

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Face à Face: Déclarations  
d'évènements indésirables vs Débriefings cliniques fin de pause, quel cadre de  
classification pour partager les meilleures informations?**

**Auteur :** BERTRAND, Audrey

**Promoteur(s) :** Paquay, Meryl; Hajaoui, Manon

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

**Année académique :** 2022-2023

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/17217>

---

*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.*

---

"Face à Face : Déclarations d'événements indésirables vs Débriefings cliniques fin de pause, quel cadre de classification pour partager les meilleures informations?"

Mémoire présenté par **Audrey Bertrand**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Gestion des institutions  
Année académique 2022 -2023

"Face à Face : Déclarations d'événements  
indésirables vs Débriefings cliniques fin de  
pause, quel cadre de classification pour  
partager les meilleures informations?"

Mémoire présenté par **Audrey Bertrand**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en gestion des institutions  
Année académique 2022 -2023  
Promotrice : Méryl Paquay  
Co-promotrice : Manon Paquay

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Préambule .....</b>	<b>5</b>
<b>1. introduction .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 erreurs médicales.....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 comment limiter les erreurs ? .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3. Limites de la gestion sécurité actuelle .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 Debriefings .....</b>	<b>9</b>
<b>1.5 question de recherche .....</b>	<b>12</b>
<b>1.6 objectifs.....</b>	<b>12</b>
<b>2. Matériel et méthodes.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 approche et design.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Site d'étude.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3 réalisation des débriefings et dei.....</b>	<b>13</b>
2.3.1 débriefing période et méthode de collecte.....	13
2.3.2 DEI période et méthode de collecte .....	14
<b>2.4 comparaison des DEI et des débriefings .....</b>	<b>14</b>
<b>2.5 critères et contrôles de qualité.....</b>	<b>15</b>
<b>2.6 considérations éthiques .....</b>	<b>16</b>
<b>3. résultats.....</b>	<b>16</b>
<b>3.1 Liens entre les différentes classifications et les types de contenus (plus/delta) pour les débriefings.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Liens entre les différentes classifications pour les rapports d'incident .....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Comparaison entre les deux sites .....</b>	<b>23</b>
<b>4. Discussion .....</b>	<b>24</b>
<b>5. limitations .....</b>	<b>33</b>
<b>6. conclusion.....</b>	<b>33</b>
<b>7. références bibliographiques .....</b>	<b>35</b>
<b>8. annexes .....</b>	<b>40</b>

## Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui j'aimerais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à ma promotrice, Madame Méryl Paquay, pour sa patience, sa disponibilité, ses conseils judicieux qui ont sans cesse alimenté ma réflexion mais surtout son soutien sans faille.

Je désire aussi remercier les professeurs que j'ai rencontré durant mon cursus de master en science de la santé publique et qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études universitaires.

Je souhaiterais exprimer ma reconnaissance envers mes amis et collègues qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ce travail. Un merci particulier à Sylvie, mon « binôme » de master sans qui tout aurait été moins amusant.

Un énorme merci à mes enfants, Antoine et Victor qui ont permis à leur maman de se consacrer durant un an à la réalisation de ce travail.

Enfin, je tiens à témoigner toute ma gratitude à mon conjoint Damien, pour son soutien inestimable et sa confiance à toute épreuve.

## Résumé

**Introduction :** L'intérêt des débriefings cliniques de fin de pause n'est plus à démontrer. Il permet d'agir positivement sur le travail en équipe et la communication tout en améliorant les performances et les connaissances des praticiens. Associé aux déclarations d'événements indésirables (DEI) et intégré à une gestion quotidienne, il pourrait être un atout considérable dans une démarche globale de qualité. Dans ce contexte, le but de notre étude était de comparer le contenu des débriefings et des DEI au cours de l'année 2021

**Matériel et méthodes :** La présente étude adopte une approche qualitative et un design s'apparentant à une étude de cas. Premièrement, nous avons mis en place des débriefings après le quart de travail au cours de l'année 2021. En parallèle, nous avons visé à faire un relevé des différentes DEI au cours de l'année 2021. Les contenus ont ensuite été catégorisés. La deuxième étape a consisté à analyser la qualité des données et à réfléchir à la pertinence des cadres utilisés pour l'analyse. Pour ce faire, l'analyse des différents contenus deux grilles validées scientifiquement ont été utilisées puis comparées : 1) La grille de classification des événements indésirables de l'OMS ; 2) La grille Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL).

**Résultat :** Nos résultats montrent qu'il existe une association significative entre le type de contenu des débriefings (plus/delta) et la dimension du cadre DOLL et du cadre OMS à laquelle il appartient. On remarque que certaines catégories des cadres DOLL et OMS ne sont pas utilisées pour les DEI et les débriefings. Certaines dimensions de la classification OMS sont globalement associées aux dimensions de la classification DOLL pour les niveaux un et deux. On retrouve ces mêmes associations pour les DEI. Enfin, aucune différence significative n'est détectée entre les deux sites en ce qui concerne les types de contenus et les classifications DOLL et OMS pour les débriefings. A l'inverse pour les DEI, il existe une différence significative entre ces éléments.

**Conclusion :** Les débriefings cliniques de routine doivent faire partie d'un processus global. Si l'on tient compte des enseignements extraits des débriefings et des DEI, une amélioration de la sécurité des soins peut être espérée. L'analyse des débriefings couplés à la gestion des incidents via un framework commun permet de tirer pleinement parti du potentiel des débriefings. L'objectif est donc de maintenir une démarche d'amélioration de la qualité des soins aux patients et de fournir aux cliniciens le soutien de leurs collègues et de leur direction. Le cadre permet donc de réaliser davantage de liens entre les différents débriefings et une traçabilité dans les résultats.

**Mots-clés :** *Débriefing de fin de pause – Déclaration d'événements indésirables – comparaison – framework – Leadership*

## Abstract

**Introduction :** The interest of clinical debriefings at the end of the break no longer needs to be demonstrated. It allows to act positively on teamwork and communication. It improves the performance and knowledge of practitioners. Associated with the DEI and integrated into daily management, it could be a considerable asset in a global quality approach. In this context, the aim of our study was to compare the content of debriefings and declarations of adverse events during the year 2021.

**Methods :** This study adopts a qualitative approach and a design similar to a case study. First, we have set up post-shift debriefings during 2021. At the same time, we have aimed to record the various reports of adverse events during 2021. The contents have been categorized. The second step was to analyze the quality of the data and to reflect on the relevance of the frameworks used for the analysis. To do this, the analysis of the different contents, two scientifically validated grids were used and then compared: 1) The WHO adverse event classification grid; 2) The Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL) grid.

