

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : " Implémentation du débriefing
clinique routinier aux soins intensifs D du CHU UCL Namur site Godinne "**

Auteur : Poncelet, Laurie

Promoteur(s) : 13641; Paquay, Meryl

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée patient critique

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/16346>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Implémentation du débriefing clinique
routinier aux soins intensifs D
du CHU UCL Namur site Godinne**

Mémoire présenté par **Laurie PONCELET**

En vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en Patient Critique

Année académique 2021 – 2022

**Implémentation du débriefing clinique
routinier aux soins intensifs D
du CHU UCL Namur site Godinne**

Mémoire présenté par **Laurie PONCELET**

En vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé Publique

Finalité spécialisée en Patient Critique

Promoteurs : (1) **Jean-Christophe Servotte**

(2) **Méryl Paquay**

Année académique 2021 – 2022

Remerciements

*"Pour qu'un château de cartes s'écroule, il
suffit d'en retirer une seule."
(Dominique Muller, écrivain)*

Par ces quelques mots, je remercie chaleureusement toutes les personnes côtoyées durant ces deux années et qui, de près ou de loin, ont posé leur pierre à l'édifice. Chacun de vous a été une carte sans laquelle la construction du château n'aurait pas été possible.

Je tiens particulièrement à exprimer ma reconnaissance envers mes deux promoteurs. Je remercie *Monsieur Jean-Christophe Servotte* pour la proposition du sujet, son expertise, sa gentillesse et ses éclaircissements. Je remercie également *Madame Méryl Paquay* pour le partage de ses connaissances, son aide et son soutien précieux, ses conseils avisés, sa bienveillance, son investissement mais aussi ses encouragements à toutes épreuves.

Ils furent des sources d'inspiration mais aussi des piliers lors de l'élaboration de ce mémoire.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude aux personnes suivantes :

L'ensemble des professeurs du Master en Sciences de la Santé Publique et plus particulièrement le responsable de la finalité Patient Critique : *Monsieur Alexandre Ghuysen*, pour les connaissances et les outils partagés durant ces deux années ;

Madame Christelle Vastrade, cadre intermédiaire et *Monsieur Pierre Bulpa*, médecin réanimateur, pour l'attention portée à ce mémoire, leurs aides et conseils ;

Messieurs Fabian Vuidar et *Pierre-Louis de Marneffe*, infirmiers chefs, pour l'attention particulière portée à ce mémoire, à mes horaires et leur soutien ;

L'ensemble de mes collègues, pour les nombreux changements d'horaires, leurs avis, encouragements et surtout leur implication dans cette étude ;

Mes amies : Carol-Anne, Marie, Vinciane, Merry, Barbara, Marie et Cassandra, pour leur soutien sans faille, leurs encouragements et d'avoir toujours cru en moi ;

Mes amies rencontrées lors du Master : Typhanie, Fanny, Marie et Léa, pour l'entraide, les sorties et d'avoir rendu ce quotidien à l'université plus joyeux ;

Ma famille et plus particulièrement, mes parents, mon frère et ma sœur sans qui rien de tout cela n'aurait été possible.

Table des matières

Préambule	1
1. Introduction	2
1.1. L'essor du débriefing dans le monde de la santé.....	2
1.2. Les différents types de débriefings et leurs objectifs respectifs	2
1.3. Les nombreux avantages du débriefing	3
1.4. Les obstacles à l'implémentation des débriefings	4
1.5. Évolution depuis la pandémie de COVID-19.....	5
1.6. Le débriefing, une stratégie supplémentaire pour améliorer la qualité des soins ?	6
1.7. Question de recherche	7
1.8. Objectifs	7
2. Matériel et méthodes	8
2.1. Approche et design	8
2.2. Population étudiée.....	8
2.3. Phase qualitative.....	9
2.3.1. Déroulement de la collecte des données.....	9
2.3.2. Paramètres étudiés et outil de collecte des données	9
2.3.3. Traitement des données et méthodes d'analyse	10
2.4. Phase quantitative	11
2.4.1. Déroulement de la collecte des données.....	11
2.4.2. Paramètres étudiés et outils de collecte des données.....	11
2.4.3. Traitement des données et méthodes d'analyse	11
2.5. Critères et contrôles de qualité	12
2.6. Considérations éthiques	12
3. Résultats	13
3.1. Résultats de l'analyse des DCR.....	13
3.2. Résultats de l'implémentation	15
3.3. Résultats de l'expérience des participants.....	20

4. Discussion	21
4.1. Analyse de l'implémentation	21
4.1.1. Confrontation des freins aux recommandations	21
4.1.2. Leadership et hôpital magnétique	23
4.1.3. Collaboration médico-infirmière	25
4.2. Analyse des PLUS et DELTA	25
4.3. Satisfaction	27
5. Limitations	28
6. Perspectives	28
7. Conclusion	29
8. Références bibliographiques	30
9. Annexes	36

Résumé

Introduction : La littérature a démontré à de nombreuses reprises l'intérêt du débriefing clinique (DCR) pour améliorer les performances et les connaissances des praticiens, la communication et la dynamique d'équipe. De plus, il possède des bénéfices psychologiques et permet de réfléchir sur les moyens d'améliorer les soins futurs. Néanmoins, ces recherches mettent aussi en évidence les nombreux obstacles à son implémentation dans les unités. La pandémie rencontrée a permis de le faire évoluer vers une pratique plus routinière. Le but de cette étude était d'évaluer l'implémentation de débriefings cliniques routiniers au sein d'un service de soins intensifs.

Matériel et méthodes : Cette étude se base sur une approche mixte avec d'une part une approche qualitative visant à l'analyse, par le biais de la grille de classification « Debriefing and Organizational Lessons Learned » (DOLL), du contenu des débriefings cliniques. Deuxièmement, le cadre théorique « Consolidated Framework for Implementation Research » (CFIR) a permis d'étudier les freins et les incitants à l'implémentation du DCR dans l'unité. D'autre part, la phase quantitative avait pour objectif d'évaluer l'expérience du personnel soignant à la fin de l'implémentation.

Résultat : Les résultats montrent que les principaux freins à l'implémentation des DCR concernent le leadership et le manque de rétroaction mais aussi un climat d'implémentation peu propice. Deuxièmement, l'étude a mis en lumière que les médecins étaient moins impliqués dans le processus. Troisièmement, les participants ont relevé davantage de succès que de points d'amélioration. Enfin, malgré une implémentation non optimale, les participants sont majoritairement satisfaits et convaincus de l'intérêt du DCR.

Conclusion : L'implémentation de débriefings cliniques routiniers au sein d'un service n'est pas une chose aisée. Elle demande des leaders investis, des cliniciens convaincus de son intérêt mais aussi un cadre particulier. Une pratique solide doit être pérennisée avant d'analyser tout lien avec la sécurité du patient.

Mots-clés : Débriefing clinique – Implémentation – Organisation Apprenante – Leadership – Satisfaction

Abstract

Introduction : Many studies have demonstrated the value of clinical debriefing (DCR) in improving teams performance and knowledge, communication and resilience. Furthermore, DCR holds psychological benefits and allows reflective thinking about how to improve future care. Nevertheless, these investigations also revealed significant barriers to its implementation in the units. Following the pandemic, this practice has evolved into a more routine practice. The purpose of this study was to evaluate the implementation of DCR in an intensive care unit.

Methods : This study is based on a mixed approach with, firstly, a qualitative approach designed to analyse the content of clinical debriefings using the DOLL classification framework. Secondly, the CFIR theoretical framework was used to study the obstacles and incentives for implementing the DCR in the unit. Finally, the quantitative phase examined the teams experience following the implementation of the DCR.

Results : The results show that the main obstacles to implementing RCD are leadership and lack of feedback, as well as an inappropriate implementation climate. Secondly, physicians were found to be less involved in the process. Third, participants identified more successes than points for improvement. Finally, despite non-optimal implementation, most participants were satisfied and believed in the value of the DCR.

Conclusion : Implementing routine clinical debriefings within a department is challenging. The process requires committed leaders, convinced clinicians, and a specific framework. A solid practice must be sustained before any link to patient safety can be analyzed.

Keywords : Clinical debriefing - Implementation - Learning organization - Leadership - Satisfaction

Préambule

Dès la fin de mon bachelier en soins infirmiers et contre toute attente, je me suis dirigée vers une spécialisation en soins intensifs et aide médicale urgente. Un « coup de cœur » pour mon stage en réanimation a complètement modifié mon projet professionnel. Ensuite, j'ai commencé à travailler dans un service de soins intensifs.

Dans le cadre de mon activité professionnelle, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des événements indésirables ainsi qu'à des situations difficiles. L'un d'entre eux, en tout début de carrière, m'a particulièrement marquée. Cet accident a impacté durant de nombreux mois ma vie professionnelle mais aussi privée. A l'exception du reporting, je n'avais jamais réellement trouvé de solutions pour améliorer les choses et cela me provoquait un sentiment de culpabilité. Cet événement m'a rendu plus sensible aux interventions permettant d'améliorer la sécurité et la qualité des soins mais aussi le bien-être au travail et la sécurité psychologique.

Quatre années plus tard, en pleine pandémie de Covid-19, le débriefing clinique capte mon attention et me semble être une intervention qui permettrait d'apprendre davantage de ce type de situations. Puis, certains cours donnés dans la finalité Patient Critique comme « Pratique de la simulation auprès du patient critique/aigu » et « Team Working – Gestion, ressources et crises » renforcent cet intérêt. En me renseignant, je prends conscience que ce concept reste encore fort expérimental. Dans ce contexte particulier, je me suis questionnée sur les raisons expliquant qu'il soit aussi peu implémenté dans les unités de soins. J'ai donc décidé d'investiguer sur le sujet dans le cadre de mon mémoire.

De plus, je suis convaincue de l'intérêt que peut apporter ce genre de processus au sein d'une équipe mais aussi d'une institution. Et ce, particulièrement dans une unité de soins intensifs davantage exposée à des situations à risque. Dès lors, j'avais envie de partager le concept auprès de mes collègues et de ma hiérarchie.

1. Introduction

1.1. L'essor du débriefing dans le monde de la santé

Le débriefing trouve son origine lors de la 2^{ème} Guerre Mondiale durant laquelle il était utilisé par les militaires pour passer en revue les événements du combat (1). Plus tard, d'autres disciplines comme l'enseignement, la psychologie ou la sociologie s'y sont intéressées. Depuis longtemps, les organisations présentant des niveaux de risque et de danger importants mais ayant aussi des enjeux élevés, comme l'aviation, l'armée ou dans une moindre mesure, les hôpitaux, utilisent les débriefings comme un outil de gestion de la sécurité et sont donc ancrés comme des pratiques de routine (2,3).

1.2. Les différents types de débriefings et leurs objectifs respectifs

Le débriefing peut prendre plusieurs formes selon son contexte, son environnement et son objectif (4). Dès lors, il recouvre différentes définitions.

De manière plus générale, l'OMS définit le débriefing comme « *un processus par lequel un individu ou une équipe réfléchit formellement à sa performance après une tâche particulière, une pause de travail ou un événement critique* » (5). Une autre source mentionne que « *le débriefing est une méthode pour faciliter la discussion des actions, guider la réflexion et transférer les comportements d'apprentissage dans la pratique clinique* » (6). Il peut être défini aussi comme « *une réunion interprofessionnelle qui a lieu après un événement critique et permet aux infirmières et aux autres membres de l'équipe de soins de santé de revoir et de traiter leurs expériences* » (7).

Le type de débriefing sera choisi en fonction de l'objectif voulu : un désamorçage psychologique, un processus d'amélioration de la qualité du service, un enseignement réflexif ou un exercice de rétroaction par les pairs à des fins éducatives. Tous ces objectifs ne peuvent être atteints dans un seul débriefing ou programme (8). Il faut distinguer le débriefing réalisé à la suite d'une activité éducative telle qu'une expérience simulée ou une activité d'apprentissage en groupe, d'un débriefing ayant lieu après un événement critique ou non. Dans le premier cas, l'objectif est un apprentissage prédéterminé s'inscrivant dans un programme pertinent et adapté aux besoins des apprenants (9,10).

Dans le second cas, les objectifs seront différents puisqu'ils viseront d'autres besoins. Ainsi, le débriefing permettra l'identification d'erreurs latentes, l'amélioration du système ou le

soutien psychologique (1,11,12). Le débriefing post-événement critique consiste en une réunion interprofessionnelle ayant lieu après celui-ci. Il permet de réfléchir, d'évaluer, d'examiner et d'échanger des informations concernant la pratique clinique, la formation professionnelle et les émotions des personnes impliquées dans l'événement critique (7,13,14). Le débriefing post-réanimation est d'ailleurs recommandé par l'American Heart Association (15). Il s'agit d'un outil d'apprentissage, d'amélioration de la qualité des futurs soins, de performance d'équipe et de désamorçage émotionnel (8,16).

