à un comité alors que lui est là. Il faut donc mettre d'abord en place l'environnement académique ou la culture sinon ça ne marchera pas. Je trouve que le principe est génial

parce que si ça marche, ça prouve qu'il y a une culture derrière l'apprentissage. Et j'aimerais instaurer cette culture dans mon hôpital, mais je ne suis pas sûre que cette culture soit là aujourd'hui.

- *Le but de l'existence de cette équipe n'est pas d'outrepasser le médecin. Ce qu'il faut essayer d'instaurer si ce genre d'équipe se met en place, c'est de se dire « Voilà je suis assistant de garde aujourd'hui et là je ne sais pas trop dans ce cas-ci, et oui en fonction des critères que l'on a défini ensemble, je peux appeler cette équipe parce que je suis arrivée au bout de mes ressources ».*
- Moi je serai vraiment « pour » surtout dans un hôpital académique avec des patients super aigus et complexes comme on a. On le sait, on ne maîtrise pas tout et c'est normal. Mais ça ne peut marcher que s'il y a une culture derrière qui est supportée par un ensemble de personnes influentes dans l'institution.
- *Merci pour cet échange très intéressant. Pensez-vous que la communication professionnelle entre le personnel soignant est suffisante c'est-à-dire la transmission d'informations par rapport aux patients ? Y a-t-il des choses qui pourraient être améliorées ?*
- Non. L'étage est ce que je connais le mieux. La manière dont sont faites les transmissions orales c'est-à-dire que tout le monde écoute tout ce qui se passe chez tous les patients même chez ceux que vous ne soignerez pas, et qui fait que vous devez vous concentrer pendant 30 minutes à une heure, interrompus souvent par de nombreux acteurs, c'est totalement inefficace. On doit retravailler cette transmission orale. L'optique est de dire qu'il faut arrêter de savoir tout sur tout le monde. Les patients deviennent tellement complexes qu'il y a des tas de choses qui doivent être disponibles dans le dossier. Lors du rapport il faut savoir, par exemple, que sur les 18 patients que nous avons, il y en a 5 qui sont vraiment à risque, le 1er car il y a un risque de et nous avons fait ça, ça et ça , le 2^{ème} parce que ceci... Ca , tout le monde entend et sait que si ça sonne à la chambre untel , c'est le Monsieur à risque, il faut être particulièrement attentif. Et puis on doit faire le rapport des patients qu'à l'infirmière qui va s'en occuper. Il faut donc structurer son rapport. L'ISBAR est utilisé dans les transferts de patients qui viennent des urgences ou soins intensifs ou de l'étage à Albert Elisabeth donc ça c'est sûr que ça aide.
- *Avez-vous de retours par rapport à ça ?*
- Oui. Surtout entre le service des urgences et l'étage. On aborde du coup tout. On s'est dit qu'on allait l'utiliser dans le rapport oral mais, on est déjà tellement sous le coup de

procédures. Nous ne pouvons pas passer autant de temps à faire de la transmission orale, ce n'est bon pour personne. Il faut structurer notre outil et notre communication. Il faut rendre cette communication plus professionnelle, et sortir de l'idée qu'il faut tout savoir sur tout le monde. Il faut se rapprocher de ce que vous faites aux soins intensifs. Vous ne savez pas tout sur tout le monde.

- *Oui, nous avons une présentation de tous les patients durant un peu moins de 10 minutes et puis on nous parle de nos patients spécifiques.*
- Notre communication ne permet pas d'assurer la qualité et la sécurité des soins. J'en suis convaincue. On doit faire beaucoup mieux. C'est un objectif que nous avons ici en 2021.
- *Quand il y a communication entre médecins et personnel infirmier sur la dégradation d'un patient, doivent-ils utiliser l'ISBAR ?*
- S'ils utilisaient l'ISBAR, ce serait pertinent. Mais on ne l'a pas imposé et on s'était dit qu'on allait, au fur et à mesure, rendre l'ISBAR plus naturel et l'utiliser dans différentes communications de manière à ce que tout le monde se dise que c'est bien utile. On en est là. On structure quand on se déplace d'une unité à l'autre mais ce n'est pas utilisé dans des rapports avec des médecins. Mais ce serait très pertinent de le faire. Quand un médecin se bouge, c'est souvent quand le rapport de l'infirmière a été très précis. Il n'a pas besoin d'entendre toute la vie du patient. Ce serait très pertinent de le faire, mais aujourd'hui, on n'a pas structuré cette communication. Ce qui pose parfois problème, c'est la communication. Chacun a sa manière de communiquer, et parfois la personne qui reçoit l'information, ne le reçoit pas comme la personne voulait le transmettre. C'est pour ça qu'il y a tous ces outils qui essaient de fixer une sorte de ligne de conduite pour permettre une communication uniforme. On se rend compte que les éléments indésirables arrivent souvent parce que la communication n'a pas été adéquate. La communication est un point crucial. C'est une compétence à mettre beaucoup plus en valeur dans les études d'infirmières.
- *C'est vrai que lors de mes études, je n'ai pas eu de cours sur la structure et la manière de faire un rapport. Ce serait très pertinent de le faire. On m'a appris à communiquer par système durant ma SIAMU mais c'est tout.*
- Effectivement, tout démarre de l'enseignement des infirmières, des aides-soignantes, qui doit suivre toutes ces notions plus « modernes ».

- *D'autant plus que Saint-Luc est en partenariat avec les écoles. Il devrait transmettre ce qui pourrait être amélioré. Avec cette quatrième année ajoutée en bachelier infirmier, ce serait peut-être le moment de penser à intégrer un cours là-dessus.*
 - *Mon adjoint et moi allons donner des cours sur la gestion et l'économie. Moi, j'y aborde la qualité dans le département infirmier. En pointant les événements indésirables comme ça... On est conscient que cette communication est essentielle, après, il faut apprendre.*
 - *J'avais juste une dernière question. Adopteriez-vous un de ces 2 projets ? D'après ce que j'ai pu comprendre, si ça ne dépendait que de vous, vous le feriez.*
 - *On y arrivera mais peut-être pas en 2021.*
 - *Et si vous deviez choisir, car on ne peut pas faire tout en même temps, investiriez-vous plus dans la formation des infirmières des étages aux signes de détérioration d'un patient, ou préféreriez-vous dans un premier temps la création d'équipes d'interventions rapides ?*
 - *C'est difficile de faire un choix comme ça mais je dirais la création d'équipes d'intervention rapide parce que c'est moins de personnel à former et on arrivera plus vite à un résultat. Les bases sont déjà faites. C'est ce qui serait le plus efficace à court terme.*
 - *Je n'avais pas encore eu cet avis là et c'est très intéressant.*
- Un grand merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.*