**Results :** Our results show that there is a significant association between the type of debriefing content (plus/delta) and the dimension of the DOLL framework and the OMS framework to which it belongs. Note that some categories of the DOLL and OMS frameworks are not used for DEIs and debriefings. Some dimensions of the WHO classification are broadly associated with the dimensions of the DOLL classification for levels one and two. These same associations are found for IEDs. Finally, no significant difference is detected between the two sites with regard to the types of content and the DOLL and OMS classifications for the debriefings. Conversely for IEDs, there is a significant difference between these elements.

**Conclusion :** Routine clinical debriefings should be part of an overall process. If we take into account the lessons learned from debriefings and DEIs, an improvement in the safety of care can be expected. The analysis of debriefings coupled with incident management via a common framework makes it possible to take full advantage of the potential of debriefings. The objective is therefore to maintain an approach to improving the quality of patient care and to provide clinicians with the support of their colleagues and management.

The framework therefore makes it possible to make more links between the different debriefings and traceability in the results.

**Keywords :** debriefing – Declaration of adverse events – comparison – framework – Leadership

## PRÉAMBULE

Depuis douze années maintenant, je travaille au sein du service de médecine interne et infectiologie du CHU de Liège. D'abord sage-femme, j'ai souhaité réaliser une année supplémentaire afin d'obtenir également le diplôme d'infirmière. Au cours de cette année supplémentaire, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage de 6 semaines dans un service de médecine, et je n'en suis finalement plus jamais partie. Un réel « coup de cœur » pour l'équipe et sa relation à la personne malade. Au sein du service d'infectiologie, nous sommes très souvent amenés à collaborer avec les urgences puisque par définition une salle de médecine « résorbe » une grosse partie des patients se présentant aux urgences. Nous sommes également voisins, « architecturalement » parlant.

Dans ma pratique professionnelle, j'ai été confrontée à certaines situations difficiles et j'ai été amenée à transmettre des comptes rendus de ces événements via le programme de « déclaration d'événement indésirable ». Lorsqu'il m'arrivait de le faire, c'était toujours avec une certaine réticence car je n'y voyais qu'une technique « punitive ». Or, j'ai découvert qu'il avait surtout un intérêt dans la résolution de problèmes et dans la recherche d'amélioration. La plupart des événements déclarés dans mon service avaient un lien avec la prise en charge des patients provenant d'autres services et cela entraînait un sentiment de culpabilité pour l'ensemble de l'équipe et la peur de détériorer nos relations avec d'autres intervenants de soins.

Dans un premier temps, je me suis donc intéressée au reporting et l'intérêt que présente celui-ci dans un cheminement d'amélioration de la qualité des soins, de la sécurité mais aussi du bien-être au travail et de la sécurité psychologique.

Plus tard, en pleine pandémie de COVID, je découvre via mon conjoint, infirmier aux urgences qu'une étude est en cours au sein des urgences afin de développer un cadre d'analyse des débriefings cliniques de fin de pause. L'intérêt de celui-ci par rapport au reporting m'apparaît puisqu'il permet de faire un bilan complet, permettant d'aborder le négatif des situations mais aussi le positif. Il semble permettre d'apprendre d'avantage des situations rencontrées.

Lorsque la question d'un sujet de mémoire se pose pour moi, l'intérêt du sujet me semble évident. Pour moi, le débriefing est un réel atout dans la gestion quotidienne d'une équipe et plus globalement d'une institution. Il est dès lors utile de pouvoir en tirer les meilleures informations pour pouvoir agir en conséquence. Lorsque je me suis inscrite au Master en santé publique, j'ai choisi l'option gestion des institutions car c'est cette voie que je souhaitais suivre. Je souhaite dans mon rôle professionnel futur pouvoir mettre en place une démarche d'amélioration et de gestion quotidienne de la qualité d'où mon intérêt pour le sujet.

## 1. INTRODUCTION

### 1.1 ERREURS MÉDICALES

La sécurité du patient est un principe fondamental des soins de santé (1). C'est un concept relativement récent puisque, c'est en 1999, suite à la publication par l'Institut de Médecine Américain du rapport « To err is human » (2) que la pierre angulaire du mouvement de sécurité du patient est pour la première fois posée. Selon ses auteurs, il y aurait entre 44 000 et 98 000 décès causés chaque année par des événements indésirables (EI) aux États-Unis dont 80% seraient la conséquence directe d'un dysfonctionnement de différents facteurs dont l'interaction des humains entre eux et avec l'environnement. Or, tous les jours, des EI, issus d'erreurs médicales ou non, continuent de se produire sur le terrain. Le terme « EI » reprend aussi bien les incidents que les « presque incidents » c'est-à-dire un événement indésirable qui n'a pas provoqué de dommage au patient (3). James Reason, distingue les erreurs par commission, c'est-à-dire faire quelque chose qu'il ne fallait pas faire, des erreurs par omission qui correspondent à ne pas faire quelque chose qu'il fallait faire. Il fait aussi la différence entre les erreurs d'exécution lorsque les actions ne se déroulent pas comme prévu et les erreurs de planification lorsque l'action prévue n'est pas la bonne (4). Il est cependant rare qu'une seule erreur mène à un accident ou un préjudice grave. Dans la plupart des cas, les EI sont le fruit de plusieurs défaillances consécutives qui se produisent à différents niveaux, mêlés à des conditions latentes, et qui vont s'aligner un instant donné pour mener à l'incident.

Dans un système complexe, les erreurs peuvent être évitées grâce à des barrières, de défense et de protection. L'erreur pourra survenir si la présence de plusieurs défaillances permet de créer une trajectoire d'opportunité d'accident. Deux phénomènes peuvent amener à la

création de faiblesses au niveau des défenses : les défaillances actives et les conditions latentes (4). Les défaillances actives correspondent aux actes dangereux commis par des personnes en contact direct avec le patient ou le système. Elles ont un impact direct et généralement de courte durée sur les défenses, elles sont aussi souvent difficiles à prévoir (4). Les conditions latentes sont quant-à-elles davantage liées aux processus organisationnels du système et aux décisions de gestion. Elles peuvent être responsables des failles ou des faiblesses durables dans les défenses. Certaines restent en latence durant plusieurs années avant de se combiner à une défaillance active et générer une opportunité d'accident (4). Contrairement aux défaillances actives, elles peuvent être identifiées et il est possible d'agir avant qu'un événement indésirable ne se produise.

En prenant conscience de ces mécanismes, il est possible d'adopter une gestion des risques proactive plutôt que réactive. S'il est impossible de changer la condition humaine, il est en effet possible d'agir sur les conditions dans lesquelles les humains travaillent (4).

En effet, 50% des évènements indésirables seraient évitables (5). Évitable ou non, ils ont un impact à plusieurs niveaux: qualité des soins (2) et majoration des coûts liés aux soins de santé tant pour le patient que pour les institutions hospitalières (6). Dans les unités de soins aigus comme les soins intensifs, les urgences ou le bloc opératoire, le risque d'apparition d'EI est encore majoré. D'une part les patients qui y sont admis ont davantage de maladies sévères, de co-morbidités nécessitant des traitements plus complexes, fréquents et intensifs, mais aussi des réserves physiologiques plus basses (7). D'autre part, le risque d'erreur augmente par la complexité des besoins du patient, les technologies complexes, les prises de décisions rapides, les procédures invasives, la dangerosité des médicaments, la poly médication ou encore le stress occasionné par des manœuvres de réanimation (8).