Le débriefing clinique porte son attention sur le travail d'équipe interprofessionnelle, l'apprentissage collectif et la sécurité des patients (17).

1.3. Les nombreux avantages du débriefing

Les conséquences du débriefing clinique sont reconnues dans la littérature comme étant très avantageuses. Lors de situations émotionnelles, les débriefings cliniques sont associés à des bénéfices psychologiques (7). Plus précisément, ils permettent de traiter les émotions, de combattre la détresse morale et d'apporter un soutien moral. Cependant, il semble important de préciser qu'une récente étude (18) recommande de proscrire l'utilisation des « débriefing pour traiter » lors de fortes réactions émotionnelles ou d'une détresse psychologique. Dans de telles situations, il est préconisé que les personnes aient accès à des professionnels de la santé mentale. Néanmoins, le « débriefing pour gérer » semble être un bon compromis car il donne des occasions discrètes aux participants de partager leurs émotions et ressentis sans explorer en détail ce qu'il s'est passé.

De nombreuses études prouvent les avantages du débriefing dans les environnements cliniques (19) et plus particulièrement aux soins intensifs, aux urgences et en salles d'opération où les événements critiques sont plus courants. Il améliore l'apprentissage, les connaissances (20), les performances des cliniciens (20–22), la communication, les dynamiques d'équipe et l'efficacité (1,13,14,23) impactant ainsi les résultats pour les patients (7,20,21,24). Ils sont donc recommandés lors de réanimations cardio-pulmonaires, intubations ou tout autre événement consommateur de ressources (24). Ils permettraient de désamorcer les émotions, d'améliorer la résilience, de favoriser l'apprentissage (au niveau individuel, en équipe et au niveau du système) mais aussi de réfléchir sur les moyens d'améliorer les soins futurs (7,8,25). Étant donné que les participants sont invités à partager leurs émotions, ils peuvent ressentir moins de stress professionnel (14), moins de stress

personnel (23), un soutien des collègues (26) et un meilleur engagement au travail (14). Tout cela amenant une meilleure satisfaction du personnel (22). Plus récemment, des études évoquent que les débriefings interprofessionnels faciliteraient les interventions de leadership(6). Ils amélioreraient également le soutien des pairs et la résilience face aux défis posés par les pandémies et les périodes d'accalmie qui s'en suivent (27). L'étude menée par Toews et al. (7) met aussi en lumière que le DC donne des clés aux dirigeants pour évaluer le bien-être de leurs équipes et il peut mettre en évidence qu'un soutien supplémentaire est nécessaire. Dès lors, en améliorant le bien-être des infirmiers et de l'ensemble de l'équipe de soins (7,21,28,29), l'implémentation de DC interprofessionnels peut contribuer à l'amélioration de la productivité mais aussi de l'efficacité des organisations et, in fine, améliorer les soins prestés aux patients(7).

1.4. Les obstacles à l'implémentation des débriefings

Malgré les recommandations internationales et les nombreuses preuves de l'intérêt et de l'efficacité du DC, ceux-ci sont encore peu pratiqués (14,22,25,30,31). Différents obstacles empêchent leur réalisation. Parmi ceux-ci peuvent être cités : le manque de facilitateurs entraînés (14,24,26,28,29) mais aussi selon Spencer et al. (28), le manque d'expérience, de connaissances et de formation en matière de débriefing. Ces obstacles seraient responsables de plus de la moitié des raisons pour lesquelles les débriefings ne sont pas initiés. Cependant, des études plus récentes estiment que le DCR ne doit pas être spécialement dirigé par une personne très qualifiée en la matière pour autant qu'il soit réalisé grâce à une approche structurée et systématique au moyen de certains outils tels que ; INFO, DISCERN, STOP ou TALK. Ainsi, le facilitateur ne doit pas obligatoirement être un médecin et peut être un infirmier(8,30). D'après la littérature, le débriefing nécessite une collaboration réciproque et une participation active des membres de l'équipe. Pour cela, la sécurité psychologique est primordiale afin que l'ensemble des membres puissent partager leurs idées. Et ce, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'événements à haut risque ou chargés émotionnellement (14). D'après Sawyer et al.(32), l'environnement physique et psychologique sont des déterminants importants pour que des solutions innovantes soient imaginées et cela influence la qualité et les résultats du débriefing.

D'autres auteurs mentionnent le manque de directives et de protocoles organisationnels (14,21) et le manque de cadre approprié (14,24) comme des obstacles non négligeables.

Sandhu et al. (14), affirment que le DCR n'est généralement pas assez soutenu par l'administration. Par conséquent, un changement culturel important est justifié pour améliorer la mise en œuvre de ceux-ci (14).

1.5. Évolution depuis la pandémie de COVID-19

La pandémie de Covid-19 a impacté le monde des soins de santé. En effet, la crise a amené de nombreux défis dont notamment un changement important des procédures opérationnelles habituelles et des tâches mais aussi une augmentation de la charge de travail (33). En conséquence, les professionnels de la santé ont été confrontés à des niveaux de stress et une charge mentale plus importante tant au niveau de la gestion des tâches personnelles que professionnelles (34,35). C'est dans ce contexte que le débriefing clinique routinier a particulièrement évolué. En effet, pour la première fois en Belgique, un programme de débriefing clinique de fin de pause utilisant l'outil DISCOVER-PHASE (6) (cfr Annexe 1) a été mis en place dans deux services d'urgence de Liège. Le but était d'identifier les menaces latentes pour la sécurité, dégager des pistes d'amélioration et remonter les informations au niveau des systèmes. Ainsi, le personnel soignant avait la possibilité, à la fin de chaque pause de travail, d'identifier et de signaler les différents problèmes de qualité et de sécurité afin qu'ils soient présentés à la hiérarchie et que des situations puissent être trouvées. Cet outil se présente sous forme d'une fiche scindée en trois parties. Deux parties comprennent des détails purement descriptifs et une structure de débriefing type. La dernière partie reprend ce qui s'est bien passé durant la pause de travail (appelé « PLUS »), ce qui s'est moins bien passé et nécessiterait une amélioration (appelé « DELTA ») (6). Il s'agit d'un concept nouveau puisque les équipes n'attendent pas un événement clinique déclencheur (comme une RCP, une intubation, etc.) pour débriefer. Le progrès ne s'est pas arrêté là puisque dans la foulée, un cadre théorique appelé « Debriefing and Organizational Lessons Learn » (DOLL)(36) a été pensé pour classifier les données recueillies lors des DCR. Ce cadre permet une analyse structurée et standardisée aidant à l'assimilation des résultats dans la gestion interne et externe de l'unité, les ressources et la coordination du service (36). Il est composé de 7 dimensions et de 13 sous-dimensions (cfr Annexe 2).

1.6. Le débriefing, une stratégie supplémentaire pour améliorer la qualité des soins ?

La sécurité du patient est un principe fondamental des soins de santé (37). Celui-ci reste pour le moins récent. En effet, c'est en 1999, suite à la publication par l'Institut de Médecine Américain du rapport « To err is human » (38) que la pierre angulaire du mouvement de sécurité du patient fut posée. L'amélioration des organisations dans l'espoir de diminuer la fréquence et les conséquences des erreurs passe obligatoirement par l'analyse de celles-ci et des circonstances qui sont à leur origine (39). Depuis de nombreuses années, deux stratégies sont utilisées en ce sens : le reporting et l'analyse des événements indésirables. Ces deux stratégies font partie de la Safety-I. Il s'agit de la science de la sécurité dans les soins de santé axée principalement sur la réduction des risques et la minimisation des dommages par l'apprentissage de ce qui n'a pas fonctionné correctement (40). Malheureusement, les résultats sont décevants. Un tournant se fait ressentir dans le domaine de la sécurité. Aujourd'hui, cela ne suffit plus de déterminer ce qui s'est mal passé. Il faut aussi déterminer ce qui fonctionne bien. Le concept de Safety-II encourage l'étude de tous les événements y compris routiniers et banals pour mettre en évidence aussi les capacités, les ajustements, la variation et l'adaptation pour des opérations réussies dans un système complexe (40). Le débriefing de routine semble être d'une aide inestimable puisqu'il facilite la compréhension des ressources et des contraintes du système. Il permet donc d'agir sur les conditions latentes. Il s'agit d'une opportunité précieuse de discussion, d'apprentissage et d'amélioration des systèmes (40).

Malgré les recommandations internationales d'instauration des débriefings, on remarque que peu, voire pas de débriefings ont lieu au sein de services de soins intensifs à l'exception de ceux se déroulant après un événement. Pour la première fois en Belgique, une étude a proposé d'implémenter un débriefing clinique routinier sans événement déclencheur au sein d'un service d'urgence. Puis, un cadre théorique a été créé permettant la classification des données recueillies lors des DCR. Dans la continuité de ces études menées par Servotte et al. (6) ainsi que Paquay et al. (36), il a été particulièrement intéressant d'implémenter des débriefings cliniques routiniers dans un autre service aigu tel qu'un service de soins intensifs

afin d'évaluer l'implémentation de ces deux procédés ainsi que de déterminer les « PLUS » et « DELTA » mis en évidence dans ce service particulier.

1.7. Question de recherche

Tel qu'explicité précédemment, notre objectif était d'implémenter dans un service de soins intensifs le débriefing clinique routinier. Dès lors, la question de recherche était la suivante :

« Quelle est la faisabilité de l'implémentation de débriefings cliniques routiniers dans un service de soins intensifs ? »

1.8. Objectifs

L'objectif de cette étude était d'analyser l'implémentation des débriefings cliniques routiniers aux soins intensifs D du CHU UCL site Godinne.

Et plus particulièrement,

- Identifier et classer les PLUS et DELTA selon la grille Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL) (36).
- Évaluer l'expérience (satisfaction, efficacité) du personnel soignant (infirmiers et médecins) concernant le débriefing clinique à la fin de son implémentation.
- Identifier les freins et incitants à l'implémentation des débriefings cliniques.

2. Matériel et méthodes

2.1. Approche et design

Une approche mixte a été envisagée pour cette étude afin d'amener une compréhension plus complète de la situation. Un design séquentiel exploratoire a été choisi. Cette étude s'est déroulée en 3 étapes. En premier lieu, des débriefings cliniques rassemblant des infirmiers et des médecins ont été réalisés. Parallèlement, l'intégration des données par assimilation-transformation a permis de transformer les données qualitatives obtenues durant la 1^{ère} phase en données quantitatives. Dans un second temps, les freins et incitants à l'implémentation des DCR dans le service ont été étudiés. Enfin, lorsque l'implémentation a pris fin, l'expérience des participants a été évaluée. (41,42)

2.2. Population étudiée

La population étudiée lors de la phase qualitative était identique à celle étudiée en phase quantitative. Lors de celles-ci ont été inclus les infirmiers et médecins travaillant au sein de l'unité de soins intensifs D du CHU UCL Namur site Godinne.

Les critères d'inclusion sont :

- Parler français
- Être titulaire d'un bachelier en soins infirmiers (ou bachelier d'infirmier responsable en soins généraux) ou être Docteur en médecine spécialisé ou en cours de spécialisation
- Travailler au sein des soins intensifs du CHU UCL Namur site Godinne ou être étudiant infirmier responsable en soins généraux et stagiaire aux soins intensifs D du CHU UCL Namur site Godinne
- Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude

La participation à l'étude s'est effectuée sur base volontaire après une séance d'information.

2.3. Phase qualitative

2.3.1. Déroulement de la collecte des données

La phase qualitative a comporté 2 volets et a fait appel au cadre théorique le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (43) (cfr Annexe 3). Ce cadre apporte une vision holistique du processus d'implémentation grâce aux différents facteurs et construits qu'il propose. En identifiant les freins mais aussi les facilitants à l'implémentation du processus, le CFIR amène à une analyse pointue, scientifique et systémique.

Dans un premier temps, entre le 4 avril et le 5 juin 2022, des débriefings cliniques quotidiens rassemblant des infirmiers, des médecins et potentiellement des étudiants infirmiers ont été mis en place dans le service des soins intensifs D du CHU UCL Namur site Godinne. Préalablement, chaque membre de l'équipe infirmière a été formé, par le chercheur principal, au débriefing clinique routinier et à l'outil DISCOVER-PHASE©(6). Ainsi, les infirmiers étaient en mesure de jouer le rôle de facilitateur. L'objectif était qu'un à deux débriefings soient réalisés chaque jour. Ils étaient enregistrés au moyen d'un dictaphone. Au total et de cette manière, 60 à 120 débriefings devaient être enregistrés et faire partie de l'étude.