Annexe 7 : Entretien Mme Seront, directrice du département infirmier

- *Quelle fonction avez-vous et quel rôle jouez-vous au sein de l'hôpital ?*
- Je suis directrice du département infirmier depuis 2005. Avant, je travaillais, j'ai été engagée à Saint-Luc comme infirmière. Puis, j'ai été infirmière chef en 96. Je suis arrivée ici en 2001 comme cadre intermédiaire et en 2005, j'ai eu le poste de direction du département infirmier.
- *Avez-vous déjà entendu parler des scores d'alertes précoce ?*
- Non
- *En anglais, cela s'appelle les Early Warning Score.*
- Oui ça, j'en ai déjà entendu parler. Mais en fait ici, ce n'est pas implémenté. Par contre, ce qu'on a, c'est lorsqu'un patient se dégrade à l'étage, les médecins assistants ou les infirmières peuvent appeler un numéro, le MET (Medical Emergency Team). Donc, le numéro, je vais dire, est censé être connu par toutes les équipes des assistants et les médecins. Je ne connais pas leurs statistiques mais je pense que c'est fort peu utilisé. Mais c'est mis en place. Le bip est porté en permanence par un réanimateur et moi je l'ai activé par exemple la semaine dernière. J'étais dans une unité et le patient faisait un OAP. L'assistant était complètement aréactif et il avait juste fait une gazo, le patient n'était franchement pas bien. Donc les réanimateurs sont arrivés et ils l'ont mis sous Bpap, sous Lasix, etc. Le patient a été mieux mais, je l'ai enclenché parce que les infirmières me disaient que l'assistant ne réagissait pas et que je suis passée par hasard à ce moment-là. Je pense que c'est un patient qui, si on avait attendu, se serait potentiellement dégradé et aurait été à l'USI. Alors que quand on le prend en charge au plus tôt, il a plus de chance d'être traité à l'étage et on a moins de chance de voir son état s'empirer et nécessiter une admission en réa.
- *Par rapport à cela, votre MET est différente de l'équipe ARCA ou alors est-ce la même équipe ?*
- Oui, non, c'est différent. En fait, on a deux équipes. Chez nous, l'ARCA sonne en réa, ce sera un médecin de réa et deux infirmières qui vont monter. Ici, le bip est porté par un réanimateur. C'est à la fois issu du même service mais c'est deux équipes différentes.
- *Du coup, la MET est gérée seulement par les médecins ?*
- De prime à bord, il n'y a qu'un médecin réanimateur oui.
- *Ok. Avez-vous implémenté ça depuis longtemps ?*
- Je ne sais plus, le temps passe trop vite. Le chef de service de réa est venu présenter le concept en réunion d'infirmière chef. L'info est censée être connue de tout le monde

mais je serais curieuse de faire de statistiques du nombre de fois où ce numéro est appelé et je pense que ce n'est pas très fréquent. On en a déjà discuté en réunion et par exemple aux urgences, les médecins ne sont pas du tout enclin à demander un avis de leur confrère. Je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire ?

- *Oui, je vois très bien.*
- Chacun est un peu chasse gardée : « Je suis compétent ». Mais ici, le patient il avait des signes évident d'OAP, il avait été rempli, il n'avait pas pris ses médicaments, il avait la bouche comme on apprend à l'école. Bon bref, l'assistant était complètement aréactif. Donc, soit il appelle son patron, soit voilà, alors il faut monter et solutionner rapidement. Mais je crois que les infirmières, c'est parfois un peu délicat dans la mesure où elles n'ont pas envie de dépasser l'autorité médicale. Si l'assistant n'est pas assez réactif, les infirmières appelleront soit un autre médecin soit la MET. Dans d'autres unités, elles sont peut-être plus sur la réserve et appellent moins.
- *Vous êtes septique par rapport à cette équipe et son utilisation ?*
- Tout le monde est censé la connaître. Maintenant c'est médical tout d'abord. C'est comme si vous me demandez combien de fois l'ARCA monte à l'étage, franchement, je ne sais pas, ce sont des statistiques que je n'ai pas.
- *Pensez-vous proposer un temps de formation suffisant pour détecter les signes de détérioration précoce des patients ?*
- Très clairement non. Maintenant en cardio, l'infirmier chef a envie de travailler sur cette problématique à la suite d'événements récents.
- *Vous êtes prêts à investir financièrement et organisationnellement pour que les infirmiers se développent à ce niveau-là ?*
- Oui, bien sûr mais il faut voir comment et par qui...
- *Pensez-vous que des obstacles sont rencontrés concernant la communication entre les membres du personnel soignant ?*
- On travaille la communication lors des transferts des patients. On doit encoder cela et l'ajouter au dossier du patient. Oui, je dirais que oui. La communication est un art difficile. Même au sein d'une même équipe, la communication est quelque chose de complexe avant qu'elle soit optimale. Même moi avec mes cadres intermédiaires... On a retravaillé un schéma type de communication. Mais je suis convaincue qu'il faut du temps avant d'avoir une communication optimale.
- *Vous avez donc travaillé dessus ?*

- Au niveau des rapport et des transferts et maintenant avec l'accréditation, nous allons encore retravailler dessus.
- *Utilisez-vous l'ISBAR ?*
- C'est justement cela que l'infirmier de cardiologie veut mettre en place dans son service.
- *Pour revenir sur la mise en place de projets, vous ne parlez pas de mettre en place des scores d'alerte précoce ?*
- Non, pas que je sache.
- *Merci d'avoir répondu à toutes mes questions. Je ne savais pas que vous disposiez d'une MET au sein de votre hôpital.*
- Oui mais c'est quelque chose qui devrait être diffusé et rappelé quand les assistants arrivent chez nous. Mais si vous voulez avoir plus d'informations, vous pouvez contacter le docteur Pierre.
- *J'ai justement un entretien avec lui, ça tombe bien.*
- Super.
- *Encore merci du temps que vous m'avez accordé.*