## 1.2 COMMENT LIMITER LES ERREURS ?

D'après une étude de Bates en 2023, dans environ 7% des admissions à l'hôpital, on peut identifier des évènements indésirables évitables (9). Afin de diminuer l'occurrence et l'impact de ces erreurs, l'OMS recommande, non pas de ne commettre aucune erreur, mais d'apprendre de celles-ci. En effet, lorsqu'un individu est soumis à un environnement complexe et stressant, il est irréaliste de lui demander de ne pas commettre d'erreur. Il faut donc travailler à promouvoir un environnement sans failles et dans lequel, les systèmes, tâches et

processus auront été élaborés pour diminuer l'erreur humaine (10). En effet, le plus souvent les erreurs sont dues à un système défaillant. C'est pourquoi, les stratégies qualité et sécurité jouent un rôle prépondérant dans la prévention et la diminution de celles-ci (11).

La première stratégie consiste en l'analyse a priori des risques. Il s'agit de la science de la sécurité dans les soins de santé. Elle cherche à agir sur la réduction des risques et la minimisation des dommages par l'apprentissage de ce qui « tourne mal » (12). Cette approche permet d'anticiper la survenance des événements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer dans la prise en charge (13). La connaissance des risques acquise par l'expérience professionnelle ainsi que la littérature disponible dans le domaine permettent aux équipes, en analysant les processus de prise en charge d'identifier à priori les « situations à risque ». Dans cette démarche on se concentre sur l'analyse des causes racines, les vulnérabilités du système et non sur les performances individuelles du professionnel de la santé. L'EI est une défaillance du système et est à l'origine du dommage causé au patient. Ce modèle est par conséquent axé sur la prévention et non sur la culpabilisation ou la sanction (14). L'analyse des accidents n'est certainement pas le seul moyen de comprendre la sécurité, mais elle a fait ses preuves dans l'apprentissage, la réflexion et l'amélioration dans les domaines du pétrole, du nucléaire et d'autres industries (15).

La deuxième stratégie repose sur une approche a posteriori. Elle permet donc la mise en présence d'événements indésirables survenus et de s'interroger sur ce qui s'est passé. Une surveillance et une analyse des événements indésirables qui surviennent permettent de révéler, comprendre et traiter les dysfonctionnements. La démarche s'appuie sur les concepts et les méthodes issues de l'analyse systémique. Notamment, l'utilisation systématique d'une grille de questionnement (type ALARM par exemple)(13). Elle permet aux équipes d'explorer les causes profondes de la survenance d'un événement indésirable. Cette démarche est continue et permet d'identifier des risques et des barrières défaillantes. Plus communément appelée, reporting, cette stratégie consiste à recueillir et analyser des informations concernant un incident qu'il ait causé ou non un préjudice au patient. Ce reporting permet un double apprentissage : individuel et organisationnel. Il faut noter que non sans intérêt, les EI sont généralement sous-déclarés car l'approche culpabilisante, bien que contre-productive, continue de prévaloir en santé (14). Pour d'autres raisons, le reporting reste sous utilisé: la peur des conséquences, le manque de feedback, le climat de travail/culture, la mauvaise

compréhension des erreurs et de l'importance de les signaler, une charge de travail élevée, l'absence de système de signalement et enfin des facteurs personnels (16). Dans une démarche de qualité, il est important d'associer les deux stratégies (13).

### 1.3. LIMITES DE LA GESTION SÉCURITÉ ACTUELLE

D'après Erik Hollnagel, apôtre du courant « resilience engineering » deux approches radicalement différentes s'opposent en termes de sécurité du patient. L'approche « Safety 1 » correspond à la sécurité classique, centrée sur la réduction des erreurs, risques et défaillances. Le signalement se concentre sur les mauvais résultats pour, à l'avenir, éviter le problème (17). Le reporting et l'analyse des événements indésirables sont utilisées depuis de nombreuses années mais leurs résultats sont malheureusement décevants. On remarque donc un tournant dans le domaine de la sécurité. A l'heure actuelle, il ne suffit plus de déterminer ce qui a mal été. Il faut aussi mettre en avant ce qui fonctionne. Dans ce sens, le concept de Safety-II encourage l'étude de tous les événements, se 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 (12). Le concept « safety 2 » correspond à une vision de la sécurité qui met surtout l'accent sur le positif. Il repose sur l'idée que le « système apprenant » de sécurité doit d'abord apprendre de ses succès et non de ses échecs. Le débriefing pourrait donc s'inscrire dans cette démarche « safety 2 » puisqu'il aborde non seulement ce qui ne fonctionne pas mais aussi ce qui a bien fonctionné. Le débriefing de routine faciliterait la compréhension des ressources et des contraintes du système et permet donc d'agir sur les conditions latentes. Il s'agit d'une opportunité précieuse de discussion, d'apprentissage et d'amélioration des systèmes (12).

### 1.4 DEBRIEFINGS

Le débriefing est : « une séance de partage d'information courte après l'action » , il constitue une pratique de leadership qui permet d'agir sur la communication et le travail d'équipe et une réflexion guidée par l'expérience dans un cycle d'apprentissage (18,19). Au cours du débriefing, les professionnels échangent leur point de vue sur une situation passée

afin de mettre en avant les aspects positifs et les dysfonctionnements éventuels. (20) Dès lors, La sécurité des patients est directement liée à la qualité du fonctionnement de l'équipe.

Les études mettent en avant un ensemble de points positifs à l'implantation de ces temps de partage d'information : améliore l'efficacité de fonctionnement de l'équipe, soutient la culture de sécurité et sécurise la prise en charge des patients (20). Plusieurs types de débriefings sont à distinguer :

- au décours d'une action à risque
- après un évènement indésirable grave
- de façon programmé sur un sujet donné
- en fin de journée de travail

C'est essentiellement à ce débriefing de fin de journée que nous nous intéresserons dans notre étude puisqu'il peut s'inscrire dans une démarche de type « safety 2 ». En effet, réalisé de manière systématique en fin de journée, il permet de mettre en avant à la fois les échecs et les réussites d'une journée. Dans la littérature, on peut retrouver tous les avantages du débriefing clinique pour le débriefing de fin de pause. Il permet d'aborder les situations complexes en combattant la détresse morale et en apportant un soutien (21). Le débriefing fin de pause permet aussi aux participants de partager leurs émotions et ressentis sans chercher à leur apporter une action thérapeutique. Selon le contexte, l'environnement ou son objectif, le débriefing peut prendre plusieurs formes. Dans certains cas, les débriefings visent à répondre à des besoins différents, tels que l'identification d'erreurs latentes, l'amélioration du système, le soutien psychologique ou post-traumatique. Le débriefing clinique se concentre généralement sur le travail d'équipe interprofessionnelle, l'apprentissage collectif et la sécurité des patients (22).