Dans un second temps, il a été nécessaire d'analyser les freins et les causes pouvant expliquer la non réalisation des débriefings. En effet, 19 débriefings ont été réalisés sur les 63 opportunités présentées. Dans ce cadre, les participants ont été invités à partager les freins et incitants à l'implémentation des DCR lors d'entretiens de type focus groupe mais aussi via la plateforme « Framaforms » rendant ainsi leur réponse anonyme. La collecte des données s'est déroulée du 19 mai au 2 juin 2022. Ensuite, les données ont été triées et l'analyse a été réalisée selon le cadre théorique proposé.

2.3.2. Paramètres étudiés et outil de collecte des données

Les stratégies de collecte des données de cette étude ont reposé sur des entretiens de groupe semi-structurés, sous forme de débriefing clinique, guidés grâce au DISCOVER-PHASE© (6). Cette méthode a été privilégiée par rapport aux autres techniques de collecte des données car elle permet d'avoir un fil conducteur tout en permettant aux participants de

s'exprimer librement. Cet outil a permis de mettre en évidence les paramètres étudiés à savoir ce qui est positif (« PLUS ») et ce qui est à améliorer (« DELTA ») mais aussi les idées innovantes proposées par les participants. Dans un second temps, les freins et incitants donnés par les répondants ont été analysés selon le cadre théorique CFIR.

2.3.3. Traitement des données et méthodes d'analyse

L'analyse a consisté en un processus cyclique et itératif où la collecte des données s'est déroulée en parallèle de l'analyse de celles-ci. Les entretiens étant enregistrés, ils ont été entièrement retranscrits dans des fichiers WORD afin d'en dégager les verbatims identifiés comme « PLUS » si le discours relatait une situation positive, comme « DELTA » si le discours rapportait une situation négative ou à améliorer et comme « idée innovante ». Enfin, les éléments ont été classés selon la grille Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL) (36). Le DOLL est un cadre théorique permettant la classification des données recueillies lors des DCR, une analyse structurée et standardisée et ainsi, aidant l'assimilation des résultats dans la gestion interne et externe de l'unité, les ressources et la coordination du service (36). Il est composé de 7 dimensions et de 13 sous-dimensions. L'ensemble des données ont été transcrites dans un fichier Excel. La classification a été faite de manière indépendante par deux membres du groupe de travail (Laurie Poncelet et Méryl Paquay). Ensuite, un tableau croisé dynamique a permis de trier les données selon le DOLL et d'obtenir une table de fréquence.

2.4. Phase quantitative

2.4.1. Déroulement de la collecte des données

Cette phase a tenté d'évaluer l'expérience (satisfaction et efficacité) du personnel infirmier et médical à propos du processus de débriefing clinique. Pour cela, un questionnaire a été envoyé aux participants lorsque l'implémentation des débriefings était terminée. La collecte des données s'est déroulée du 23 juin au 1^{er} juillet 2022.

2.4.2. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

L'outil de collecte des données a été un questionnaire posté sur la plateforme « Framaforms ». Celui-ci a permis l'étude des paramètres suivants : la satisfaction, l'intérêt du DCR, le rôle du leadership, la présence systématique du même facilitateur, le créneau horaire préféré. Au total, 19 questionnaires ont été introduits dans l'étude et 2 ont été exclus car ils comprenaient des données aberrantes. La collecte des données a été réalisée dans un fichier Excel basé sur un codebook élaboré en début d'étude.

2.4.3. Traitement des données et méthodes d'analyse

Tel que mentionné précédemment, les données ont été collectées et traitées dans un fichier Excel permettant ainsi la création d'une base de données. Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au programme informatique R Commander. Dans un premier temps, des statistiques descriptives ont été réalisées pour déterminer les fréquences et pourcentages des différentes modalités de chaque variable qualitative. L'étude ne comportant aucune variable quantitative, la normalité n'a donc pas été testée. Ensuite, un Test de Fisher a permis d'évaluer l'association de la satisfaction avec différentes variables. Ce test a été préféré au Chi-carré étant donné que les fréquences attendues étaient inférieures à 5.

2.5. Critères et contrôles de qualité

Différents contrôles de qualité ont été réalisés. De manière plus générale et objective, la qualité de la présente étude a été évaluée en utilisant le MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) (42).

Pour la phase qualitative :

- Les débriefings ont été enregistrés pour pouvoir être ré-écoutés et permettre une retranscription exacte.
- Les verbatims préalablement identifiés en PLUS, DELTA ou idées innovantes ont été classés selon le DOLL. Ce classement a été effectué de manière indépendante par deux membres de l'équipe de recherche (Laurie Poncelet et Méryl Paquay). Lorsque le classement n'était pas identique, une discussion s'en est suivie et un accord a été trouvé.
- Le codage des données a été vérifié de manière indépendante par deux chercheurs.

Pour la phase quantitative :

- Après la collecte des données, les résultats des questionnaires ont été encodés et vérifiés.

2.6. Considérations éthiques

Dans le cadre de la présente étude, l'ensemble des données collectées ont été rendues anonymes et protégées dans un fichier Excel ou Word nécessitant un code d'accès. Les données récoltées seront détruites au terme de l'étude.

La participation à l'étude se faisait sur base volontaire. Les professionnels de la santé ont été informés des objectifs et du déroulement de l'étude lors d'une séance d'information et avaient à leur disposition un récapitulatif écrit dans le service. La signature d'un consentement était demandée. Cette étude a fait l'objet d'une validation par le Comité d'Éthique du CHU UCL Namur, site Godinne en date du 22 mars 2022 (Réf : 32/2022).

3. Résultats

L'étude a été menée en deux phases concomitantes auprès d'infirmiers et médecins des soins intensifs D du CHU UCL Namur sur le site de Godinne. Les résultats sont présentés selon l'ordre de collecte des données. A savoir, dans un premier temps, la phase qualitative reprenant l'analyse des débriefings grâce au DOLL (36) et l'évaluation de l'implémentation selon de CFIR (43). Dans un second temps, la phase quantitative a permis d'évaluer l'expérience des participants.

3.1. Résultats de l'analyse des DCR

Tableau 1. Pourcentages de PLUS et DELTA basés sur les dimensions du cadre « Debriefing and Organisational Lessons Learned (DOLL) (36)

Dimensions (DOLL level 1)	Sous-dimensions (DOLL level 2)	DELTA n(%)	PLUS n(%)	Total n(%)
Autre unité		4 (4)	0 (0)	4 (4)
Environnement		12 (11)	5 (5)	17 (16)
	Charge	5 (5)	5 (5)	10 (10)
	Matériel	3 (3)	0 (0)	3 (3)
	Structure	2 (2)	0 (0)	2 (2)
	Technologies	2 (2)	0 (0)	2 (2)
Individuels		8 (8)	10 (10)	18 (17)
	Comportement	3 (3)	9 (9)	12 (11)
	Connaissances	5 (5)	0 (0)	5 (5)
	Psychologique	0 (0)	1 (1)	1 (1)
Institution		6 (6)	1 (1)	7 (7)
	Politique	6 (6)	1 (1)	7 (7)
Patient		5 (5)	3 (3)	8 (8)
Unité		12 (11)	29 (28)	41 (39)
	Communication	5 (5)	4 (4)	9 (9)
	Gestion ressources humaines	2 (2)	8 (8)	10 (10)
	Gestion ressources matérielles	1 (1)	0 (0)	1 (1)
	Rôles	4 (4)	17 (16)	21 (20)
Procédure		5 (5)	5 (5)	10 (10)
Toutes les dimensions	Total général	52 (49,52%)	53 (50,48)	105 (100)

Durant la phase d'implémentation, 19 débriefings ont été réalisés parmi les 63 opportunités possibles. Ceux-ci ont permis de mettre en évidence 105 éléments incluant 52 DELTA (n = 52, 49,52%) et 53 PLUS (n = 53, 50,48%). Il y a donc autant de verbatims « PLUS » que de verbatims

« DELTA ». Les 3 dimensions les plus représentées sont respectivement les dimensions « **Unité** » (n = 41, 39%), « **Individuels** » (n = 18, 17%) et « **Environnement** » (n = 17, 16%). La dimension « Unité » comprend près de 2/3 de PLUS (n = 29 contre n = 12 pour les DELTA). De manière identique, la dimension « Individuels » comprend davantage de PLUS (n = 10) que de DELTA (n = 8). La dimension « Environnement » est, quant à elle, la plus représentée en termes de DELTA (n = 12, 11%). La dimension « Procédure » contient autant de PLUS (n = 5) que de DELTA (n = 5). La dimension « Autre unité » est la seule ne comprenant exclusivement que des DELTA (n = 4). La sous-dimension la plus représentée est « Rôles » car elle comporte 17 PLUS et 4 DELTA.

3.2. Résultats de l'implémentation

Tableau 2. Analyse des freins et incitants au DCR selon les dimensions du CFIR (43)

Cadre externe		Cadre interne	
Besoins des patients et ressources	+	Caractéristiques structurelles	-
Pressions par les pairs	-	Réseaux et communication	NO
Politiques extérieures et incitatifs	NO	Culture	+
Cosmopolitanisme	NO	Besoin de l'innovation	-
Caractéristiques des individus		Compatibilité	+
Connaissances et croyance au sujet de l'innovation	+	Priorité relative	-
Auto-efficacité	+	Incitatifs organisationnels	-
Identification de l'individu par rapport à l'organisation	NO	Buts et rétroaction	±
Autres caractéristiques personnelles	-	Climat d'apprentissage	±
Stade de changement de l'individu	NO	Disponibilité des ressources	±
Caractéristiques de l'innovation		Engagement des leaders	-
Origine de l'intervention	+	Accès aux connaissances et à l'information	+
Qualité de l'évidence scientifique	±	Processus	
Avantage relatif	±	Planification	±
Adaptabilité	+	Leaders d'opinion	NO
Possibilité d'un essai d'implémentation	NO	Leaders pour l'innovation	±
Complexité	-	Champions	+
Qualité de la conception et du design	NO	Agents de changement externes	NO
Coût	+	Participants à l'innovation	±
		Exécution	-
		Réflexions et évaluation	NO
		Évolution	NO

Incitant : + / Neutre : ± / Barrière : - / NO : Non observable

Les causes et freins à la non réalisation des DCR mais aussi les incitants ont été étudiés par le biais du CFIR. Préalablement, 21 infirmiers et médecins impliqués dans l'étude ont partagé les raisons justifiant, pour eux, le fait que l'objectif n'avait pas été atteint lors d'entretien focus groupe ou via la plateforme « Framaforms ».

Chaque dimension et sous-dimension du CFIR a été analysée. En ce qui concerne le **cadre externe**, l'institution est centrée sur le patient et le met au centre de ses préoccupations, elle prend en compte ses **besoins**. L'une des barrières réside dans l'absence de **pression des pairs**. En effet, le DCR est un concept nouveau qui n'est actuellement présent qu'au sein d'une institution, le CHU de Liège. Aucune pression mimétique ou concurrentielle pour mettre en œuvre l'intervention n'existe pour l'instant.

A propos du **cadre interne**, le CHU UCL Namur défend une **culture** particulière et promeut 5 valeurs (Bienveillance, Excellence, Exemplarité, Respect et Synergie) dont 2 sont particulièrement incitantes en termes d'innovation ; l'Excellence et la Synergie. Le **climat d'apprentissage** était favorable puisque les supérieurs hiérarchiques et le chercheur principal ont exprimé le besoin d'aide et de contribution des membres de l'équipe dans l'élaboration de ce projet. De plus, ces derniers pouvaient sentir qu'ils étaient essentiels, estimés et des partenaires compétents dans ce processus d'implémentation. Néanmoins, trop de projets chronophages et énergivores ont été développés en même temps selon l'équipe. En effet, l'hôpital était au même moment dans une phase d'accréditation dont la visite certificative a eu lieu le 31 mai 2022, soit, quelques jours avant la fin des deux mois d'implémentation du DCR. Aussi, la sécurité psychologique n'était pas optimale. En effet, une personne a mentionné le fait qu'être enregistré durant le débriefing est un frein à la spontanéité de l'échange. **L'accès aux connaissances et à l'information** a été évalué comme positif. L'ensemble de l'équipe a reçu des connaissances en DCR par le biais d'une formation en présentiel ou par mail. De plus, une farde disponible dans le service reprenait l'ensemble de ces informations. Les freins ont principalement concerné **le besoin d'innovation, la priorité relative, les incitatifs organisationnels** ainsi que **l'engagement des leaders**. En effet, les membres de l'équipe bien que pour la plupart convaincus par l'intérêt du DCR (cfr étude de satisfaction), n'avaient pas spécialement la sensation que cette innovation émanait d'une situation considérée comme intolérable ou nécessitant un changement. Aussi, pour plusieurs raisons, **le climat d'implémentation** n'était pas favorable selon les répondants. Premièrement, cette étude a débuté en période post-COVID, où l'équipe avait « *besoin de relâcher la pression* » accumulée durant de nombreux mois. Malgré l'implication de courte durée demandée par le DCR, un besoin de temps plus important en dehors du lieu de travail se fait ressentir. Deuxièmement, le service a subi un faible taux d'occupation durant cette période provoquant la sensation que « *trop grand-chose ne se passe et donc qu'il n'y a pas spécialement le besoin d'un débriefing* ».