Annexe 8 : Entretien Mme Hallaux, directrice du département infirmier

- *Pouvez-vous vous présenter et dire quel est votre rôle au sein de l'hôpital ?*
- Je suis Laurence Hallaux. Je suis sur le site de l'hôpital Saint Elizabeth depuis novembre 2019. Je suis directrice du département infirmier. Je réponds à toutes les exigences que la loi demande en termes de philosophie, de qualité et de continuité des soins. Je suis une plaque tournante de l'information du haut vers le bas, et du bas vers le haut, avec un scoop sur l'organisation de la communication, et du travail, que ce soit par exemple de revoir l'organigramme pour essayer de répondre aux objectifs qui sont fixés, et d'avoir une équité entre les collègues. En général, on fait appel à moi quand ça ne va plus. Je rencontre souvent des situations un peu compliquées qui nécessitent une réflexion à un autre niveau avec des décisions qui sont plus sensibles.
- *Combien de lits d'hospitalisations et de lits de soins intensifs avez-vous au sein de votre hôpital ?*
- Au total, nous avons aux alentours de 300 lits, et aux soins intensifs, nous en avons 15.
- *Avez-vous déjà entendu parler des scores d'alertes précoces ?*
- Oui. Score NEWS, ce n'est pas la même chose ?
- *Si. En fait il y a plusieurs scores d'alerte précoce*
- Ce sont des échelles d'évaluation qui permettent d'évaluer l'état clinique du patient et, ainsi de le faire entrer dans une catégorie. Cela permet d'avoir le même langage pour tout le monde. Quand une infirmière appelle un médecin de garde, elle peut lui dire si le patient est dans le rouge, le jaune ou le vert, et le médecin sait alors quel est le niveau de sensibilité. On a réfléchi à ça avant le 1^{er} COVID mais je n'étais pas dans les groupes de réflexion. Le groupe a réfléchi sur tout le contenu et maintenant, on réfléchit sur sa diffusion. On a eu une réunion la semaine passée pour voir comment et jusqu'où on allait utiliser cet outil, en sachant aussi que si on peut le faire en utilisant de petites machines, ce serait bien. Il y a un budget et il faut voir combien ça coûterait.
- *Ce score est très bien, mais il faut qu'il soit complété correctement sinon ça risque de le fausser ainsi que les actes qu'il peut y avoir derrière. Alors, il est vrai que ce score est plus juste s'il est fait de manière automatisée. L'infirmière note les paramètres dans l'ordinateur et le score se calcule tout seul. Ça entraîne en général moins d'erreurs. Vous commencez à parler de comment le diffuser. Comptez-vous alors former votre personnel ?*

- Mais c'est toute la réflexion. Là où j'étais, je n'avais pas besoin de former les gens par une formation telle qu'on l'entend. La fréquence cardiaque, les pulsations, la saturation, la tension, ce sont la base de la formation d'une infirmière. Pour moi, c'est plus une information de ce qu'on fait de la prise de ces paramètres-là. Je fais toute confiance à mes collègues pour les actes posés pour calculer le score NEWS mais il faut une information pour expliquer ce qu'on fait de ces paramètres et quelle est la suite, mais il ne faut pas de formation dans les gestes primaires.
- *Avez-vous une idée du temps consacré à la formation du score en tant que tel ?*
- Non, on veut dans un premier temps l'expérimenter avec 2 unités. L'objectif est que ça se passe pour tous les patients tous les jours, peut-être même plusieurs fois par jour. Ça, c'est notre souhait. On est sûr que ce truc va marcher au niveau du département infirmier car si on aborde cela comme des valeurs infirmières pour la qualité des soins et la sécurité des patients, c'est sûr qu'on va pouvoir y arriver. Il y a aussi le fait que nous avons accepté que nos aides-soignants soient formés à l'élargissement des actes confiés aux aides-soignants comme la prise des paramètres. L'aide-soignant a plus l'opportunité de rester près du patient. Pour prendre la fréquence cardiaque par exemple, ça prend 1 minute, et pour une infirmière 1 minute, ça peut être long avec toutes les tâches qu'il y a à côté. Ce qu'on veut faire, c'est de présenter l'outil de manière général en réunion d'infirmières en chef. On va sensibiliser les 2 unités qui me semblent être capital c'est-à-dire les urgences, la « stroke unit », la neuro et la cardiaque, dans lesquelles il y a vraiment des patients sensibles. On veut faire un test avec eux pour voir si ça prend vraiment plus de temps. On va d'abord travailler avec les chefs qui y croient et pour qui il y a vraiment une plus-value de le faire, et puis avec les infirmières de l'unité. Parfois, ici, c'est un peu la bagarre car on ne parle pas le même langage avec les médecins. Au niveau du département infirmier, on doit upgrader notre niveau de précision au travers de toute une série d'échelles. Par exemple, des sels +++ ou des nausées ++, ça ne va pas. Il y a toute une série d'échelles dont celle-là, qui permettra, je pense, d'avoir un niveau de professionnalisme pour tout le monde. Quand un patient se dégrade, l'infirmière peut tirer la sonnette d'alarme en parlant juste au travers ce niveau d'échelle. Et ce sera écrit dans le dossier. C'est la mise en place qui risque d'être un peu plus difficile. J'ose espérer que dans un an, c'est quelque chose qui va donner l'envie d'y aller. Il ne faut pas qu'on se dise que c'est quelque chose en plus qu'on nous demande mais c'est quelque chose que je peux donner en plus au patient dans la qualité des soins.
- *Les infirmières ne sont donc pas encore au courant que ce projet va être mis en place ?*

- Très peu. On est tout au début du process.
- *Pensez-vous octroyer un temps suffisant de formation à votre personnel soignant concernant la détection des signes précoces de détérioration d'un patient ?*
- Pour moi, ça s'inscrit dans une logique d'école. Il faut que ce thème soit challenger. Je dois peut-être me remettre en question mais je ne voulais pas apporter une formation à ça. Pour moi, ça me semble assez simple. On prend les paramètres, on les rentre dans un score et on connaît la couleur. Peut-être que je vais être confrontée à une vision différente des soignants et là, il faudra peut-être mettre un peu plus de formations. C'est ce que le groupe voulait faire au départ. Mais au vu de tout ce qu'il va falloir absorber comme formations et informations dans le cadre de l'accréditation, c'est vrai que celle-là, je ne la priorisais pas. Mais, je suis prête à me remettre en question si c'est nécessaire pour y arriver. J'ai besoin de m'appuyer sur la réalité des choses au travers des 2 unités de soins.
- *Si je peux donner mon avis, je pense qu'il va falloir former le personnel à la manière dont ils vont devoir réagir en fonction du score. Par exemple, si le score est bon mais le patient ne va pas bien cliniquement, ai-je le droit d'appeler quand même le médecin ? Je pense que c'est ce genre de choses qu'il va falloir clarifier car ça pourrait parfois porter à confusion.*
- C'est alors une formation dans le suivi du score NEWS et pas dans la prise de ce score.
- *Avez-vous aussi des simulations cliniques ?*
- Je ne sais pas vous répondre. Je ne pense pas ici sur Saint Elizabeth. Mais comme nous sommes fusionnés avec Godinnes, c'est possible que ça se fasse là-bas. Mais honnêtement depuis un an et trois mois, je n'en ai jamais entendu parler ici.
- *Je vous parle de ça car les simulations cliniques ont montré beaucoup d'utilité étant donné qu'on met le personnel en situation réelle. Ça se fait toujours en 3 temps. D'abord il y a un briefing ensuite l'exercice et puis le débriefing qui est la partie la plus importante. C'est à ce moment-là que les gens extérieurs qui ont pu observer, vont donner leur ressenti et dire comment la situation aurait pu être améliorée. Les simulations cliniques ont vraiment démontré une plus-value. Malgré tout, il y a peu d'hôpitaux qui les mettent en place. Il est vrai que pour faire ça, il faut du matériel et un budget pour ces formations. Avez-vous déjà entendu parler des équipes d'intervention rapide ? C'est différent de l'équipe ARCA.*
- Je n'en ai jamais entendu parler ici.