Dans les services d'urgences, en salle d'opération ou au soins intensifs, le débriefing clinique de routine améliore l'apprentissage, les connaissances, les performances des cliniciens (23), la communication, l'efficacité et la dynamique d'équipe (24). Ils sont par conséquent chaudement recommandés dans les suites d'une réanimation cardio pulmonaire ou tout autre évènement consommateur de ressources (25). Il permet de favoriser l'apprentissage, de désamorcer les émotions mais aussi de réfléchir au moyen d'améliorer les soins posés dans le futur (26). En outre, il permettrait de diminuer le stress professionnel, d'augmenter le soutien

des collègues et l'engagement au travail (27) et amène donc à une meilleure satisfaction du personnel (28). Plus récemment, certaines études mettent en avant l'intérêt des débriefings pour faciliter les interventions de leadership (29). Ils permettraient d'augmenter le soutien des pairs tout en donnant des clefs aux dirigeants pour évaluer le bien être des équipes et mettre en évidence un soutien nécessaire (21). Si on agit sur le bien-être de l'ensemble de l'équipe on peut supposer qu'on agit positivement sur la productivité, l'efficacité de l'organisation et in fine sur la qualité des soins fournis au patient.

D'après des études plus récentes, le débriefing clinique ne doit pas obligatoirement être mené par une personne particulièrement qualifiée. Par contre, il est nécessaire qu'il soit réalisé de manière structurée et systématique en utilisant certains outils comme ; INFO, STOP ou encore TALK. Dans ce cas de figure, le facilitateur peut être un infirmier et pas nécessairement un membre du corps médical (30). Pour que le débriefing puisse avoir lieu il est nécessaire qu'une collaboration réciproque soit mise en place et que chaque membre de l'équipe participe de manière active. Un climat de confiance est donc nécessaire afin que chacun puisse assurer sa sécurité psychologique. Ce point est d'autant plus important dans des situations à haut risque ou chargées émotionnellement (26).

On constate toutefois que les débriefings restent peu pratiqués malgré les recommandations internationales et les nombreuses preuves de leurs intérêts (26). Si la pandémie de COVID-19 a permis le développement de l'utilisation de débriefing clinique routinier, Brazil et al. indiquent que, « 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 ». Cela signifie que les données récoltées lors du débriefing doivent être analysées et prises en compte. Dans le cas contraire, les participants risqueraient de se démotiver et ne le verrait que comme un rituel sans intérêt (30). Des études ont analysé la méthode la plus efficace pour réaliser des débriefings cliniques mais les preuves concernant leur intégration dans une stratégie globale sont rares. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de disposer d'outils structurés et standardisés pour analyser les données collectées lors de ces débriefings. Le framework « Debriefing and Organisational Lessons Learned » (DOLL), composé de 7 dimensions et de 13 sous dimensions, a été conçu dans le

but de développer un cadre pour catégoriser les résultats des débriefings de fin de journée régulièrement mis en œuvre (29).

Dans la continuité de cette étude il nous semblait intéressant de comparer les informations récoltées via l'analyse des débriefings (Safety 2) mais aussi l'analyse des déclarations d'évènements indésirables (Safety 1), puisque les deux approches sont complémentaires, sur une période de temps donnée. La corrélation entre les débriefings cliniques et les déclarations d'évènements indésirables constitue une voie d'exploration essentielle pour relier davantage les débriefings dans le concept de sécurité des soins. À ce jour, la littérature scientifique présente une lacune notable concernant l'intégration des débriefings dans d'autres processus de qualité et de sécurité. Les débriefings sont souvent considérés comme des évènements isolés, dissociés des initiatives globales visant à améliorer la sécurité des soins. Par conséquent, cette étude vise à combler cette lacune en approfondissant et en renforçant le lien entre les débriefings cliniques et les déclarations d'évènements indésirables. En établissant cette connexion, nous pourrions mieux appréhender l'interaction des débriefings avec l'ensemble de l'écosystème de la sécurité des soins, ainsi que leur intégration synergique avec d'autres stratégies de gestion des risques et d'amélioration de la qualité. Cette démarche renforcera non seulement l'efficacité des débriefings cliniques, mais elle favorisera également une approche holistique et intégrée de la sécurité des soins, propice à des améliorations durables et continues dans la prestation des soins aux patients.

## 1.5 QUESTION DE RECHERCHE

Comment intégrer les débriefings de fin de pause à un processus d'analyse de qualité et sécurité via une classification commune ?

## 1.6 OBJECTIFS

L'objectif de notre étude est donc dans une stratégie d'amélioration de la qualité des soins, de comparer le contenu des débriefings et des déclarations d'évènements indésirables au cours de l'année 2021.

## 2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 2.1 APPROCHE ET DESIGN

La présente étude adopte une approche qualitative et un design s'apparentant à une étude de cas. Nous avons utilisé une approche en deux étapes pour mener à bien cette étude. La première étape a consisté à mettre en place des débriefings après le quart de travail au cours de l'année 2021 et à en catégoriser le contenu. En parallèle, nous avons visé à faire un relevé des différentes déclarations d'évènements indésirables au cours de l'année 2021 et à en catégoriser le contenu également.

La deuxième étape a consisté à analyser la qualité des données et à réfléchir à la pertinence des cadres utilisés pour l'analyse. Pour ce faire, l'analyse des différents contenus deux grilles validées scientifiquement ont été utilisées puis comparées : 1) La grille de classification des évènements indésirables de l'OMS ; 2) La grille Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL). Le contenu extrait des deux processus, débriefings et déclarations, est codé sur base de ces deux grilles.

### 2.2 SITE D'ÉTUDE

Les données ont été recueillies auprès de deux services d'urgence d'un seul hôpital universitaire belge avec deux installations géographiquement séparées : principale et satellite. L'établissement principal est un hôpital de soins tertiaires situé en zone urbaine, tandis que le satellite est un hôpital secondaire urbain. Le recensement annuel de ces deux sites combinés aux urgences est d'environ 100 000 patients : le principal traitant environ 57% et le satellite traitant 43% des patients. Les infirmiers sont reliés à un site alors que les médecins sont affectés aux deux sites.

### 2.3 RÉALISATION DES DÉBRIEFINGS ET DEI

#### 2.3.1 DÉBRIEFING PÉRIODE ET MÉTHODE DE COLLECTE

Les données ont été recueillies sur 90 débriefings réalisés entre février 2021 et décembre 2021, 42 sur le site de Notre Dame des Bruyères, 48 sur le site du Sart-Tilman. Les débriefings

ont été menés en français. Le nombre médian de participants par débriefing était de 5 (IQR : 4-6) et est resté stable sur la période observée.