Troisièmement, la priorité relative a été placée, à la même période, sur la phase d'accréditation de l'institution. Les répondants mentionnaient que cela impliquait « *trop de nouveaux projets en même temps* ». De plus, dans ce cadre, les après-midis étaient la plupart du temps consacrés à des programmes de formations empêchant la réalisation des DCR par manque de temps. Quatrièmement, les leaders n'ont pu s'impliquer comme désiré et ce, contre leur gré, par la présence d'un chef infirmier par intermittence. En effet, il a été contraint d'adapter son temps de travail pour des raisons de santé et a été secondé par l'infirmier chef dont l'unité de soins intensifs a été fermée par manque d'effectifs infirmiers et médicaux. Par conséquent, le rappel des débriefings n'était pas quotidien. Pour la même raison, à l'issue des débriefings et la mise en évidence de DELTA, aucune solution n'a pu être trouvée par la hiérarchie. Dès lors, les répondants ont fait part de la « *sensation que personne n'écoute réellement les plaintes et qu'aucune action n'est mise en place pour améliorer les DELTA* ». Dans ce cadre, les **incitatifs organisationnels** sont nuls puisque l'équipe n'a pas été récompensée des efforts fournis pour réaliser les DCR. Les **objectifs et buts** de l'innovation ont clairement été exposés à l'équipe. Cependant, aucune **rétroaction** n'a pu avoir lieu dans ce climat et cela a été considéré comme un frein : « *si les choses qui ont moins bien été sont relayées en amont et que des solutions sont mises en place, cela nous aiderait* ». Les ressources étaient peu disponibles car il manquait de **leaders d'opinion** dans l'élaboration de ce projet. L'étude de la dimension relative aux **caractéristiques des individus** a mis en évidence que les connaissances et croyances au sujet de l'innovation étaient positives comme en témoignent les nombreuses déclarations allant dans ce sens : « *le DCR permet de détecter les points d'amélioration* », « *je pense que cela peut apporter beaucoup de choses* », « *cela permet de faire le point sur ce qui ne va pas et se répète souvent. En plus, on peut communiquer avec ses collègues et vider son sac* », « *c'est franchement intéressant, il permet d'avoir une communication sur l'ensemble des bonnes et mauvaises choses du service* », « *cela permet de chercher des solutions à nos problèmes et de nous améliorer, améliorer notre travail* », etc. Malgré un sentiment partagé de l'intérêt du DCR, certains facteurs comme « *le manque d'envie et de motivation* », « *la mauvaise volonté* » ou encore « *une équipe composée de nombreuses personnes en temps partiels peu présentes et donc peu impliquées* » ont influencé la pratique de celui-ci. Le fait d'être un médecin influence également le taux de participation aux DCR puisque sur les 19 débriefings réalisés seuls 4 d'entre eux ont été menés en compagnie d'un médecin, soit un taux de participation de 21%. Les raisons sont « *le manque*

de temps », « *je ne me sens pas impliqué car je change bientôt d'unité* », « *le moment ne me convenait pas* ». Aussi, pour un des répondants, il s'agit « *d'une démarche étrange, peu naturelle surtout lorsqu'il n'y a rien à dire de particulier* ». Les répondants sont néanmoins convaincus de leur auto-efficacité et donc de leur capacité à mettre en évidence les PLUS, DELTAS et idées innovantes. Cependant, ils estiment qu'il est du « *ressort de la hiérarchie de modifier des comportements et de mettre en place des actions* » et non pas du leur.

L'analyse de la dimension relative aux **caractéristiques de l'innovation** est relativement positive. L'origine de l'intervention émane d'un mémoire en santé publique pour lequel l'équipe « *a envie d'aider* ». Aussi, outre le fait que le DCR contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la mise en place du DCR aux urgences du CHU de Liège permettant ainsi la réorganisation complète de ses services a renforcé l'intérêt pour le DCR auprès de l'équipe. Une personne a témoigné « *des appréhensions par le côté inconnu du DCR* », une autre « *n'y voit pas de plus-value au quotidien* ». Sa mise en œuvre, au départ, n'était pas perçue comme complexe et l'innovation semblait facilement adaptable aux besoins du service. Cependant, l'équipe a pris conscience qu'il était « *difficile d'implémenter de nouveaux projets au sein de l'unité* » et que « *les créneaux horaires posaient problème pour les petits matins* ». Il existe différents horaires pour la pause du matin, certains travaillent de 7h30 à 15h36 (« *grand matin* ») et d'autres de 7h30 à 13h15 (« *petits matins* »). Les personnes prestant un « *petit matin* » ne participaient donc pas au DCR qui avaient lieu après 13h15. Aucun coût n'a été nécessaire pour implémenter ce projet. Néanmoins, plusieurs répondants ont mentionné qu'« *il serait intéressant qu'une personne soit entièrement allouée à ce projet* » ce qui engendrerait des frais certains.

Enfin, en ce qui concerne le **processus**, la période d'implémentation du DCR a été planifiée durant 63 jours. Les DCR étaient prévus après le temps de midi. Toutefois, la période fut mal choisie car en parallèle, un autre projet d'envergure a vu le jour, l'accréditation. Un **leader pour l'innovation** était présent en la personne de l'infirmier chef. Néanmoins, celui-ci n'étant présent que par intermittence, il fut difficile pour lui de s'impliquer dans l'innovation. Cela a été soulevé comme un frein par les répondants. De plus, ils ont mis en exergue que ce manque de présence empêchait la mise en place de rétroactions malgré que le leader soit convaincu par ce projet d'implémentation. De plus, le chercheur principal était peu présent sur le terrain ce qui a favorisé le fait que « *certaines personnes se sentaient moins concernées* ». D'après les répondants, il s'agit d'« *un projet difficile à instaurer sans un responsable quotidien* », une telle

innovation nécessite « *une personne désignée à temps plein pour stimuler l'équipe à débriefer* », « *il manque une personne faisant la promotion quotidienne du DCR* ». Comme expliqué précédemment, les **participants** aux débriefings furent principalement des infirmiers. Les participants indirects aux DCR étaient l'infirmier chef ainsi que le médecin chef de service. Pour l'un des répondants, un autre frein réside dans le fait qu'il s'agisse d'une grosse équipe entraînant une sensation de « *si je ne le fais pas, il y aura bien quelqu'un d'autre pour le faire* ». En termes d'**exécution** et comme dit antérieurement, l'équipe a rencontré 63 opportunités de débriefings pour lesquelles 19 ont été concrétisées. Enfin, l'équipe pouvait compter sur 3 ou 4 **champions** qui poussaient et stimulaient leurs collègues pour que les DCR soient réalisés. (43)

3.3. Résultats de l'expérience des participants

Tableau 3. Distribution de fréquence et association entre la satisfaction et différentes variables

Variables	Modalités	N (%)	Association de la variable avec la satisfaction (p-valeur)
Satisfaction	Oui	10 (53%)	
	Non	9 (47%)	
Présence systématique du même facilitateur	Oui	4 (21%)	p = 0,033
	Non	15 (79%)	
Intérêt du DCR	Oui	15 (79%)	p= 0,033
	Non	4 (21%)	
Rôle du leadership	Oui	17 (89%)	p = 1
	Non	2 (11%)	

Dans un premier temps, des statistiques descriptives ont été réalisées pour déterminer les fréquences et pourcentages des différentes modalités de chaque variable. Ainsi, celles-ci ont mis en exergue que la majorité des répondants (n=10, 53%) sont satisfaits du DCR. Tout comme la majorité pense que le rôle de facilitateur ne doit pas être tenu toujours par la même personne (n=15, 79%). A la question, « Voyez-vous un intérêt au DCR, particulièrement en termes de qualité et sécurité des soins ? », 79 % (n=15) des répondants ont répondu « oui ». 89% (n=17) d'entre eux estiment que le leadership joue un rôle primordial lors de l'implémentation de ce type de projet dans une unité de soins intensifs. Enfin, 87% d'entre eux préfèrent que les DCR aient lieu l'après-midi dont 27% entre 13 et 14h00 (n=4) et 60% entre 14 et 15h30 (n=9).

Le Test de Fisher a permis d'évaluer l'association de la satisfaction avec plusieurs variables. Il a démontré que deux variables sont significativement associées à la satisfaction : celle concernant le facilitateur et celle abordant l'intérêt du DCR. Les personnes voyant un intérêt au DCR sont davantage satisfaites que les autres (p = 0,033). Les personnes satisfaites estiment davantage que le rôle de facilitateur doit être exercé par plusieurs personnes (p = 0,033). Seule une des variables, le rôle du leadership, n'est pas significativement associée à la satisfaction (p-valeur = 1). Cela signifie que les variables sont indépendantes et donc qu'indépendamment du fait que les répondants soient satisfaits ou insatisfaits, ils estiment que le leadership joue un rôle dans l'implémentation de projet.

4. Discussion

A ce jour, le DCR connaît un essor important en Belgique et dans le monde. Et ce, de manière considérable depuis la pandémie de COVID-19. Cette étude adoptant une approche mixte avait plusieurs objectifs. Premièrement, le but était d'analyser le contenu des DCR et plus particulièrement d'identifier les PLUS, DELTA et idées innovantes afin de les classer selon le DOLL. Ensuite, suite aux aléas rencontrés durant l'étude, il a été intéressant d'analyser les freins mais aussi les incitants influençant l'implémentation du DCR au sein du service de soins intensifs. Cette approfondissement a été réalisé en utilisant le CFIR. Enfin, comme prévu initialement, l'expérience du personnel soignant en termes de satisfaction et d'efficacité a été évaluée à la fin de l'implémentation. Cette partie discutera des résultats obtenus durant les phases qualitative et quantitative et comparera ceux-ci à la littérature scientifique.

4.1. Analyse de l'implémentation

4.1.1. Confrontation des freins aux recommandations

L'analyse qualitative a démontré que les freins principaux à l'implémentation pérenne des DCR au sein du service concernaient le leadership et le manque de rétroactions qui y est intimement lié. Ces deux points ont été largement soulevés par les répondants. La littérature met en évidence les caractéristiques qui contribuent à l'implémentation et la pérennisation des DCR. Parmi celles-ci figure la nécessité de prendre en compte les réflexions et points soulevés lors des DCR et d'y instaurer les modifications nécessaires au risque que le personnel se désintéresse rapidement du programme (6,8,36). Durant l'étude menée par Paquay et al. (36), le système de débriefing mais également la boucle de rétroaction y étant associée ont été créés avec le comité stratégique les rendant particulièrement efficaces. Les participants se sont sentis écoutés et pris au sérieux contrairement à la présente étude. (36) Un processus de débriefing doit faire partie d'une stratégie globale de changement permettant un suivi efficace (6,36). Plusieurs auteurs ont mis en évidence les points d'attention pour développer et implémenter avec succès les DCR au sein de services d'urgence et de soins intensifs.

- Premièrement, il est nécessaire d'impliquer, dans le processus, des professionnels actifs sur le terrain, des responsables de DCR (*frein soulevé par les participants de la présente étude*) ainsi que des infirmiers chefs.

- Deuxièmement, un prototype peut être créé tout en sachant qu'il sera modifié et qu'il évoluera dans le cadre du processus.
- Troisièmement, il est impératif de créer des processus clairs en identifiant le besoin du groupe et donc l'objectif visé : un désamorçage psychologique, un processus d'amélioration de la qualité du service, un enseignement réflexif ou un exercice de rétroactions par les pairs à des fins éducatives. Pour que les DCR soient efficaces, ils nécessitent de la cohérence, des objectifs bien communiqués ainsi que le leadership d'un groupe.
- Quatrièmement, afin d'encourager le personnel à s'engager dans le processus, le DCR doit s'ancrer dans la routine et dans l'identité des participants. Il doit s'imposer comme un rituel (moment et lieu définis préalablement et réguliers) pour lequel l'équipe a des valeurs et des croyances. Pour cela, les responsables du DCR devraient partager les avantages du DCR pour l'amélioration, le bien-être et la résilience (8,44,45). Il est aussi intéressant de créer des affiches attractives pour forger une connexion émotionnelle (8,45).
- Enfin, il est primordial pour pérenniser le processus que les réflexions et points soulevés lors des DCR, et particulièrement ceux axés sur l'amélioration de la qualité, soient pris en compte et que les modifications nécessaires soient instaurées (6,8,36,45).

Parmi les autres freins mis en évidence lors de l'étude, il est nécessaire de citer la phase d'accréditation dans laquelle l'hôpital était durant la même période. Dans le quotidien de cette unité, les matinées sont largement occupées par les soins aux patients tandis que les après-midis sont plus propices à la réalisation de projet. Cependant, celles-ci étaient souvent mises à profit pour former ou informer le personnel dans le cadre de ce processus d'accréditation laissant peu de place à la réalisation des DCR. Les différents freins rencontrés lors de cette étude font écho aux obstacles bien connus de la littérature comme le manque de temps, d'espace, de standardisation ou encore des problèmes d'horaire interpersonnel et un manque d'intérêt (14,46–48).