- *Ce concept a été beaucoup développé aux Etats-Unis, en Australie et en Scandinavie mais peu utilisé chez nous. Les équipes sont composées de médecins et d'infirmières. On se base sur les scores d'alerte précoce pour mobiliser l'équipe. Si le score est vert, c'est bon. Mais si le score n'est pas bon, dans un premier temps, il faut augmenter la prise de paramètres. Mais si le score est encore moins bon, je dois appeler l'assistant. Et si le score est vraiment mauvais, alors j'appelle cette équipe d'intervention rapide. Elle se déplace au chevet du patient et prodigue les soins nécessaires afin d'éviter qu'il se dégrade trop et que ça nécessite une admission aux soins intensifs. Dans un hôpital où je me suis rendue, ils ont une équipe comme ça, gérée par un médecin. Un jour, un assistant de l'étage était complètement dépassé par la situation et ne savait plus quoi faire. L'équipe a été mobilisée et a donné les instructions aux infirmières. C'est une équipe différente de l'ARCA car l'ARCA se déplace quand le patient est vraiment dans une situation grave. Les équipes d'intervention rapide sont appelées quand le patient est en train de se dégrader et qu'on ne veut pas que son état se dégrade.*
- *Nous n'avons pas encore ça ici.*
- *C'est un concept assez peu connu chez nous et les avis sont assez dispersés. Car à nouveau, ça mobilise du personnel et ça coûte de l'argent. Le mieux serait que cette équipe soit composée de membres des soins intensifs mais détachés. Mais c'est très idéaliste. Il faut le budget et savoir si cette équipe va être mobilisée assez de fois pour que ce soit intéressant. Il faut aussi savoir, si quand l'équipe part, ça ne va pas déforcer les soins intensifs. Les avis sont très mitigés quant à l'existence de ce genre d'équipe. Certains pensent que ce concept n'est pas nécessaire si les infirmières de l'étage font leur job et transmettent les infos au médecin qui est censé gérer. Pourtant, on ne fait bien que ce que l'on fait souvent. Certains médecins n'ont pas l'habitude qu'un patient se dégrade, et ne sont pas capables, sans jugement de valeur, de faire face à certaines situations. Parfois, un médecin intensiviste est beaucoup plus apte à réagir dans des situations extrêmes.*
- *Ça se fait à Saint – Luc ?*
- *Non pas du tout. Quelques hôpitaux commencent à implémenter ça. Le projet est là mais ce n'est pas assez connu. Mais quand on met un projet tel que celui-ci en place, il faut encourager le personnel à l'utiliser car il apporte une plus-value à la sécurité et à la qualité des soins des patients.*

- Quand je vous entends parler, je me dis qu'il faut absolument déterminer le champ d'action entre l'équipe d'intervention rapide et les soins intensifs. C'est là qu'il ne faut pas se tromper. Qui prend quoi, quand ?
- *Pour parler d'autre chose, rencontrez-vous dans votre hôpital des problèmes de communication ? Ou tout se passe bien ? Y a-t-il des choses à améliorer ?*
- Certaines choses pourraient être améliorées. Même si j'ai fait des « quality check », je suis impressionnée par le niveau d'absorption des informations et des pratiques. Il y a de petits points qu'ils ne savent pas mais c'est de l'ordre de la perfection. La base, ils la connaissent et la maîtrisent. On ne connaît pas ici le tableau blanc. Il y a des fardes de communication. Moi je voudrais développer des tableaux « qualité » mais je ne vais pas le faire partout en une fois. Ce n'est pas possible par rapport au degré d'absorption. On va choisir quelques unités pour le faire pour structurer l'info. Ici, personne n'est fan des réunions d'équipes. J'essaie de revoir cette pratique. On a remis en place le rapport d'étonnement qui apporte beaucoup. Le système d'évaluation est bien conçu pour la communication en termes de compétences mais pour la communication en termes d'organisation, il y a les rapports. On peut aussi transmettre les infos pour toute l'équipe au niveau du programme informatique (H+). La communication au niveau du DI est structurée mais on peut l'upgrader, même si dans les faits, je trouve que les équipes sont bien alignées. Au niveau des équipes, ça gagnerait à professionnaliser la communication.
- *Et par rapport à la transmission des informations pour patients, que pensez-vous de ça ?*
- Elle pourrait être améliorée parce que les rapports durent trop longtemps. On prévoit 30 minutes mais souvent pour des patients plus lourds, je pense à l'oncologie ou la gériatrie, je pense qu'on doit vraiment améliorer la communication et utiliser un langage commun. Il y a toute une sorte d'informations qui ne sert à rien de dire. Je ne vois pas pourquoi on doit préciser le traitement du patient. Je sais où je vais le trouver. Tout est très clair. En revanche, vous n'avez parfois pas connaissance de son état psychologique, de ses angoisses. On se dit alors ce n'est pas grave et que la psychologue passera. Voilà, je pense qu'on peut mieux faire. Il faut aussi s'interroger pour savoir si on octroie une place plus importante aux aides-soignantes pour garder une prise en charge globale du patient 24h/ 24 et 7jours /7.
- *Par rapport aux patients qui se dégradent, pensez-vous que la communication entre médecins et infirmières est bien transmise ?*

- Oui, majoritairement oui. Maintenant dans des évènements indésirables, je peux voir que le médecin n'a pas réagi, que l'infirmière n'a pas été assez précise et que le médecin n'a pas pu mesurer l'état clinique véritable du patient. Mais là, on en revient au score NEWS. Il faut des critères non négociables pour lesquels ça nécessite une intervention médicale. On doit s'enrichir de l'utilisation plus formelle d'outils pour parler le même langage et mesurer ce qu'on attend.
- *Utilisez-vous des outils pour la communication ? A Saint-Luc, on utilise l'ISBAR.*
- Non, pas encore.
- *Est-ce un projet que vous aimeriez développer ?*
- L'accréditation va nous amener à développer ça. Ça va arriver d'une manière ou d'une autre. Je connais très bien cet outil. C'est une structure de la communication et ça augmente le niveau de professionnalisme.
- *Par rapport à la formation, si vous deviez choisir et investir du temps et de l'argent, préféreriez-vous choisir l'existence d'équipes d'intervention rapide, ou la formation des infirmières et médecins des étages aux signes de détérioration du patient ? Cela comprend évidemment l'utilisation des scores d'alerte précoce.*
- J'investirai d'abord dans la formation aux signes de détérioration du patient. Il est important de déceler le niveau clinique du patient. Et puis j'investirais dans les équipes d'intervention rapide.
- *Merci d'avoir répondu à toutes mes questions.*
- Merci à vous. C'était très intéressant comme échange. Vous arrivez dans un moment où l'on se questionne aussi par rapport aux nouvelles pratiques. Donc notre entretien tombe très bien.