Ces débriefings ont été réalisés après les quarts de travail du matin et de l'après-midi en présence des médecins et des infirmiers des urgences des deux établissements. La durée médiane des débriefings cliniques était de 10 min. De ces débriefings, plusieurs éléments de débriefings ont pu être extraits, ils sont au nombre de 458. Tous les débriefeurs ont été préalablement formés au débriefing avec bon jugement et à la méthode Plus-Delta. Cette méthode offre les avantages de la simplicité conceptuelle et de mise en œuvre (31). Sur les 458 éléments extraits des débriefings, 231 ont eu lieu sur le site satellite et 227 ont eu lieu sur le site principal. Les données suivantes ont été collectées : date, site concerné, contenu du débriefing. Les données ont ensuite été retranscrites dans un fichier Excel afin d'en faciliter l'analyse.

### *2.3.2 DEI PÉRIODE ET MÉTHODE DE COLLECTE*

Les données relatives aux DEI ont été extraites informatiquement puisqu'elles sont collectées au CHU de Liège via un programme informatique appelé QualiT. Les données auxquelles nous nous sommes intéressées concernaient uniquement les DEI du service d'urgences des deux sites ou un événement impliquant directement le service d'urgence mais déclaré via un autre service. Les données ont été recueillies sur 263 déclarations d'événements indésirables au cours de l'année 2021. Sur les 263 déclarations, 98 concernent l'hôpital satellite et 165 concernent le site principal.

## 2.4 COMPARAISON DES DEI ET DES DÉBRIEFINGS

Lorsque toutes les données ont été collectées et encodées dans un fichier Excel, elles ont été classées en « Delta » ou « Plus ». Le « Plus » correspondant à ce qui est positif et le « Delta » à ce qui est à améliorer. Par définition, les DEI relèvent des Deltas. Pour ce qui est des débriefings, les chercheurs ont pris connaissance des différentes transcriptions pour se familiariser avec les données de manière individuelle. Chacun a travaillé individuellement afin de classer chaque élément de débriefing en « plus » ou « delta ».

Les deux chercheurs ont ensuite classé les DEI et les débriefings dans un sous ensemble du cadre « Debriefing and Organisational Lessons Learned » (DOLL) et de la grille de classification des évènements indésirables selon l'OMS. Le cadre DOLL préalablement développé est composé de 7 dimensions et de 13 sous dimensions (cfr annexe 1). Il a permis durant la première vague belge de la crise COVID-19 une analyse plus structurée et standardisée des débriefings et a donc offert un outil de gestion utile pour la direction. Le Framework utilisé pour la classification des incidents au CHU de Liège et basé sur le WHO-CFICPS incident type list comporte 15 items créé pour faire un relevé des événements relatifs à la sécurité dans les soins de santé (cfr annexe 7).

Les analyses individuelles résultantes ont ensuite été comparées et discutées par l'équipe de recherche jusqu'à atteindre un consensus. Pour y parvenir, les deux chercheurs ont exposé chaque item ainsi que leur classification. Lorsque la classification était différente, ils recommençaient l'analyse jusqu'à atteindre 100% de réconciliation par la discussion, l'exploration des cadres et la clarification. Le parcours professionnel des chercheurs étant différent, la discussion a permis de partager les perspectives de chacun. Le fichier Excel obtenu a permis la création d'une base de données.

Par la suite, des analyses statistiques ont pu être effectuées. Les répartitions des sous-dimensions des différentes classifications ainsi que des plus et des deltas ont été résumés de manière descriptive à l'aide de tables de fréquences et de pourcentages. Des tests exacts de Fisher ont été utilisés pour étudier la dépendance entre les différentes sous-dimensions et le type de contenu (plus/delta). Ensuite, des comparaisons de proportions deux à deux ont été effectuées, via des tests de Fisher avec correction de Benjamini & Yekutieli. Des analyses factorielles des correspondances ont également été appliquées pour visualiser les liens entre les (sous-)dimensions des différentes classifications. Les comparaisons des répartitions dans les deux sites ont été évaluées via des tests chi-carré (ou des tests exacts de Fisher) d'homogénéité.

## 2.5 CRITÈRES ET CONTRÔLES DE QUALITÉ

Cette étude a été soumise à différents contrôles de qualité :

- le codage des données a été vérifié par les deux chercheurs de manière indépendante

- les verbatims identifiés en PLUS, DELTA ont été classés selon le DOLL et l'échelle OMS de manière indépendante par deux membres de l'équipe de recherche (A. Bertrand et M. Paquay). Lorsque les chercheurs n'étaient pas d'accord une discussion a eu lieu afin qu'un accord soit trouvé
- utilisation d'une grille Coreq (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), qui constitue une ligne directrice pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative

## 2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les débriefings routiniers de fin de pause, font partie intégrante du fonctionnement d'équipe des deux services d'urgences du CHU de Liège depuis 2019. Les participants ont donc implicitement accepté de participer à l'étude. Toutes les données collectées ont en outre été rendues anonymes. Pour utiliser les données des déclarations d'évènements indésirables, nous avons préalablement obtenu l'accord du service qualité et sécurité institutionnelle du CHU de Liège. Dans le cadre de la présente étude, toutes les données collectées ont été protégées dans un fichier Excel et seront détruites au terme de l'étude. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la Faculté de Médecine de l'Université de Liège sous le numéro de référence 2023/29. (cfr annexe 2 et 3)

## 3. RÉSULTATS

Les données collectées ont été recueillies sur 90 débriefings et 263 DEI au cours de l'année 2021. Ceux-ci sont classés par sujet selon deux techniques différentes, la classification DOLL, à deux niveaux, et la classification OMS. Pour ce qui est des débriefings, certains contenus sont positifs (Plus) d'autres sont négatifs (Delta). Dans cette partie nous avons comparé les deux classifications en essayant notamment de déterminer quelles catégories sont associées au plus et au deltas pour les débriefings. Nous nous sommes également intéressés à la distribution des sous-dimensions de la classification DOLL pour en proposer des pistes d'amélioration.

### 3.1 LIENS ENTRE LES DIFFÉRENTES CLASSIFICATIONS ET LES TYPES DE CONTENUS (PLUS/DELTA) POUR LES DÉBRIEFINGS

Table 3.1.1 – Répartition des contenus des débriefings en fonction de leur type (plus/delta) et des dimensions de la classification DOLL

DOLL (niveau 1)	Plus / Delta		Total n (%)	p-valeur
	D n (%)	P n (%)		
Patient	3 (100.00)	0 (0.00)	3 (0.66)	<b>&lt; 0.001</b>
Individus	19 (90.48)	2 (9.52)	21 (4.59)	
Organisation interne	71 (35.68)	128 (64.32)	199 (43.45)	
Procédures	43 (97.73)	1 (2.27)	44 (9.61)	
Environnement	82 (70.09)	35 (29.91)	117 (25.55)	
Autres unités	56 (82.35)	12 (17.65)	68 (14.85)	
Institution	6 (100.00)	0 (0.00)	6 (1.31)	
Total	280 (61.14)	178 (38.86)	458 (100)	

Dans la table 3.1.1 on présente la distribution des contenus des débriefings en fonction de leur type (plus/delta) et des dimensions de la classification DOLL (niveau 1). Parmi les 458 éléments de débriefings de la période de référence, 280 (61.14%) étaient négatifs. Presque la moitié des contenus (43.45%) concernaient l'organisation interne, et environ un quart (25.55%) concernaient l'environnement. Par ailleurs, aucun élément plus n'a été relevé dans les catégories *Patient* ou *Institution*. On remarque que l'association entre le type du contenu (plus/delta) et la dimension à laquelle il appartient est significative (p-valeur < 0.001).