La littérature (49) recommande l'utilisation d'outils pour mener un DCR. En ce sens, le DISCOVER-PHASE (6) a été choisi et présenté à l'équipe comme un outil permettant de suivre une trame et ainsi une certaine ligne de conduite lors des DCR. Après écoute attentive des différents DCR enregistrés, il semble qu'il ne serait pas adapté pour une utilisation plus routinière et usuelle hors période Covid-19. En effet, les différents facilitateurs omettaient volontairement ou non de réaliser l'ensemble des étapes préconisées passant ainsi directement à la mise en évidence de PLUS, DELTA et idées innovantes.

Malgré un nombre important de recommandations dans la littérature, aucun consensus n'y a été trouvé. Il serait dès lors intéressant de créer des guidelines ou des check-lists pour implémenter les DCR dans une unité de sorte qu'ils soient réalisés ou puissent être pérennisés de manière correcte.

4.1.2. Leadership et hôpital magnétique

Dans le cadre de cette étude, le leadership actuel du service a été pointé, par les participants, comme un frein au processus d'implémentation mis en place. Des circonstances exceptionnelles et imprévisibles l'ont rendu compliqué durant cette période. En effet, Il a été exercé par deux chefs différents en intermittence. De plus, 89% des participants sont convaincus que le leadership joue un rôle important dans l'implémentation de projet. La littérature va également dans ce sens. Aussi, indépendamment du fait qu'ils soient satisfaits ou insatisfaits, ils estiment que le leadership joue un rôle important ($p = 1$). L'implémentation de DCR implique de laisser tomber le style de management « top-down » et de davantage donner aux cliniciens les moyens d'utiliser leurs compétences, leurs connaissances, leur expérience et leur capacité à agir ensemble afin d'atteindre des objectifs centrés sur le patient. Permettre aux équipes de s'adapter et de s'améliorer « génère des expériences enrichissantes et motivantes d'autonomie, de croissance et de communauté » et, par conséquent, un engagement accru envers l'amélioration de la qualité favorisant une pérennisation du processus de DCR (50).

Cependant, les anciens styles de management ne semblent plus suffisants aujourd'hui. En effet, les travailleurs de la santé sont plus sujets à l'insatisfaction au travail, à l'épuisement professionnel et aux troubles de santé mentale que les autres professions. Cette situation impacte la qualité et la sécurité des soins, la satisfaction du patient, l'efficacité des hôpitaux mais engendre aussi un turn-over plus important causé par des difficultés pour garder le personnel. Tout cela a été encore davantage accentué par la crise traversée suite à la Covid-19 (51). La pandémie vécue, l'évolution des soins de santé et la pénurie de personnel infirmier mettent en lumière le besoin de renforcer les compétences en leadership des chefs d'unité et des cadres infirmiers (52).

Dans un premier temps, il est important de prendre conscience que les hôpitaux font face à une transformation générationnelle des plus jeunes. Celle-ci leur demande d'évoluer et de s'y adapter s'ils souhaitent les garder parmi leurs effectifs. Effectivement, la littérature insiste sur

le fait que les leaders infirmiers capables de comprendre les différences entre les différentes générations sont plus efficaces dans leur gouvernance. Ils comprennent mieux comment combler le fossé générationnel et sont donc mieux placés pour instaurer la confiance et établir des relations. Cela se traduit par des environnements de travail plus solides, une meilleure rétention du personnel et de meilleurs résultats pour les patients (53). Actuellement, les hôpitaux comptent parmi leur personnel très peu de baby-boomers (1946 - 1964), la génération X (1965 – 1979), la génération Y (1980 – 1995) et l'émergence croissante de la génération Z (1996 – aujourd'hui). Ces deux dernières générations s'annonçant comme le futur des soins de santé sont, entre autres, plus optimistes, plus réalistes, résilientes et ont des besoins différents que les précédentes. Elles sont davantage tournées vers le travail d'équipe, ont besoin de rétroactions et d'un équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée contrairement à leurs aînées. Elles accordent beaucoup d'importance à leur milieu de travail qui doit être flexible. Ces deux générations sont faciles à recruter mais difficiles à retenir. Les directions ne prennent pas assez en compte encore le contexte générationnel actuel et manquent d'adaptation dans leur management hospitalier (53).

En ce sens, le leadership transformationnel et le concept d'hôpital magnétique semblent être des pistes de solutions pour le futur. Le leadership transformationnel se caractérise par quatre composantes (54) : l'influence, l'inspiration, la motivation et enfin la stimulation intellectuelle. L'hôpital magnétique est un modèle qui attire et retient le personnel en créant des environnements de travail positifs qui visent à soutenir le bien-être des professionnels de la santé (51). La limite de ce concept, créé dans les années 80 aux États-Unis, est son intérêt uniquement pour le département infirmier. Or, comme expliqué précédemment, les générations Y et Z sont particulièrement demandeuses de travail en équipe et donc pluridisciplinaire (53). Dans cette optique, le projet « Magnet4europe » vise à adapter le concept d'hôpital magnétique au contexte européen et à inclure les autres professions de santé (51). Ce concept promeut l'autonomie professionnelle des infirmiers, l'approvisionnement de support, une bonne collaboration médico-infirmière, la valorisation professionnelle et un leadership infirmier transformationnel, des relations positives avec les pairs, un ratio de personnel adéquat, un focus client et l'importance de la qualité (55). Le DCR est un style d'intervention que les hôpitaux magnétiques pourraient utiliser dans le sens où il promeut le leadership transformationnel, la collaboration médico-infirmière, il permet

d'impliquer les équipes et est focalisé sur le patient. De plus, il peut devenir un outil intéressant pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

4.1.3. Collaboration médico-infirmière

Dans le cadre de l'étude, la collaboration médico-infirmière n'a pas été très importante. Pour rappel, seuls 21 % des débriefings ont été réalisés de manière pluridisciplinaire. Ce manque d'implication médicale reflète un autre frein à l'implémentation du DCR dans l'unité. En effet, le processus de DCR ne peut fonctionner et être efficace que si les médecins et les infirmiers y sont impliqués de manière équivalente (6,36,51,55). Nombreux sont les experts recommandant la collaboration interprofessionnelle afin de fournir des soins de santé sûrs, efficaces et durables et ainsi améliorer leur qualité (56,57). Eppich et Schmutz pensent que la réflexion d'équipe représente un processus bénéfique qui rassemble les équipes et réduit potentiellement les frontières intra et inter-équipes, ce qui favorise des interventions cliniques interdisciplinaires plus fréquentes. Par conséquent, ils conseillent de créer des possibilités d'interaction sociale au-delà des frontières professionnelles, disciplinaires et hiérarchiques dans les soins de santé. Les simulations et DCR offrent des opportunités supplémentaires d'interaction entre les prestataires de toutes les professions et disciplines (57). De plus, des découvertes récentes suggèrent que les débriefings d'équipes interprofessionnelles facilitent les interventions de leadership (6).

Les obstacles expliquant le manque d'implication médicale sont identiques à ceux rencontrés dans la littérature à savoir le manque de temps, des problèmes d'horaire interpersonnel et un manque d'intérêt (14,46–48).

4.2. Analyse des PLUS et DELTA

L'analyse des DCR a mis en évidence que les équipes ont partagé autant de PLUS que de DELTA. Cet étonnant résultat va à l'encontre de ce qui est remarqué habituellement dans la littérature. En effet, les personnes ont tendance à se focaliser davantage sur le négatif, et donc les DELTA, que sur le positif (36). D'après la recherche psychologique, les mauvais événements ainsi que les informations négatives ont un impact et un traitement plus important (58). Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce phénomène. Il est intéressant de développer les

hypothèses pouvant expliquer le fait que l'équipe ait mis en avant davantage de PLUS mais aussi celles pouvant expliquer le moindre taux de DELTA.

Dans un premier temps, quelles hypothèses pourraient expliquer que l'équipe a réussi à mettre en avant, aussi facilement, les PLUS alors que la littérature avance le contraire ? Premièrement, l'équipe ayant fait partie de l'étude était déjà très soudée avant la crise provoquée par l'apparition du Covid-19. Cette pandémie a potentiellement renforcé davantage ce sentiment de solidarité comme l'évoque Gonzalez-Gil et al. (59). Dès lors, l'amélioration des relations entre les professionnels provoquerait-elle un sentiment plus positif au travail et ainsi un sentiment négatif moindre ? Deuxièmement, les débriefings, malgré leur durée d'implémentation aussi courte soit-elle, ont peut-être joué un rôle positif au niveau de l'entraide et du partage de la charge de travail au sein de l'équipe (60,61). Troisièmement, y aurait-il eu encore davantage de PLUS si des rétroactions avaient eu lieu et ainsi permis d'agir sur les DELTA ? Ce résultat encourageant suppose que l'équipe serait déjà dans une démarche, non négligeable, de Safety-II pointant les faiblesses mais aussi les forces et permettant ainsi une analyse plus approfondie des processus (40).

Néanmoins, la tendance se serait-elle inversée si l'implémentation avait été de plus longue durée et que la charge de travail avait été plus importante ? En effet, une période d'implémentation plus longue aurait offert davantage d'opportunités de débriefings et par conséquent, de mise en évidence de DELTA. De même, la charge de travail durant l'étude a été particulièrement plus faible qu'habituellement. Une plus grande charge de travail pourrait mettre en évidence plus de failles dans les processus et de points à améliorer.

De manière plus détaillée, l'analyse des résultats concernant les PLUS montre qu'ils sont superposables à ceux collectés lors de l'étude réalisée par Paquay et al. (36). Ils se retrouvent de manière principale dans les dimensions « Individuels » et « Unité » (36). L'équipe a mis également en avant la solidarité, l'entraide et le travail dans la bonne humeur. De la même manière, la sous-dimensions « Rôles » faisant partie de la dimension « Unité » complimente positivement l'organisation établie ainsi que la répartition des rôles entre les médecins et les infirmiers.

Comme pour l'étude citée précédemment, les DELTA concernent principalement la dimension « Environnement de travail » dans laquelle toutes les sous-dimensions sont concernées de manière équivalente. Ces résultats soulignent l'impact (dans ce cas négatif) de

l'environnement de travail sur les professionnels de la santé et donc la capacité de fournir des soins efficaces et de qualité. De plus, les causes sous-jacentes de l'épuisement professionnel des soignants (infirmiers et médecins) sont enracinées dans l'environnement de travail (62–64). Il serait donc nécessaire de faire de ce problème une priorité pour la réorganisation du management hospitalier. Les DCR et l'analyse de leur contenu par le DOLL (36) semble être une perspective intéressante pour comprendre les difficultés rencontrées par les cliniciens dans leur environnement de travail.

4.3. Satisfaction

Les résultats mettent en évidence que malgré une implémentation non optimale, la satisfaction concernant celle-ci est majoritaire (53%). Aussi, les personnes voyant un intérêt au DCR sont significativement plus satisfaites que les autres ($p = 0,033$) et une majorité (79%) d'entre elles voient un intérêt au DCR. Ces résultats vont dans le sens des études menées dans le passé (65). Autrement dit, le débriefing est un investissement qui en vaut la peine (65). Comme le mentionne plusieurs études (8,44,45), c'est un point positif car cela signifie que les participants ont des valeurs et des croyances positives à propos du DCR. Cela constitue un indicateur qu'il existe une certaine demande pour ce genre de processus ou du moins, que l'équipe est ouverte au changement. Les personnes satisfaites estiment davantage que le rôle de facilitateur doit être exercé par plusieurs personnes ($p = 0,033$). Cela suppose que l'équipe ne définisse pas un ou deux facilitateurs experts et, que peu importe la situation, un DCR puisse avoir lieu. Selon la littérature, ce n'est pas un problème à partir du moment où un outil simple et facile à utiliser nécessitant peu de formation est choisi pour guider le DCR. Ainsi, les DCR peuvent être dirigés par n'importe quel membre de l'équipe avec ou sans facilitateur expert (4).