Annexe 9 : Entretien M. Pierre, directeur médical

- *Quelle est votre fonction exacte ? Depuis combien de temps travaillez-vous ? Quel est votre rôle au sein de l'hôpital ?*
- Je suis neurologue, encore un petit peu actif. Je suis directeur général et directeur médical. C'est un peu particulier.
- *Combien de lits d'hospitalisations et de lits de soins intensifs avez-vous au sein de votre hôpital ?*
- On a 15 lits de soins intensifs et 425 lits agréés.
- *Avez-vous déjà entendu des scores d'alertes précoces ?*
- Ce vocable-là ne me dit pas grand-chose, mais, ici on travaille depuis 2007 avec ce qu'on appelle le MET (Medical Emergency Team) qui est en fait un des réanimateurs qui se rend disponible pour aller dans les étages au cas où on constate qu'un patient commence à se détériorer, que les soins intensifs soient au courant que ce patient existe, qu'un médecin vienne voir de quoi il est question, et qu'en fonction de ça, on prévoit un lit aux soins intensifs. Ce n'est pas obligatoirement un transfert aux soins intensifs mais c'est une prise de conscience qu'un patient devient limite aux étages.
- *Cette « MET » est-elle complémentaire à votre équipe ARCA ?*
- Oui
- *L'équipe est-elle composée uniquement d'un médecin des soins intensifs ?*
- C'est en tout cas un médecin qui vient régulièrement avec un membre infirmier. Un des problèmes chez nous est que nous avons beaucoup de médecins intensivistes par rapport au nombre de lits qu'on a. La garde est un problème mais heureusement, il y a encore des assistants plus quelques médecins qui sont capables de faire des gardes aux soins intensifs et de tenir le service. Ce qui veut dire qu'en journée en semaine, il faut que les intensivistes justifient une certaine activité. C'est comme ça qu'on a cette possibilité de faire venir des intensivistes que ce soit dans les étages, voire aux urgences, pour aider les gens qui sont limites.
- *Vous avez mis en place ce système depuis 2007 ?*
- Oui
- *Dès qu'un patient se dégrade, n'importe qui peut appeler de l'étage ou aux urgences ?*
- Les assistants peuvent appeler car les chirurgiens ne sont pas souvent là aux étages. Ils sont censés connaître ce numéro d'appel et en profiter parce que finalement tout le monde y gagne.

- *Comment avez-vous fait pour faire connaître cette MET car c'est un concept peu connu pour le moment dans nos pays ?*
- C'est un concept qu'il faut marteler en permanence car effectivement, on a tendance un peu à l'oublier. En 2007, par rapport à aujourd'hui, l'équipe a fortement changé. Il y a plus de médecins et plus de médecins jeunes. Il y a un manpower qui est davantage « sollicitable ». Mais c'est vrai que depuis 2007, ça n'a pas été quelque chose d'évident et de toujours optimal quant à son fonctionnement. Aujourd'hui, vu le staff médical, c'est censé bien fonctionner. Encore faut-il que les assistants aient le réflexe...encore récemment, j'ai appris qu'un Monsieur qui était médecin, hospitalisé pour une décompensation cardiaque, était en train de passer en OAP assez évident, et au lieu d'appeler directement ce numéro, l'assistant à l'étage a un peu paniqué, ne sachant pas quoi faire. C'est aberrant, mais c'est aussi parce qu'on a des assistants jeunes qui n'ont pas encore les meilleurs réflexes et qui peut être dans ces moments-là, oublient qu'il y a cette possibilité. Il faut donc que l'on puisse régulièrement réinsister sur le fait que ce service existe.
- *Le médecin qui travaille pour la MET est là en plus ?*
- Oui. C'est très utile pour les seniors. Moi je suis neurologue, je ne m'occupe plus d'étage vu les différentes casquettes que j'ai, mais pour un clinicien, c'est très utile d'avoir un spécialiste de la réanimation des soins intensifs, de la médecine interne plus aigüe.
- *Y a-t-il une formation spécifique pour les médecins et infirmiers qui font partie de cette MET ?*
- Non, car ce sont des réanimateurs. Ce sont des gens qui connaissent ça. Mais par rapport à votre questionnement, je pense qu'il ne faut pas faire d'antagonisme. Il faut que à la fois des infirmières d'étage soient capables de repérer qu'un patient se dégrade, et qu'elles répondent aux monitorings quand il y en a. Il ne faut pas éteindre des alarmes quand il y en a qui sonnent. C'est d'autant plus impardonnable que les monitorings ont des sons différents en fonction de la problématique. Une infirmière a éteint une alarme « asystolie » sans aller voir le patient qu'on a retrouvé mort une heure après. Ça, c'est catastrophique car ce sont des gens qui sont formés pour connaître les alarmes à disposition dans leur unité, et quand il y a un problème, pour une raison qui est difficile à comprendre, il n'y a pas eu de réactions. Il n'y avait que deux infirmières et une aide-soignante cet après-midi-là. Ça, c'est le problème dans les hôpitaux généraux non universitaires où les équipes d'après-midi ou de nuit sont trop faibles et il y avait aussi

beaucoup d'activités et de mouvements à ce moment-là. Mais l'infirmière en charge du patient n'a pas eu les bons réflexes. Quand une alarme « asystolie » sonne, il faut faire quelque chose.

Il faut absolument que les infirmières qui sont dans les étages où il y a de la pathologie qui risque de mal tourner, aient des formations par rapport à la réanimation et aux signes qui annoncent une aggravation de l'état du patient.

Dans l'exemple ci-dessus, le MET n'a pas été appelé. On a fait perdre une chance à ce patient par mauvaise décision. Ça, ce n'est pas bien. Je pense qu'avoir une équipe spécialement pour ça, c'est vraiment bien. Le but n'est pas d'envoyer le patient aux soins intensifs mais c'est au contraire d'éviter qu'il y aille, en aidant à avoir une optimisation du traitement. Il faut que les infirmières dans les étages ne s'endorment pas et sachent repérer quand il y a quelqu'un à suivre, et surtout qu'elles n'hésitent pas à appeler le MET qui viendra et entamera un dialogue avec les infirmières et les médecins de l'étage (ou les assistants).