Table 3.1.2 – Comparaisons deux à deux des proportions de deltas dans les dimensions de la classification DOLL

	Individus	Organisation interne	Procédures	Environnement	Autres unités	Institution
Patient	0.999	0.458	0.999	0.999	0.999	0.999
Individus		<b>&lt; 0.001</b>	0.999	0.530	0.999	0.999
Organisation interne			<b>&lt; 0.001</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.032</b>
Procédures				<b>0.001</b>	0.159	0.999
Environnement					0.612	0.999
Autres unités						0.999

Dans la table 3.1.2 on peut lire les résultats des comparaisons deux à deux des proportions de deltas dans les différentes dimensions de la classification DOLL. On retrouve des différences significatives entre la dimension *Organisation interne* et chacune des autres dimensions, indiquant une proportion de deltas moins importante dans cette catégorie que dans les

autres. Par ailleurs, on constate significativement plus d'items négatifs dans la dimension *Procédures* que dans la dimension *Environnement*.

Table 3.1.3 – Répartition des contenus des débriefings en fonction de leur type (plus/delta) et des dimensions de la classification OMS

OMS	Plus / Delta		Total n (%)	p-valeur
	D n (%)	P n (%)		
Accident du patient	0	0	0 (0.00)	<b>&lt; 0.001</b>
Appareil	25 (100.00)	0 (0.00)	25 (5.46)	
Comportement	17 (89.47)	2 (10.53)	19 (4.15)	
Documentation	3 (100.00)	0 (0.00)	3 (0.66)	
Flux	67 (65.69)	35 (34.31)	102 (22.27)	
Infection liée aux soins	0	0	0 (0.00)	
Matériel médical stérile	0	0	0 (0.00)	
Médication	4 (100.00)	0 (0.00)	4 (0.87)	
Nutrition / production des repas	0	0	0 (0.00)	
Oxygène / gaz	0	0	0 (0.00)	
Perte / dégradation des biens du patient	0	0	0 (0.00)	
Organisation/Ressources	81 (40.70)	118 (59.30)	199 (43.45)	
Sang / produits sanguins	0	0	0 (0.00)	
Soins	44 (97.78)	1 (2.22)	45 (9.83)	
Autres	39 (63.93)	22 (36.07)	61 (13.32)	
Total	280 (61.14)	178 (38.86)	458	

La Table 3.1.3 présente la distribution des contenus des débriefings en fonction de leur type (plus/delta) et des dimensions de la classification OMS. Presque la moitié des contenus (43.45%) concernaient l'organisation ou les ressources, et un peu moins d'un quart (22.27%) concernaient le flux. On note qu'aucun contenu n'a été classé dans 7 des 15 catégories (*Accident du patient*, *Infection liée aux soins*, *Matériel médical stérile*, *Nutrition / production des repas*, *Oxygène / gaz*, *Perte / dégradation des biens du patients* et *Sang / produits sanguins*). L'association entre le type du contenu (plus/delta) et la dimension OMS à laquelle il appartient est significative (p-valeur < 0.001).