5. Limitations

Il existe pour cette étude différentes limites. Premièrement, la durée relativement courte d'implémentation empêchant peut-être d'avoir une vision réelle de la situation dans l'unité de soins. Deuxièmement, l'implémentation a débuté lorsque les nouveaux assistants ont commencé leur période de stage engendrant des manques de routines et de connaissances de procédures pouvant « gonfler » erronément le nombre de DELTA. Aussi, se seraient-ils davantage impliqués si la collecte des données avait eu lieu 2 ou 3 mois après leur arrivée ? De même, l'absence d'un médecin chef de service a-t-elle influencé leur implication ? Troisièmement, les différentes unités de soins intensifs de l'hôpital ont connu une période d'accalmie durant la collecte des données. S'en suivant, une charge de travail moindre que d'habitude et donc potentiellement moins d'opportunités d'avoir des « problèmes » et donc de DELTA détectés. Enfin, les conditions exceptionnelles rendant la présence de l'infirmier-chef moins importante durant cette période ont peut-être influencé le manque de rétroactions. Bien qu'il soit remplacé par un collègue, par la force des choses, ce dernier n'était pas aussi impliqué dans la « vie » de l'unité et avait surtout pour mission de continuer à assurer les missions quotidiennes d'un infirmier-chef (création des horaires, répartition des effectifs, etc.). L'implémentation de cette étude à une période plus propice aurait probablement révélé davantage le plein potentiel du leadership actuel.

6. Perspectives

Sur base des résultats, il pourrait être intéressant d'implémenter le DCR durant une plus longue période mais également dans les quatre unités de réanimation de l'hôpital afin de voir si les nouveaux résultats se superposeraient aux précédents. Aussi, associer le DCR et la déclaration des événements indésirables serait une piste de recherche intéressante. En effet, les leçons apprises lors des DCR peuvent être prometteuses pour le signalement des incidents ou la satisfaction du patient (36). Néanmoins, cela nécessite que les deux processus respectifs soient implémentés de manière stable et pérenne dans l'unité. Il est nécessaire aussi que le processus de DCR et que le système de reporting fassent preuve de solidité et soient pensés en même temps. La stratégie d'analyse de chacun d'eux doit être réfléchie en amont pour que des résultats concluants puissent être observés.

7. Conclusion

En conclusion, l'intérêt du DCR n'est plus à prouver et est largement recommandé par la littérature. Cependant, ses modalités et son implémentation restent compliqués dans les unités de soins. L'objectif de cette recherche était d'évaluer la faisabilité d'implémentation du DCR dans un service de soins intensifs. Cette étude a renforcé l'idée selon laquelle le DCR doit être intégré dans un processus complet de changements pour lequel la stratégie a été réfléchie à l'avance. Il constitue un outil managérial intéressant pour l'unité à condition que des interventions et des rétroactions aient lieu en aval. En effet, comme le disent si bien Brazil et al., « *le débriefing clinique devrait être la pierre angulaire de la réflexivité de l'équipe de soins de santé, mais ne peut entraîner un changement que s'il est intégré dans un « écosystème d'amélioration » plus vaste qui synthétise, analyse et réagit aux données du front de taille* » (8). Un leadership transformationnel et un soutien administratif semblent être nécessaires pour intégrer la pratique routinière du DCR et ainsi améliorer le bien-être des équipes de soins de santé mais aussi les soins aux patients et les résultats organisationnels. Plus qu'un support émotionnel, ce processus s'intègre dans le mouvement de Safety-II. Lorsque les enseignements tirés des débriefings cliniques sont pris en compte, une amélioration visible de la qualité s'ensuit, ce qui peut à son tour inspirer les cliniciens à débriefer à nouveau pour favoriser le processus d'amélioration continue (65). Cette expérience devrait encourager l'élaboration de guidelines ou de check-lists permettant l'implémentation de manière pérenne de DCR au sein d'un service.

8. Références bibliographiques

1. Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. *Hum Factors*. 1 févr 2013;55(1):231-45.
2. Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare: Strategies for the Real World [Internet]. Cham (CH): Springer; 2016 [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481869/>
3. MacKinnon R, Gough S. What Can We Learn About Debriefing From Other High-Risk/High-Stakes Industries? *Cureus* [Internet]. 25 avr 2014 [cité 9 août 2022];6(4). Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/2472-what-can-we-learn-about-debriefing-from-other-high-riskhigh-stakes-industries>
4. Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Andrew Hadfield, Pierce S, Szyld D. Clinical debriefing: TALK to learn and improve together in healthcare environments. *Trends Anaesth Crit Care*. (40):4-8.
5. Flin R, Winter J, Sarac C, Tomas MAR. Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools. avr 2009 [cité 9 août 2022]; Disponible sur: <https://abdn.pure.elsevier.com/en/publications/human-factors-in-patient-safety-review-of-topics-and-tools>
6. Servotte JC, Welch-Horan TB, Mullan P, Piazza J, Ghuysen A, Szyld D. Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Adv Simul*. 11 nov 2020;5(1):32.
7. Toews AJ, Martin DE, Chernomas WM. Clinical debriefing: A concept analysis. *J Clin Nurs*. juin 2021;30(11-12):1491-501.
8. Brazil V, Symon B, Twigg S. Clinical debriefing in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2021;33(5):778-9.
9. Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. nov 2008;15(11):1010-6.
10. Secheresse T, Mampe-Armstrong H, Usseglio P, Joriz C. Le débriefing postsimulation en santé. Que nous apprend-il et comment ? 2016;7.
11. Lacerenza CN, Marlow SL, Tannenbaum SI, Salas E. Team development interventions: Evidence-based approaches for improving teamwork. *Am Psychol*. 2018;73(4):517-31.

12. Johnson TJ, Millinchamp FJ, Kelly FE. Use of a team immediate debrief tool to improve staff well-being after potentially traumatic events. *Anaesthesia*. juill 2021;76(7):1001-2.
13. Rose S, Cheng A. Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *Can J Emerg Med*. sept 2018;20(5):781-5.
14. Sandhu N, Eppich W, Mikrogianakis A, Grant V, Robinson T, Cheng A, et al. Postresuscitation debriefing in the pediatric emergency department: a national needs assessment. *Can J Emerg Med*. sept 2014;16(5):383-92.
15. Kleinman ME, Goldberger ZD, Rea T, Swor RA, Bobrow BJ, Brennan EE, et al. 2017 American Heart Association Focused Update on Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2 janv 2018;137(1):e7-13.
16. Sweeney RE, Clapp JT, Arriaga AF, Muralidharan M, Burson RC, Gordon EKB, et al. Understanding Debriefing: A Qualitative Study of Event Reconstruction at an Academic Medical Center. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. juill 2020;95(7):1089-97.
17. Coggins A, Zaklama R, Szabo RA, Diaz-Navarro C, Scalese RJ, Krogh K, et al. Twelve tips for facilitating and implementing clinical debriefing programmes. *Med Teach*. mai 2021;43(5):509-17.
18. Kolbe M, Schmutz S, Seelandt JC, Eppich WJ, Schmutz JB. Team debriefings in healthcare: aligning intention and impact. *BMJ*. 13 sept 2021;374:n2042.
19. Arriaga AF, Szyld D, Pian-Smith MCM. Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality. *Anesthesiol Clin*. déc 2020;38(4):801-20.
20. Couper K, Salman B, Soar J, Finn J, Perkins GD. Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 1 sept 2013;39(9):1513-23.
21. Clark R, McLean C. The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive Crit Care Nurs*. août 2018;47:78-84.
22. Mullan PC, Wuestner E, Kerr TD, Christopher DP, Patel B. Implementation of an in situ qualitative debriefing tool for resuscitations. *Resuscitation*. juill 2013;84(7):946-51.
23. Sweberg T, Sen AI, Mullan PC, Cheng A, Knight L, Del Castillo J, et al. Description of hot debriefings after in-hospital cardiac arrests in an international pediatric quality improvement collaborative. *Resuscitation*. juill 2018;128:181-7.

24. Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Ann Emerg Med.* 1 juin 2015;65(6):690-8.
25. Arriaga AF, Sweeney RE, Clapp JT, Muralidharan M, Burson RC, Gordon EKB, et al. Failure to Debrief after Critical Events in Anesthesia Is Associated with Failures in Communication during the Event. *Anesthesiology.* juin 2019;130(6):1039-48.
26. Sjöberg F, Schönning E, Salzmänn-Erikson M. Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *J Clin Nurs.* sept 2015;24(17-18):2522-8.
27. Azizoddin DR, Vella Gray K, Dundin A, Szyld D. Bolstering clinician resilience through an interprofessional, web-based nightly debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic. *J Interprof Care.* oct 2020;34(5):711-5.
28. Spencer SA, Nolan JP, Osborn M, Georgiou A. The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation.* 1 sept 2019;142:175-81.
29. Rose S, Cheng A. Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *CJEM.* sept 2018;20(5):781-5.
30. Zinns LE, O'Connell KJ, Mullan PC, Ryan LM, Wratney AT. National Survey of Pediatric Emergency Medicine Fellows on Debriefing After Medical Resuscitations. *Pediatr Emerg Care.* août 2015;31(8):551-4.
31. Zinns LE, Mullan PC, O'Connell KJ, Ryan LM, Wratney AT. An Evaluation of a New Debriefing Framework: REFLECT. *Pediatr Emerg Care.* mars 2020;36(3):147-52.
32. Sawyer T, Eppich W, Brett-Fleegler M, Grant V, Cheng A. More Than One Way to Debrief: A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc.* juin 2016;11(3):209-17.
33. Broderick D, Kyzas P, Sanders K, Sawyerr A, Katre C, Vassiliou L. Surgical tracheostomies in Covid-19 patients: important considerations and the « 5Ts » of safety. *Br J Oral Maxillofac Surg.* juin 2020;58(5):585-9.
34. Bansal M. Cardiovascular disease and COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* juin 2020;14(3):247-50.
35. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 23 mars 2020;3(3):e203976.

36. Paquay M, Dubois N, Diep AN, Graas G, Sassel T, Piazza J, et al. “Debriefing and Organizational Lessons Learned” (DOLL): A Qualitative Study to Develop a Classification Framework for Reporting Clinical Debriefing Results. *Front Med* [Internet]. 2022 [cité 30 juin 2022];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fmed.2022.882326>
37. Duarte S da CM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 20 déc 2018 [cité 24 oct 2021];52. Disponible sur: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/bHBtxsXZJbrWSkBhdnKmtWQ/?lang=en>
38. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
39. Organisation Mondiale de la Santé. *Guide pédagogique de l’OMS pour la sécurité des patients* [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250728/9782111395572-fre.pdf?jsessionid=1483C2F3E64E5CB368A70AD5C1D8F865?sequence=1>
40. Bentley SK, McNamara S, Meguerdichian M, Walker K, Patterson M, Bajaj K. Debrief it all: a tool for inclusion of Safety-II. *Adv Simul.* déc 2021;6(1):9.
41. Creswell JW. *Designing A Mixed Methods Study In Primary Care.* *Ann Fam Med.* 1 janv 2004;2(1):7-12.
42. Pluye P, Hong QN. Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annu Rev Public Health.* 2014;35(1):29-45.
43. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 7 août 2009;4(1):50.
44. Stafford JL, Leon-Castelao E, Klein Ikkink AJ, Qvindelands SA, Garcia-Font M, Szyld D, et al. Clinical debriefing during the COVID-19 pandemic: hurdles and opportunities for healthcare teams. *Adv Simul.* 15 sept 2021;6(1):32.
45. Szyld D, Arriaga AF. Implementing clinical debriefing programmes. *Emerg Med J.* août 2021;38(8):585-6.
46. Twigg S. Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Curr Opin Pediatr.* juin 2020;32(3):337-42.

47. Ahmed M, Sevdalis N, Paige J, Paragi-Gururaja R, Nestel D, Arora S. Identifying best practice guidelines for debriefing in surgery: a tri-continental study. *Am J Surg.* avr 2012;203(4):523-9.
48. Cheng A, Kolbe M, Grant V, Eller S, Hales R, Symon B, et al. A practical guide to virtual debriefings: communities of inquiry perspective. *Adv Simul.* 12 août 2020;5(1):18.
49. Stalmeijer RE, Varpio L. The wolf you feed: Challenging intraprofessional workplace-based education norms. *Med Educ.* août 2021;55(8):894-902.
50. Hilton K, Anderson A. IHI Psychology of Change Framework to Advance and Sustain Improvement [Internet]. 2018 [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHI-Psychology-of-Change-Framework.aspx>
51. Sermeus W, Aiken LH, Ball J, Bridges J, Bruyneel L, Busse R, et al. A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health: study protocol for the Magnet4Europe wait list cluster randomised controlled trial. *BMJ Open.* 1 juill 2022;12(7):e059159.
52. Wong CA, Spence Laschinger HK, MacDonald-Rencz S, Burkoski V, Cummings G, D'Amour D, et al. Part 2: Nurses' career aspirations to management roles: Qualitative findings from a national study of Canadian nurses. *J Nurs Manag.* 2013;21(2):231-41.
53. Christensen SS, Wilson BL, Edelman LS. Can I relate? A review and guide for nurse managers in leading generations. *J Nurs Manag.* sept 2018;26(6):689-95.
54. Fischer SA. Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *J Adv Nurs.* nov 2016;72(11):2644-53.
55. Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Prat Organ Soins.* 2009;40(1):39-48.
56. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health.* juin 2020;8(6):e790-8.
57. Eppich WJ, Schmutz JB. From « them » to « us »: bridging group boundaries through team inclusiveness. *Med Educ.* août 2019;53(8):756-8.
58. Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. Bad is Stronger than Good. *Rev Gen Psychol.* 1 déc 2001;5(4):323-70.