- *Depuis le temps que le MET est en place, avez-vous eu le temps de faire une étude pour voir si ce service avait eu un impact sur les patients ?*
- Je n'ai pas connaissance d'un registre spécifique pour ça. Ce serait probablement une bonne idée. Entre 2007 et 2012, le MET n'a pas été très efficace ni très utilisée. Il faut qu'il y ait quelqu'un derrière un bip et il faut que ce bip soit connu, que les gens qui peuvent appeler ce bip n'aient pas peur de le faire. C'est toute une alchimie qui doit se mettre en place petit à petit. Je n'aurais pas la prétention de dire que chez nous, tout va bien. Mais il faut taper sur le clou régulièrement. Quand j'accueille des assistants, je fais toujours un commentaire sur le MET, le numéro de l'ARCA, pour que les gens aient au moins entendu une fois l'information. Il faudrait que les gens des soins intensifs sortent plus volontiers de leurs murs. Je trouve ça invraisemblable qu'ils n'aillent pas plus souvent porter mains fortes aux urgences où arrivent des patients qui ne sont parfois pas bien, qui sont limités en réa. Il faudrait qu'il y ait en permanence un réanimateur basé ou très disponible pour les urgences. Je suis à fond pour le concept MET que je trouve intelligent. Il est utile d'avoir un médecin plus compétent qu'un médecin d'étage, qui n'a peut-être pas fait de réa depuis longtemps. C'est vraiment un plus pour tout le monde. Mais ça reste quelque chose qu'il faut continuer à stimuler.
- *Faites-vous des exercices de simulation clinique dans votre hôpital ?*
- Il y a différentes formations infirmières avec un local spécifique par rapport à ça mais je ne peux pas vous dire le programme car je reçois un résumé une fois par an. C'est la

direction du département infirmier qui pourra vous donner les détails précis mais c'est sûr que les formations ARCA sont données par les gens des urgences et sont organisées très régulièrement. Le processus de suivre quelqu'un qui va moins bien n'est pas enseigné tel quel mais il me semble que ça devrait faire partie des études d'infirmières. Quand vous êtes infirmière graduée, c'est normal de comprendre ce que sont les paramètres qu'on vous fait prendre plusieurs fois par jour. Quand un patient est moins bien, il faut pouvoir le signaler au rapport infirmier. Je pense que ça se fait globalement bien mais il y a malheureusement de temps en temps des accidents qui sont assez regrettables. Mais je pense aussi, à l'inverse que pas mal de choses qui sont rattrapées grâce au MET, l'ARCA, au senior ou à l'assistant de l'étage. Heureusement d'ailleurs. Le réanimateur qui a le bip du MET est censé continuer à aller voir les patients qui sont remontés depuis les soins intensifs pour être sûr qu'il ne se redégrade pas car on s'est rendu compte qu'il y avait un certain nombre de patients qui décédaient la nuit. On essaie de faire suivre systématiquement par les gens des soins intensifs, les patients qui sont remontés à l'étage, jusqu'à ce qu'ils disent eux-mêmes que tout est ok et qu'on est sorti d'une phase aigüe. Il a fallu se battre contre certains internistes qui estimaient qu'ils n'avaient pas besoin de ça et qu'ils étaient capables de suivre les patients tout seuls.

- *Oui, il faut voir ça comme de l'aide en plus. Ça ne peut être que bénéfique. Y a-t-il des critères particuliers pour appeler le MET ou le fait-on en fonction de son ressenti, de son expérience ou de son propre jugement clinique ?*
- *C'est une bonne remarque. Je pense avoir vu passer un formulaire qui listait les critères mais c'était déjà il y a longtemps. Je pense que ce document existe effectivement. Il y a des infirmiers qui accueillent les nouvelles infirmières dans la clinique, et je pense que c'est à quoi ils sensibilisent les nouvelles recrues.*
- *Pensez-vous que le personnel soignant se sent assez formé pour détecter les signes de détérioration d'un patient ?*
- *En tout cas, il devrait car sinon c'est inquiétant.*
- *Dans le questionnaire que j'ai fait, je demande à quel niveau de compétence les soignants se situent pour détecter les signes de détérioration d'un patient. Ce questionnaire a été diffusé dans plusieurs hôpitaux. C'est important de le savoir pour éventuellement faire quelque chose pour améliorer ce niveau de compétence si nécessaire.*

- On n'a pas fait de sondages récents sur la question. Je ne sais donc pas vous donner de réponse claire. Mais je ne pense pas que les gens se sentent à un niveau avancé ni qu'on se trouve au ras des pâquerettes. On a énormément de gens en formation. On a 92 MACCS en service et 850 stagiaires paramédicaux (infirmières, psychologues, diététiciens, etc...). On est donc un hôpital fort basé sur le « teaching ». On a donc l'habitude de communiquer.
- *Justement pensez-vous que la communication est adéquate ou pourrait être au contraire améliorée ? Utilisez-vous des outils spécifiques ? Je sais que l'ISBAR est un outil fort utilisé pour aider les membres du personnel soignant à communiquer entre eux.*
- Je ne connais pas ce média-là, en revanche, on a fait un certain nombre de vidéos capsules pour la formation continue du nursing. C'est bien fait et assez bien suivi. On a fait aussi pas mal de folders à l'attention des patients, comme ça ils sont un peu au courant de ce qui va leur arriver. Mais je ne connais pas le média dont vous parlez.
- *C'est un média parmi d'autres. Dans ce média, chacun doit se présenter et transmettre les informations dans une suite logique. Chacun doit suivre la même suite et ça permet de rassembler ses idées au même moment.*
- Mais qui répond ?
- *Imaginons que je travaille aux soins intensifs et que mon patient remonte à l'étage, via l'ISBAR, je communique avec l'infirmière de l'étage sur les antécédents du patients etc....Ce média permet aux membres du personnel d'avoir la même ligne de conduite. La communication est quelque chose de difficile. Il y a des informations qui se perdent. Le fait d'avoir la même ligne de conduite permet de faire en sorte qu'aucune information ne soit oubliée. C'est une manière parmi tant d'autres de favoriser une meilleure communication.*
- Ça me paraît intelligent. Effectivement. Il faut évidemment du temps pour tout ça. Nous, dans un hôpital général non universitaire, nous n'avons pas le même « staffing ». Et c'est un véritable problème. Mais c'est une bonne idée.
- *Je pense que nous avons fait le tour. Avez-vous quelque chose à rajouter ?*
- Le sujet de votre mémoire est vraiment intéressant car on ne peut pas passer à côté de gens qui se dégradent et ne pas leur donner au moins une chance car on n'a pas été suffisamment alerté par différents signes qui montrent que ça ne va pas. C'est primordial dans le métier des soignants. Ça fait partie de ce que l'on doit savoir faire.
- *Oui, il y a énormément de choses à dire. On se rend compte que les médecins des soins intensifs n'ont pas de critères précis pour décider si un patient doit descendre ou pas.*

Il y a des choses qui coulent de source mais il n'y a pas de consensus qui permet de les guider. Il ne faut pas passer à côté de quelque chose, ni saturer les unités de soins intensifs, surtout avec le contexte actuel. Il faut essayer d'anticiper aux étages mais c'est difficile. A partir de quand il faut appeler.....Je pense que je vais vraiment apprendre beaucoup avec toutes les recherches que j'ai fait.