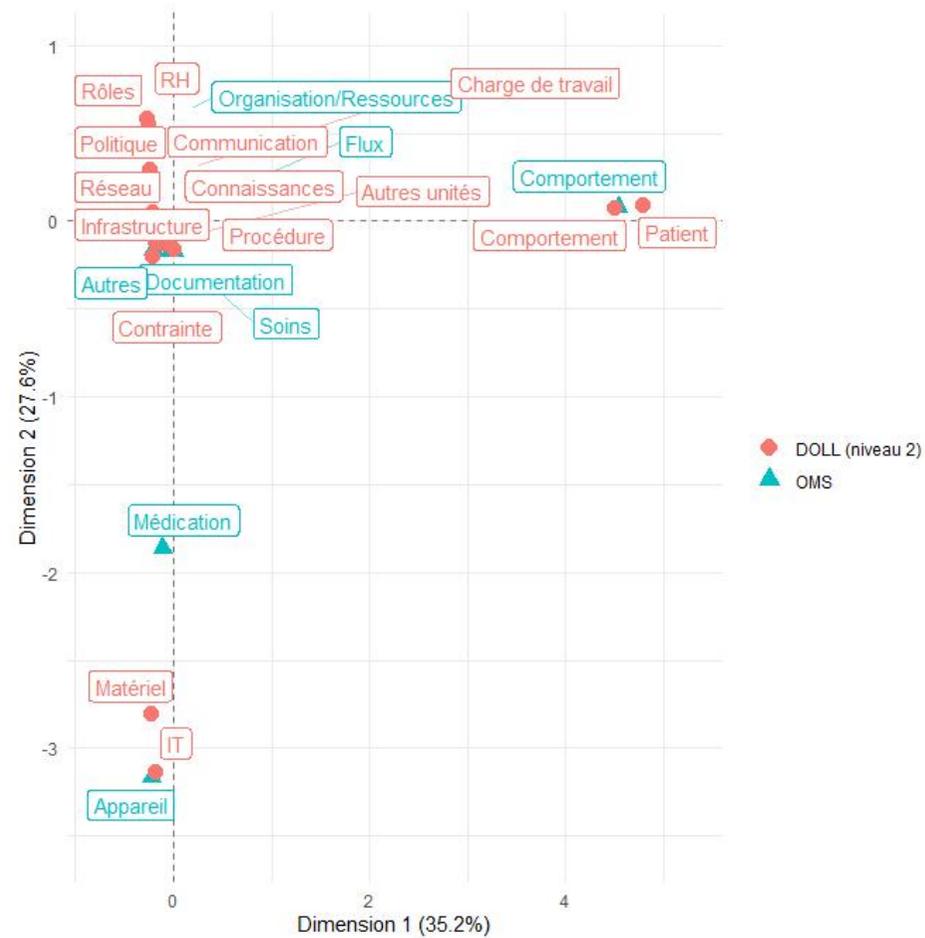
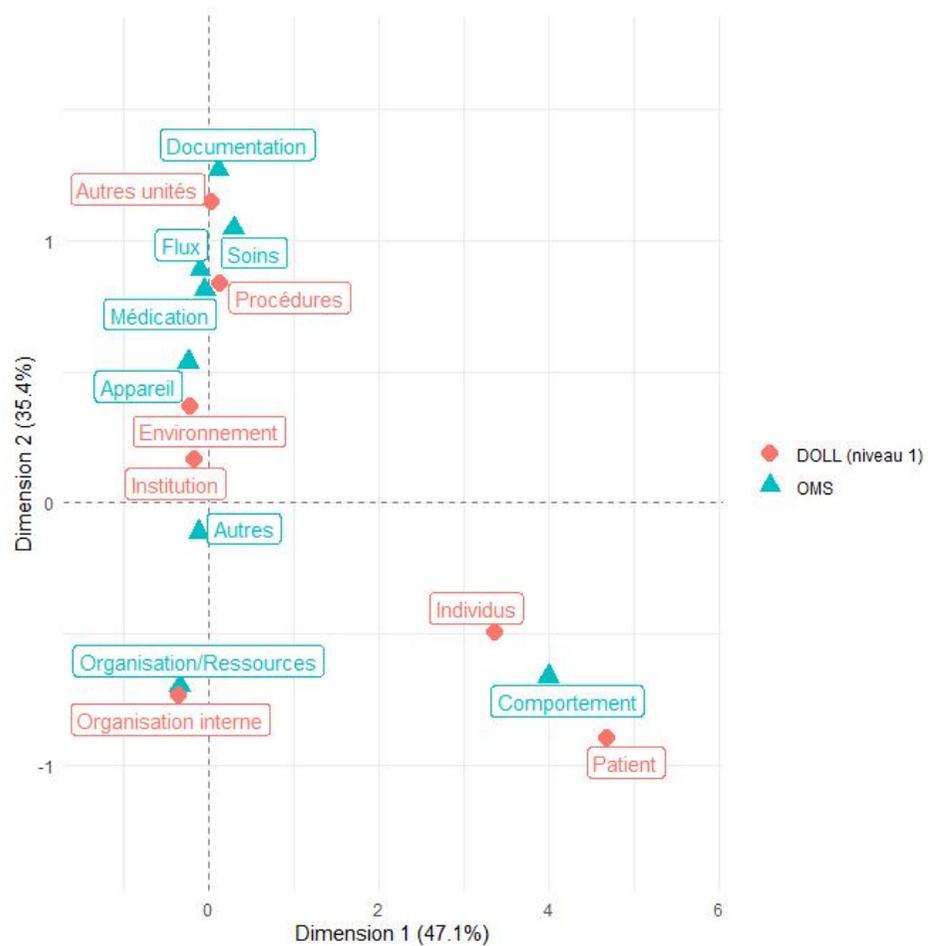
	Comportement	Documentation	Flux	Médication	Organisation/ Ressources	Soins	Autres
Appareil	0.999	0.999	<b>0.002</b>	0.999	<b>&lt; 0.001</b>	0.999	<b>0.003</b>
Comportement		0.999	0.509	0.999	<b>&lt; 0.001</b>	0.999	0.446
Documentation			0.999	0.999	0.596	0.999	0.999
Flux				0.999	<b>&lt; 0.001</b>	<b>&lt; 0.001</b>	0.999
Médication					0.324	0.999	0.999
Organisation/ Ressources						<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.024</b>
Soins							<b>&lt; 0.001</b>

La table 3.1.4 reprend les résultats des comparaisons deux à deux des proportions de deltas dans les différentes catégories de la classification OMS. On retrouve à nouveau des différences significatives entre la catégorie *Organisation/Ressources* et chacune des autres catégories à l'exception des catégories *Documentation* et *Médication*, avec, à chaque fois, une proportion de deltas moins importante dans la catégorie *Organisation/Ressources*. La catégorie *Appareils*, contenant 100% d'items négatifs, montre des différences significatives avec les catégories *Flux*, *Organisation/Ressources*, et *Autres*. Enfin, la catégorie *Soins* contient également une proportion importante d'items négatifs (97.78%), et significativement plus importante que les catégories *Flux* et *Autres*.

La Table 3.1.5 (Cfr Annexe 4) présente la distribution des contenus des débriefings en fonction de leur type (plus/delta) et des sous-dimensions de la classification DOLL (niveau 2). Les catégories les plus représentées sont la catégorie *RH* (17.25%), *Communication* et *Autres unités* (14.85% chacune) ou encore *Charge de travail* (13.32%). On relève qu'aucun contenu n'a été classé dans la catégorie *Etat physique et psychologie* et un contenu seulement a été classé dans chacune des catégories *Contrainte* et *Réseau*.

Les Table 3.1.6 et 3.1.7 (Cfr Annexe 5) permettent de comparer directement les dimensions des classifications OMS avec les (sous-)dimensions de la classification DOLL pour les niveaux 1 et 2 respectivement. Les Figures 3.1.1 et 3.1.2 quant à elles, reprennent les résultats des analyses des correspondances entre les classifications OMS et DOLL pour les niveaux 1 et 2 respectivement.

**Figure 3.1.1.** Résultats de l'analyse des correspondances entre les classifications OMS et DOLL (niveau 1) pour les débriefings



**Figure 3.1.2.** Résultats de l'analyse des correspondances entre les classifications OMS et DOLL (niveau 2) pour les débriefings

On constate que la dimension *Comportement* de la classification OMS est globalement associée aux dimensions *Patient* et *Individu* de la classification DOLL et que les deux dimensions *Organisation/Ressources* et *Organisation interne* sont également associées.

En ce qui concerne les sous-dimensions de la classification DOLL, les catégories *Matériel* et *IT* sont assez proches de la catégorie *Appareil* de la classification OMS, alors que, sans surprise les catégories *Patient* et *Comportement* sont associées à la catégorie *Comportement du personnel/patient* de la classification OMS.