59. González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos A, Otero-García L, et al. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive Crit Care Nurs.* 1 févr 2021;62:102966.
60. Vashdi DR, Bamberger PA, Erez M. Can Surgical Teams Ever Learn? The Role of Coordination, Complexity, and Transitivity in Action Team Learning. *Acad Manage J.* août 2013;56(4):945-71.
61. Weiss M, Kolbe M, Grote G, Spahn D, Grande B. Why Didn't You Say Something? Effects of After-Event Reviews on Voice Behaviour and Hierarchy Beliefs in Multi-Professional Action Teams. *Eur J Work Organ Psychol.* 31 juill 2016;26.
62. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* juin 2018;283(6):516-29.
63. Kutney-Lee A, Wu ES, Sloane DM, Aiken LH. Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data. *Int J Nurs Stud.* févr 2013;50(2):195-201.
64. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc.* avr 2015;90(4):432-40.
65. Seelandt JC, Walker K, Kolbe M. "A debriefer must be neutral" and other debriefing myths: a systemic inquiry-based qualitative study of taken-for-granted beliefs about clinical post-event debriefing. *Adv Simul.* 4 mars 2021;6(1):7.

9. Annexes

Annexe 1 : Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End (DISCOVER-PHASE) (6)

 DISCOVER PHASE <i>Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End</i>		
Renseignements généraux	Structure du débriefing et suggestions de phrases	Notes du débriefing et modèle de rapport
<p>1. Date :</p> <p>2. Pause : Matin / Après-midi / Nuit</p> <p>3. Service :</p> <p>4. Nombre de cas COVID confirmés / suspects pendant la pause :</p> <p>5. Nombre de décès lié à des cas COVID confirmés/suspects pendant la pause :</p> <p>6. Gestes appliqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Défibrillation <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> Aérosols <input type="checkbox"/> Ventilation non-invasive (BiPAP, CPAP, Haut Débit) <input type="checkbox"/> Rencontre familles <input type="checkbox"/> Réunion décisions éthiques ou triage (normes de crise) <input type="checkbox"/> Autres : _____ <p>7. Membres present:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Médecin(s): <input type="checkbox"/> Infirmier(s): <input type="checkbox"/> Assistant(s): <input type="checkbox"/> Infirmier(s) de pratique avancée: <input type="checkbox"/> Etudiant(s): <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute: <input type="checkbox"/> Aide logistique: <input type="checkbox"/> Administratif: <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Autre: _____ <input type="checkbox"/> Autre: _____ <p>8. Facilitateur(s) et secrétaire:</p> <p>ID #1: _____</p> <p>ID #2: _____</p> <p>ID #3: _____</p>	<p>1. Introduction:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merci d'être présent à ce débriefing, qui dure généralement 10-15 minutes. Je serai là après si quelqu'un veut parler plus longuement. Nous devrions terminer avant : _____h • Nous faisons un débriefing en équipe afin d'améliorer nos processus et nos résultats pour les patients et les membres de notre équipe. Le débriefing peut fournir des enseignements, des possibilités d'amélioration de la qualité et des occasions de traiter les émotions. Ce n'est pas une séance de blâme, et tout le monde est encouragé à y participer. Tout ce qui est discuté en rapport avec le patient est privilégié et confidentiel afin d'améliorer la qualité et la sécurité. Nous sommes légalement protégés de toute responsabilité. • Si possible, pouvez-vous donner un bref rapport sur les activités liées aux coronavirus au cours de la pause (ce bref rapport peut porter sur le nombre de patients dépistés, le nombre patients suspects, le nombre total de patients COVID confirmés, nouveaux protocoles ou protocoles mis à jour, etc.) • J'aimerais maintenant discuter avec vous de votre ressenti ou de vos réflexions à propos de la pause, de ce qu'il pense qui a bien fonctionné et de ce qui pourrait être fait différemment à l'avenir. <p>2. Reactions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inviter à partager les émotions ou les premières réactions 1. Ecouter, confirmer et valider. Ne pas approfondir davantage <p>3. Discussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PLUS: Inciter à la réflexion et au partage de ce qui a fonctionné pendant la pause de travail "Qu'est-ce qui a bien fonctionné pour nous aider à atteindre nos objectifs pendant la pause ? "Qu'est-ce qui a réussi ?" (document à droite, n°3) • DELTA: "Que pourrions-nous faire différemment pour offrir de meilleurs soins à nos patients et aux membres de notre équipe à l'avenir ? "Suggestions d'amélioration..." "Comment pouvons-nous résoudre le problème ?" (document à droite, n°4) • INNOVATION IDEAS "Quelles autres innovations et améliorations sont apparues aujourd'hui ?" (document à droite, n°5) <p>4. Cloture:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inviter l'équipe à exprimer ce qui ne l'a pas encore été • Résumer les principales actions et les enseignements tirés • Remercier chacun de sa participation 	<p>1. Heure du début du débriefing :</p> <p>2. Réactions et contexte (documenter si nécessaire ou ne rien indiquer):</p> <p>3. Commentaires PLUS :</p> <p>4. Commentaires DELTA sur ce qui aurait pu être fait différemment ou amélioré (ajouter les solutions potentielles si possible)</p> <p>5. IDEES INNOVANTES (points d'actions et principaux enseignements) :</p> <p>6. Heure de fin du débriefing :</p>
<p><small>Crééby Demian Sztybel (Center for Medical Simulation ; dsztybd@bwh.harvard.edu), JC Servotte (Université de Liège ; jcservotte@uliege.be), Thomas Welch-Horan (Baylor College of Medicine; twelchhh@txschildrens.org), Paul C. Mullan (Children's Hospital of the King's Daughters; paul.mullan@chkd.org), et avec des intrants d'autres collègues du Center for Medical Simulation. Traduit par JC Servotte, J Piazza & A Ghossein *Adapted from Mullan PC, Wuestner E, Kerr TD, et al. Implementation of an in situ qualitative debriefing tool for resuscitations. Resuscitation. 2013;84:946-951.</small></p> <p><small>www.harvardmedsim.org</small></p>		

Fig. 2 Debriefing In Situ COVID-19 to Encourage Reflection and Plus-Delta in Healthcare After Shifts End French Version (DISCOVER-PHASE-FR)

Annexe 2 : Dimensions et sous-dimensions détaillées du DOLL (36)

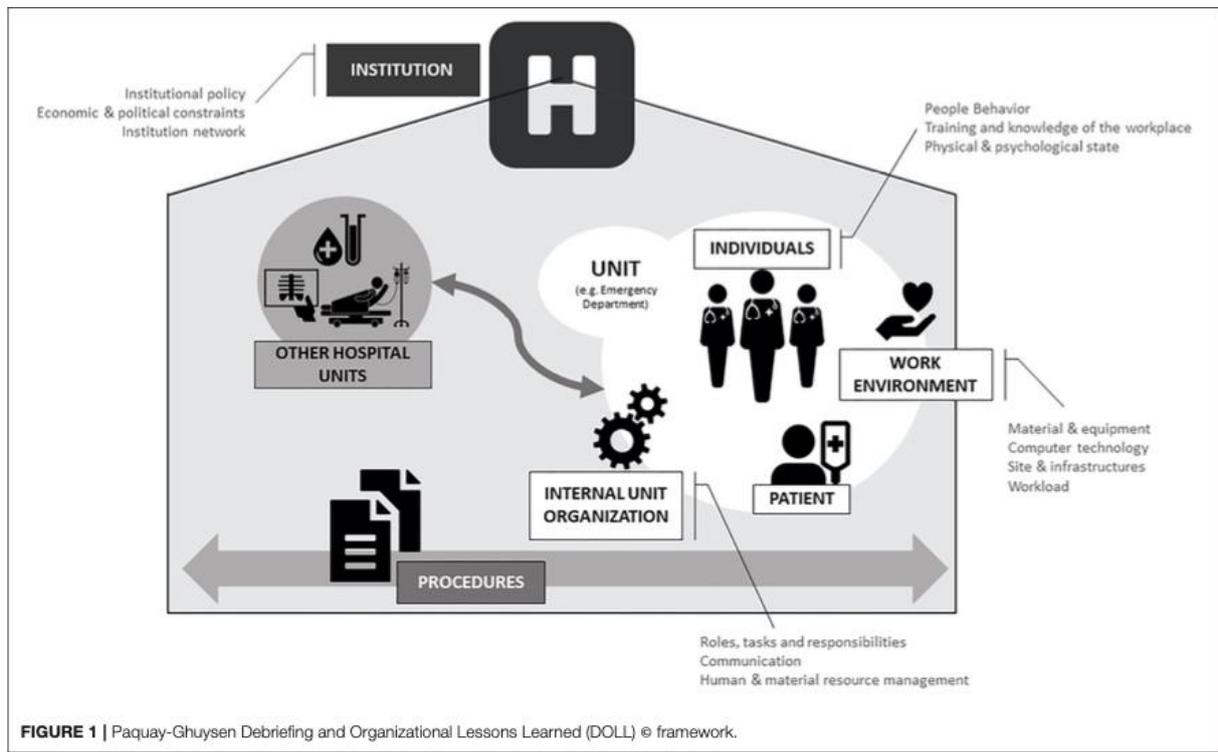
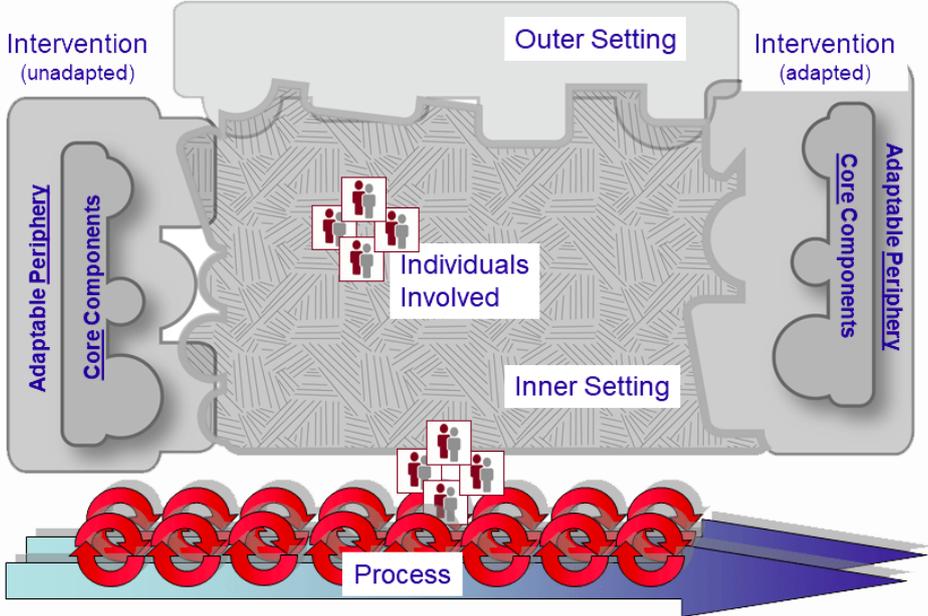


TABLE 1 | Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL) framework dimensions and subdimensions.

Dimensions	Subdimensions	Description
Patient		Refers to the patient's clinical condition, social and familial environment.
Individuals	People behavior	Relates to personality and belonging to a specific group of professionals
	Training and knowledge of the workplace	Refers to competencies, procedures training program and understanding of the immediate environment
	Physical and psychological state	Deals with mental or physical condition like tiredness or stress.
Internal unit organization	Roles, tasks and responsibilities	This subdimension defined by the objectives set by the team, task planning and roles distribution.
	Communication	Refers to oral and written communication, communication tools and reporting of information
	Humans and materials resources management	Relates to how resources are used and managed within the unit
Procedures		Refers to the adequacy, efficiency or clarity of the unit and hospital's clinical and organizational procedures
Work environment	Material and equipment	Considers how the unit is supplied by the hospital
	Computer technology	Refers to the availability and functioning of the computer system, user interface, guidelines and system maintenance
	Site and infrastructure	Relates to physical structure of the unit including architecture, engineering, the structural issues and availability of space
	Workload	Is defined by the type and quality of unit workload.
Other hospital units		Refers to the impact other units or departments decisions on the unit of interest
Institution	Institutional policy	Refers to the hospital's organization, governance and policies
	Economic and political constraints	Is defined by regulatory and financial aspects impacting the unit
	Institutional network	Considers the link to other organizations, programs and levels of government

Annexe 3 : Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (43)

The CFIR provides a menu of constructs arranged across 5 domains that can be used in a range of applications. It can provide a practical guide for systematically assessing potential barriers and facilitators in preparation for implementing an innovation, to providing theory-based constructs for developing context-specific logic models or generalizable middle-range theories. The following Figure shows the 5 Domains; our published Additional File 1 walks through a description of this diagram.