- Il y a un livre à écrire alors...
- (Rires) *Un tout grand merci de m'avoir accordé votre temps et d'avoir répondu à toutes mes questions.*

Annexe 10 : Entretien Mme Dusart, directeur médical

- (...)
- *Il y a plusieurs façons de voir cette équipe. On peut envisager une équipe d'intervention rapide de plusieurs manières. D'abord la composition de l'équipe est variable et on peut la mobiliser en fonction de certains critères. Ceci est à décider en fonction de l'hôpital. Si le médecin par exemple, n'est pas disponible, cette équipe peut être appelée par l'infirmière. Dans un 1^{er} temps, l'infirmière appelle le médecin de son service. Si le médecin ne répond pas ou n'est pas capable de répondre à sa question, alors à ce moment-là, elle peut mobiliser cette équipe-là. Cette équipe joue plus le rôle de renfort.*
- La surveillance des patients hospitalisés n'intéresse pas toujours les seniors spécialistes, et donc il y a des gens qui sont dans leur lit, abandonnés, livrés aux infirmières qui sont toutes seules et pas toujours formées à la détection des signes. Alors pour moi, tout le monde doit connaître les manœuvres de réanimation de base. Il y a un vrai besoin de faire monter en compétence un grand nombre d'infirmières. La formation de base des infirmières me fait peur. Je ne sais pas ce qu'elles font pendant leurs quatre ans. J'ai des infirmières qui ne savent pas ce que c'est une saturation en oxygène. Ça me semble complètement hallucinant. Il y a un minimum que les gens doivent connaître. Maintenant, il faut que les gens qui sont avec les patients puissent reconnaître les signes précoces. Ils peuvent appeler le PG de la salle qui a toujours son superviseur qui est censé se déplacer dès que c'est nécessaire. Maintenant, si on se trouve dans une situation où vraiment personne ne sait se déplacer, je me dis que c'est possible à organiser au sein d'un département de médecine. Mais ça veut dire de nouveau qu'il faut se plonger dans le dossier. Et ce n'est pas aussi évident que ça. Mais, il n'y a pas toujours des notes dans le dossier. C'est une éducation à faire. Il faut que les médecins commencent à mettre des notes dans certains dossiers. C'est hallucinant qu'il n'y ait pas de notes. Moi, je n'aurais jamais osé en tant que PG ou médecin quand je tournais en salle, ne pas mettre de notes. On est en train d'essayer de pallier à des choses.
- *Ce dont je vous parle, c'est d'avoir une équipe à part de l'ARCA qui agirait dès qu'un patient se dégrade un peu plus. Il se peut que la charge de travail soit plus importante dans un service ou que le médecin ne soit pas disponible. Mais on peut aussi se dire qu'un infirmier intensiviste n'a pas la même clinique et est plus habitué de s'occuper des patients qui se dégradent.*

- C'est donc mettre un sparadrap parce qu'on considère que les gens ne savent pas faire leur métier. Peut-être que le niveau minimum d'une infirmière n'est pas assez bon. Moi j'ai un problème par rapport à la formation des infirmières.
- *Ici, proposez-vous des exercices de simulation technique pour que les infirmières et médecins s'entraînent à gérer des situations comme ça ?*
- Il n'y a pas encore ça. Tous les PG et assistants vont faire du BLS. On essaie de les former car ils font des gardes aux urgences, et là ils apprennent leur métier. L'hôpital devient de plus en plus aigu. Les gens restent de moins en moins longtemps. On a donc des patients de plus en plus aigus. J'ai l'impression que les infirmières ne sont pas prêtes à gérer ça. Il faudrait pouvoir faire des simulations et voir comment les infirmières réagissent. C'est notre enjeu pour l'année prochaine. On aimerait renforcer les formations y compris avec des simulations. C'est un de nos projets stratégiques.
- *Ce n'est effectivement pas facile à mettre en place. Ça demande beaucoup d'organisation*
- A la Citadelle, ils avaient développé avec des fonds européens un laboratoire de simulations. Il faisait ça aux urgences. Les choses étaient filmées puis les gens regardaient le film et on débriefait avec eux. On devrait pouvoir faire ça. Mais c'est difficile de libérer des gens pour des formations. Mais c'est un enjeu qu'on a. Je pense que la crise COVID va laisser des traces auprès de gens qu'on a déplacé et qui n'étaient pas toujours capables d'assumer ce qu'on leur demandait de faire.
- *Savez-vous combien de lit d'hospitalisations et de soins intensifs vous avez ici ?*
- 592 lits d'hospitalisation et 32 lits de soins intensifs.
- *Avez-vous déjà entendu parler de scores d'alerte précoce ?*
- Textuellement non mais je vois bien ce que ça pourrait être. Je ne pourrais pas vous le décrire.
- *Le score d'alerte précoce est un score qui est calculé en fonction des paramètres vitaux du patient. Il y a différents scores. On va prendre la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoireet on obtient un score total en fonction de tous les paramètres que l'on encode. En fonction du résultat obtenu, il y a des actions à effectuer comme par exemple, renforcer la fréquence des prises de paramètres,*
- Je ne crois pas que tout le monde utilise ce système au sein de l'hôpital. On doit reprendre tout à zéro parce qu'on a vu beaucoup de failles. Et c'est bien car on apprend comment améliorer les choses.
- *Donc, vous n'aviez jamais entendu parler des équipes d'intervention rapide ?*

- Non
- *Vous pensez donc qu'il faudrait d'abord améliorer la formation des infirmières et que ces équipes serviraient plus comme un pansement pour pallier le manque de formations du personnel ?*
- Ça pourrait rassurer les gens d'avoir quelqu'un en aide s'ils appellent. Mais, ils doivent pouvoir faire au moins le minimum. Si vous avez quelqu'un en post-op qui se met à frissonner, est hypotendu, et que tout ce qu'on lui fait est une friction à l'eau de Cologne, vous lui demandez s'il n'a pas pensé à faire autre chose (rires). Et 15 minutes après, l'ARCA est là.
- *Vous pensez donc que dans 1^{er} temps, il faut renforcer les connaissances et gestes des infirmières.*
- Toutes les infirmières ici ne sont pas comme ça. Aux soins intensifs, nous avons une excellente équipe, aux urgences, c'est miraculeux. En salle d'opération et de réveil, je n'ai pas de soucis. J'ai en revanche quelques soucis en salle d'hospitalisation.
- *Les services que vous venez de citer où tout va bien, ce sont des services pour lesquels il faut faire une année de plus de spécialisation.*
- Oui, ils ont un sens clinique, ils font partie des plus motivés. Ils font des choses plus stressantes. Vous devez donc avoir un certain caractère pour assumer ça.
- Il y a certains services où les infirmières doivent faire face à des situations plus difficiles comme les soins intensifs ou les urgences. Il faut être capable de prendre certaines décisions et d'avoir un certain jugement clinique.
- *Pensez-vous que la communication entre les membres du personnel soignant est bonne ? Pourrait-elle être améliorée ?*
- Je ne saisis pas bien le sens de la question.
- *Imaginons qu'un patient se dégrade, une infirmière doit appeler un médecin mais celui-ci est dans la chambre de garde car c'est la nuit. Elle lui transmet les informations. Est-ce que ça se fait correctement ?*
- L'information n'est pas toujours très structurée et très bonne
- *Utilisez-vous des outils pour améliorer cette communication ?*
- Oui, l'ISBAR mais le gros challenge ici est de le faire adopter par tout le monde. On a un gros challenge au niveau nursing et beaucoup de médecins le disent. C'est l'objectif numéro un l'année prochaine. L'accréditation va nous permettre de travailler la qualité des soins. L'accréditation va permettre de changer les choses. La communication va être évaluée et c'est vraiment important. Pour faire venir un superviseur, c'est