The CFIR was developed by implementation researchers affiliated with Veterans Affairs (VA) Diabetes Quality Enhancement Research Initiative (QUERI). The VA QUERI was launched in 1998 as part of a system-wide transformation aimed at improving the quality of healthcare for Veterans and continues to contribute to this effort by implementing research findings and innovations into routine clinical practice.

Annexe 4 : Exemples de dimensions et de sous-dimensions du cadre Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL)

Tableau 4. Exemples de dimensions et de sous-dimensions du cadre Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL)

Dimensions	Sous-dimensions	Exemples de PLUS et DELTA
Patient		DELTA : « appels intempestifs de la part d'une famille »
Individuels	Comportements	PLUS : « entraide, soutien et écoute entre collègues »
	Formation et connaissances du milieu de travail	DELTA : « erreurs et incohérences dans les traitements de la part des assistants »
	États physiques et psychologiques	PLUS : « les assistants prennent en considération les dires des infirmiers »
Organisation interne de l'unité	Rôles, tâches et responsabilités	PLUS : « les assistants ont rédigé les traitements au chevet du patient et en présence de l'infirmier responsable, cela permet d'être directement au courant des changements et améliore l'organisation »
	Communication	DELTA : « l'assistant n'a pas concerté l'infirmier concernant l'heure de transfert du patient dans le service d'étage »
	Gestion des ressources humaines et matérielles	PLUS : « la présence d'une infirmière volante sur les 3 unités a permis un travail dans de bonnes conditions »
Procédure		DELTA : « les assistants ont oublié de prescrire les prises de sang pour le lendemain matin » PLUS : « la remontée du patient dans sa chambre d'étage a été réalisée durant la matinée »
Environnement de travail	Matériel et équipement	DELTA : « certains médicaments manquent dans la pharmacie et doivent être trouvés dans d'autres services ce qui engendre une perte de temps »
	Technologies	DELTA : « l'alarme d'infection à COVID reste active dans le dossier du patient sur Omnipro alors qu'il n'est plus positif »

	Site et infrastructures	DELTA : « L'alarme de l'ECMO n'est pas audible lorsque les doubles portes sont fermées »
	Charge de travail	DELTA : « le manque de charge de travail entraîne de l'ennui et une perte de vigilance »
Autres unités de l'hôpital		DELTA : « manque de coordination avec la salle d'opération »
Institution	Politiques institutionnelles	DELTA : « la pharmacie est fermée le dimanche »
	Contraintes politiques et économiques	NON OBSERVE
	Réseau institutionnel	NON OBSERVE

Annexe 5 : Association entre la satisfaction et différentes variables

Tableau 5. Association entre la satisfaction et différentes variables

	Présence du même facilitateur		Rôle du leadership		Intérêt du DCR	
Satisfaction	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Satisfait	0	10 (67%)	9 (53%)	1 (50%)	10 (67%)	0
Insatisfait	4 (100%)	5 (33%)	8 (47%)	1 (50%)	5 (33%)	4 (100%)
p-valeur	p = 0,033		p = 1		p = 0,033	

Annexe 6 : Demande d'avis au Collège des Enseignants

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) :

Poncelet Laurie (Laurie.Poncelet@student.uliege.be)

2. Finalité spécialisée : PACR - SIU 3. Année académique : Master 2

4. Titre du mémoire :

« Débriefings cliniques routiniers aux soins intensifs D du CHU UCL Namur et déclaration des événements indésirables »

5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Jean-Christophe Servotte, infirmier spécialisé en Soins Intensifs et Aide Médical Urgente, détenteur d'un master en Sciences de la Santé Publique à finalité « patient critique » et d'un doctorat en Sciences Infirmières.

b. Meryl Paquay, infirmière spécialisée en Santé Communautaire, Gestionnaire Qualité & Sécurité des Soins, Urgences du CHU de Liège, PhD student Care de Simulation, Département de Santé Publique ULiège.

6. Résumé de l'étude

a. Objectifs

Le débriefing clinique routinier sera implémenté dans un service de soins intensifs.

L'objectif de cette étude sera d'analyser le « contenu » recueilli lors des différents débriefings cliniques qui auront lieu aux soins intensifs D du CHU UCL site Godinne.

Et plus particulièrement,

- Classer les PLUS¹, DELTA² et les événements indésirables selon la grille Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL).
- Comparer les événements indésirables mis en évidence lors des débriefings cliniques et ceux collectés au moyen du reporting du CHU UCL Namur site Godinne.
- Évaluer l'expérience (satisfaction, efficacité) du personnel soignant (infirmiers et médecins) concernant le débriefing clinique à la fin de son implémentation.

¹ PLUS : ce qui s'est bien passé durant la pause de travail

² DELTA : ce qui s'est moins bien déroulé durant la pause de travail et nécessiterait une amélioration

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments,...) (+/- 500 mots)

Type d'étude et design :

Approche mixte et design séquentiel exploratoire. La phase qualitative sera poursuivie par une phase quantitative. L'intégration des données par assimilation-transformation permettra de transformer les données qualitatives obtenues durant la 1^{ère} phase en données quantitatives.

Population étudiée :

La population étudiée lors de la phase qualitative sera identique à celle étudiée en phase quantitative.

Lors de ces 2 phases seront inclus les infirmiers et médecins travaillant au sein de l'unité de soins intensifs D du CHU-UCL Namur site Godinne.

Les critères d'inclusion sont :

- Parler français
- Être titulaire d'un bachelier en soins infirmiers (ou bachelier d'infirmier responsable en soins généraux) ou être Docteur en médecine spécialisé ou en cours de spécialisation
- Travailler au sein des soins intensifs du CHU-UCL Namur site Godinne ou être étudiant infirmier responsable en soins généraux et stagiaire aux soins intensifs D du CHU-UCL Namur site Godinne
- Avoir donné son consentement éclairé pour participer à l'étude

La participation s'effectuera sur base volontaire. L'ensemble des infirmiers et médecins travaillant ou étant assistant au sein de l'unité de soins intensifs D du CHU-UCL site Godinne recevront une information sous forme de présentation orale accompagnée d'un power-point.

Au terme de l'information, un formulaire de consentement sera distribué à chaque participant. Les personnes ayant donné leur consentement seront introduites à l'étude et participeront aux débriefings cliniques.

Les étudiants infirmiers seront, quant à eux, invités en début de stage à lire ledit power-point se trouvant dans la farde d'accueil des étudiants. Des formulaires de consentement y seront joints également afin qu'ils puissent être complétés.

Phase qualitative :

Des débriefings cliniques rassemblant des infirmiers, des médecins et potentiellement des étudiants infirmiers seront mis en place dans le service des soins intensifs D du CHU UCL Godinne pour une durée de 2 mois. Un à deux débriefings seront réalisés chaque jour. Les stratégies de collecte des données de cette étude reposeront donc sur des entretiens de groupe semi-structurés, sous forme de débriefing clinique, guidés grâce au TALK©. Au total, de cette manière, 60 à 120 débriefings devraient être enregistrés et faire partie de l'étude.

Cet outil permettra de mettre en évidence les paramètres étudiés à savoir ce qui est positif (« PLUS ») et ce qui est à améliorer (« DELTA ») mais aussi les erreurs du système et les EI potentiels.

Phase quantitative :

La phase quantitative comportera 2 volets.

Le premier tentera d'évaluer l'expérience (satisfaction et efficacité) du personnel infirmier et médical à propos du débriefing clinique. Pour cela, un premier questionnaire sera distribué aux participants avant l'implémentation des débriefings cliniques. Ce même questionnaire sera distribué à nouveau lorsque l'implémentation des débriefings sera terminée.

Le deuxième volet se concentrera sur la déclaration des EI. D'une part, les incidents et presque incidents seront collectés grâce aux débriefings cliniques guidés par le TALK© et à l'analyse de ceux-ci après leur enregistrement. D'autre part, le CHU UCL Godinne permet la déclaration (anonyme ou non) des EIAS par son personnel via une plateforme en ligne. Celle-ci permettra de collecter les EI déclarés au sein du service durant la période d'implémentation des débriefings.

Exploitation des résultats :

Outre le fait que les résultats de cette étude seront publiés dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention d'un master en sciences de la santé publique, ceux-ci pourront être utilisés à des fins scientifiques pour la rédaction d'un article ou encore poursuivre la recherche.

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? OUI
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? NON
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? NON
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? NON
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON

10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?

NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 8/01/2022

Nom et signature du promoteur : JC SERVOTTE

M.PAQUAY

Annexe 7 : Avis favorable définitif du Comité d'éthique hospitalo-facultaire du CHU UCL Namur site Godinne



SITE DE GODINNE

COMITÉ D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE

Président
Pr P. Evrard

Vice-président à la recherche clinique
Pr B. Krug

Vice-président à l'éthique
M. D. Jacquemin

Secrétaire académique
Pr Ch. Doyen

Secrétariat administratif
Tél. : +32 (0)81 42 30 64

Fax : +32 (0)81 42 30 23

Email :

comite.ethique.g@chuucnamur.uclouvain.be

Yvoir, le 22 mars 2022

Docteur Pierre BULPA
pierre.bulpa@chuucnamur.uclouvain.be

cpi à Madame Laurie PONCELET
laurie.poncelet@student.uliege.be

CE/2022/FS

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Concerne:

- **N° interne CE Mont-Godinne: 32/2022**
- **NUB: B0392022000021**
- **Intitulé :** « Débriefings cliniques routiniers aux soins intensifs D du CHU UCL Namur et déclaration des événements indésirables ».
- **Investigateurs responsables: Professeur Pierre BULPA, Soins Intensifs, CHU UCL Namur, site Godinne.**
- **Mémoire de Madame Laurie PONCELET**
- **Étude académique monocentrique**

Cher Collègue,

Le Comité d'éthique du CHU UCL Namur, site Godinne, a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents suivants concernant cette étude, y compris les documents modifiés suite aux remarques:

- Formulaire de soumission simplifiée – mémoire.
- Information aux patients et consentement éclairé.
- Protocole.
- Assurance.
- DISCOVER PHASE (Debriefing non COVID-19)
- Curriculum vitae de Laurie PONCELET.
- Curriculum vitae de Pierre BULPA

En tant que comité d'éthique principal, selon les directives de la loi du 7 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif sur ce projet.

L'accord du comité d'éthique pour cette étude est valable un an. Nous vous demandons de nous informer si l'étude n'est pas initiée ou si l'étude ne démarre pas dans un délai d'un an après l'approbation. Si l'étude n'a pas débuté un an après l'approbation, cet avis n'est plus valable et le projet devra être resoumis.

Si l'étude n'est pas terminée dans un délai d'un an, l'ICH-GCP exige qu'un rapport annuel soit fourni au comité d'éthique.

Nous vous demandons de nous signaler la fin (anticipée ou programmée) de l'étude et de nous envoyer un rapport de fin d'étude dans les délais légaux.

CHU UCL NAMUR ASBL
Adresse de correspondance : avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 Yvoir (Belgique) - Tél. +32 (0)81 42 21 11
Siège social : avenue Docteur G. Thérasse, 1 - 5530 Yvoir (Belgique) - Tél. +32 (0)81 42 21 11 - BE 641.733.885
www.chuucnamur.be



SITE DE GODINNE

**COMITÉ D'ETHIQUE
HOSPITALO-FACULTAIRE**

Président
Pr P. Evrard

Vice-président à la recherche clinique
Pr B. Krug

Vice-président à l'éthique
M. D. Jacquemin

Secrétaire académique
Pr Ch. Doyen

Secrétariat administratif
Tél. : +32 (0)81 42 30 64
Fax : +32 (0)81 42 30 23
Email :
comite.ethique@chuucnamur.uclouvain.be

Nous devons également être continuellement informés de tous les effets ou événements indésirables et déviations liés à ce protocole.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et que la gestion de celle-ci doit se faire sous sa responsabilité propre et conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (GDPR). L'avis favorable donné par le comité d'éthique ne signifie en rien qu'il en prend ou en partage la responsabilité.

La Commission vous demande, en outre, de veiller à informer clairement les participants sur d'éventuels risques encourus ainsi que sur toute investigation complémentaire qui ne serait pas directement en rapport avec leur état de santé.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Le Comité d'éthique du CHU UCL Namur, site Godinne, confirme qu'il est composé et exerce ses activités dans le respect des lois et règlements applicables et selon les directives ICH/GCP.

Nous déclarons qu'aucun membre ayant un lien quelconque avec cet essai clinique ou le promoteur n'a pris part à la délibération concernant cette étude.

Nous vous prions d'agréer, Cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Professeur B. KRUG
Vice-Président
à la recherche clinique

Professeur P. EVRARD
Président