compliqué. Dans ce cadre-là, avoir une équipe, oui, mais ça veut dire que je déresponsabilise tous les superviseurs du suivi de leurs patients. Ça me semble difficile parce qu'avec le numérisé et la diminution du nombre de médecins en formation, les hôpitaux comme l'UCL, vont garder leurs étudiants, et nous, on va en avoir moins. On va donc devoir faire toutes ces tâches avec des seniors qui pour l'instant n'ont pas fort envie de les faire. Il faut donc faire changer les choses maintenant avant que le nombre de membres du personnel ne diminue. Les infirmières ne savent pas exactement à quel moment elles doivent appeler l'assistant de leur étage. Et l'assistant, sait-il à quel moment, il doit appeler son superviseur ou le médecin des soins intensifs ? Il n'y a pas vraiment de règles nous disant ça. Il y a un manque de communication et d'information avec parfois un patient qui se dégrade.

- *Je suis d'accord avec vous. Il faudrait donner des règles avec des échelles. Mais l'enjeu est de faire connaître et comprendre les échelles. D'après les recherches effectuées, au niveau du dossier papier, si les infirmières remplissent mal, le score est faux et sera mal interprété. Le mieux est que ce soit un score automatisé. Je rentre mes paramètres et le score se calcule tout seul. Mais pour mettre en place un score comme celui-ci, ça coûte de l'argent. Il faut donc investir. Mais je pense que ça en vaut la peine. Pareil pour les équipes d'intervention rapide. Il faut savoir qui on met dedans, si c'est une équipe détachée en plus, qu'il faut financer, avec quel matériel. On se retrouve à nouveau avec des soucis budgétaires qu'il faut gérer. Il faut faire la balance coûts/bénéfices*
- Les infirmiers dans les unités d'hospitalisation sont moins confrontés à ces situations d'urgence. Et malheureusement, on fait bien ce que l'on fait souvent. Et donc je pense que la formation dans ces unités-là est d'autant plus importante que dans les unités de soins intensifs ou les unités d'urgences qui ont plus l'habitude de gérer ces situations d'urgence. On pourrait faire des tournantes où, de temps en temps, on fait un mois aux soins intensifs par exemple.
- *C'était très intéressant d'avoir cette discussion avec vous. Vous êtes ouverte d'esprit aux changements. Vous savez qu'il y a encore du travail à faire. Le score d'alerte précoce et les équipes d'intervention rapide sont des choses utiles qui pourraient être utilisés dans le futur. Ça ne change rien au fait que les infirmières doivent être compétentes au niveau de la clinique et de l'interprétation des résultats mais ce sont des outils qui pourraient être utilisés en complément et qui pourraient les aider. Il faut que les médecins en soient convaincus aussi.*

- Bien sûr. Pour être utilisés, il faut que les médecins et les infirmières en soient convaincus sinon ça ne peut marcher. Souvent le changement entraîne une certaine réticence de pas mal de personnes. C'est dommage car dans les soins de santé, il faut pouvoir se remettre en question. Quand j'ai installé le PET à Bordet il y a des années, au début, les médecins n'en voulaient pas. Le PET permet de voir des lésions qu'on ne voit pas au scanner. L'argumentaire des médecins était de dire que je les mettais en difficultés car on voyait des choses qu'on ne voit pas au scanner, et ils ne savaient pas quoi en faire. Pourtant le pet-scan permet d'affiner la classification du cancer et d'avoir un meilleur taux de survie. Mais il y avait une réticence au sein même de l'unité de recherche du cancer.
- *Quelle est votre fonction exacte au sein de l'hôpital ?*
- Moi je suis médecin chef ici depuis 2014, c'est comme votre directeur médical, mais j'étais directeur médical à l'hôpital de la Citadelle depuis 2007. Ça fait donc maintenant 13 ans que je fais ce métier.
- *Merci beaucoup pour cet entretien. Je vous enverrai mon travail quand il sera terminé.*

Annexe 11 : Nombre de lits des hôpitaux interviewés

	LITS USI	LITS TOTALS
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	36 lits agréés et 58 physiquement	973 lits agréés
CLINIQUE SAINT-PIERRE OTTIGNIES	15 lits agréés	425 lits agréés
CHU SAINT-PIERRE BRUXELLES	32 lits agréés	582 lits agréés
CHU UCL NAMUR SITE SAINT-ELISABETH	15 lits agréés	+ /- 300 lits agréés

Annexe 12 : Données budgétaires nécessaires pour l'élaboration du budget

Données budgétaires			
Coût annuel Infirmier Soins intensif	70.000 €		
Coût annuel Infirmier Unité de soins	65.000 €		
Coût annuel Médecins intensiviste	225.000 €		
Coût annuel Maccs	46.800 €		
Coût annuel Secrétaire	56.000 €		
Coût horaire Médecin - participant	85 €		Médecin : nombre d'heures moyen prestées par an : 2.640 h
Coût horaire Infirmier - participant	42 €		Infirmier : nombre d'heures moyen prestées par an : 1.540 h
Coût horaire Maccs - participant	19 €		Maccs : nombre d'heures moyen prestées par an : 2.496 h (4 idem médecin participant
Coût horaire Médecin TPPSI - formateur	85 €		Infirmier : nombre d'heures moyen prestées par an : 1.540 h
Coût horaire Infirmier SIAMU - Formateur	45 €		Secrétaire : nombre d'heures moyen prestées par an : 1.540
Coût horaire secrétaire	36 €		
Chariot ARCA	3.700		
Mannequin simulation	50.000		
Locaux : pas de coût	-		Si Cliniques : 0€. Si Auditorios, accord CUSL & UCL : coût 0
Coût annuel entretien mannequin	5.000		
Coût annuel petit matériel (KT, gants, trouses, drains, ...)	400		