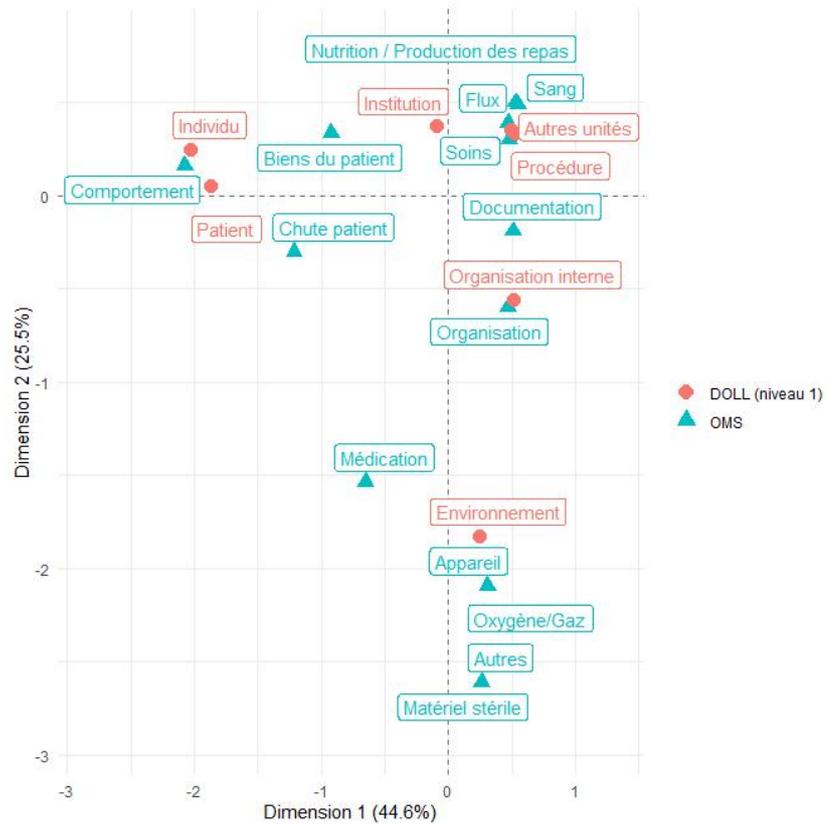
### 3.2 LIENS ENTRE LES DIFFÉRENTES CLASSIFICATIONS POUR LES RAPPORTS D'INCIDENT

Les Table 3.2.1 et 3.2.2 (Cfr annexe 6) comparent les dimensions des classifications OMS avec les sous-dimensions de la classification DOLL pour les niveaux 1 et 2 respectivement et en ce qui concerne les rapports d'incident. Les Figures 3.2.1 et 3.2.2 reprennent les résultats des analyses des correspondances entre les classifications OMS et DOLL respectivement pour les niveaux 1 et 2.

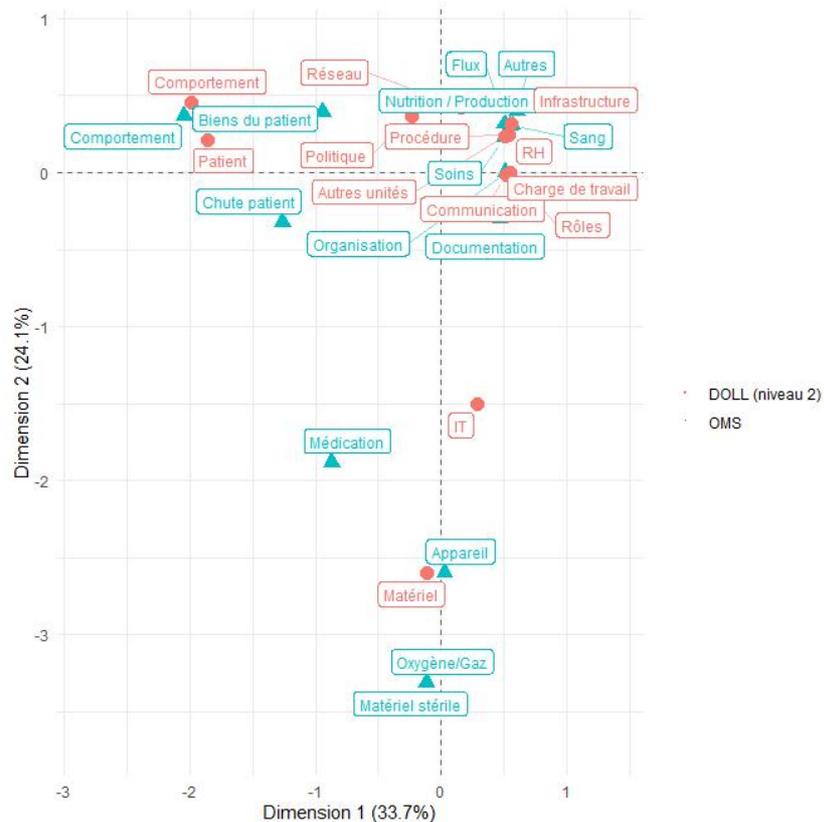
On constate à nouveau que la dimension *Comportement* de la classification OMS est globalement associée aux dimensions *Patient* et *Individu* de la classification DOLL et que les deux dimensions *Organisation/Ressources* et *Organisation interne* sont également associées. Par ailleurs, les catégories *Flux* et *Soins* de la classification OMS sont associées aux dimensions *Procédures* et *Autres unités* de la classification DOLL.

En ce qui concerne les sous-dimensions de la classification DOLL, on retrouve à nouveau des similitudes entre la catégorie *Matériel* et la catégorie *Appareil* de la classification OMS, alors que la catégorie *IT* lui est moins associée que pour les débriefings. Comme précédemment, les catégories *Patient* et *Comportement* sont associées à la catégorie *Comportement du personnel/patient* de la classification OMS.

**Figure 3.2.1.** Résultats de l'analyse des correspondances entre les classifications OMS et DOLL (niveau 1) pour les rapports d'incident



**Figure 3.2.2.** Résultats de l'analyse des correspondances entre les classifications OMS et DOLL (niveau 2) pour les rapports d'incident



### 3.3 COMPARAISON ENTRE LES DEUX SITES

Les répartitions des types de contenus (plus/delta) et des classifications DOLL (niveau 1) et OMS des débriefings en fonction du site sont présentées dans la Table 3.3.1. Aucune différence significative n'est détectée entre les deux sites. Pour chacun d'entre eux, environ 60% des contenus étaient négatifs et 40% étaient positifs. On retrouve par ailleurs des répartitions similaires à celles discutées précédemment en ce qui concerne les classifications DOLL et OMS.

**Table 3.3.1 – Comparaisons des débriefings entre les deux sites**

Variable	Total (n=458) n (%)	NDB (n=231) n (%)	ST (n=227) n (%)	p-valeur
Plus / Delta				0.469
D	280 (61.14)	145 (62.77)	135 (59.47)	
P	178 (38.86)	86 (37.23)	92 (40.53)	
DOLL (niveau 1)				0.081 <sup>a</sup>
Patient	3 (0.66)	1 (0.43)	2 (0.88)	
Individus	21 (4.59)	10 (4.33)	11 (4.85)	
Organisation interne	199 (43.45)	107 (46.32)	92 (40.53)	
Procédures	44 (9.61)	21 (9.09)	23 (10.13)	
Environnement	117 (25.55)	66 (28.57)	51 (22.47)	
Autres unités	68 (14.85)	23 (9.96)	45 (19.82)	
Institution	6 (1.31)	3 (1.30)	3 (1.32)	
OMS				0.168 <sup>a</sup>
Accident du patient	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Appareil	25 (5.46)	14 (6.06)	11 (4.85)	
Comportement	19 (4.15)	10 (4.33)	9 (3.96)	
Documentation	3 (0.66)	2 (0.87)	1 (0.44)	
Flux	102 (22.27)	50 (21.65)	52 (22.91)	
Infection liée aux soins	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Matériel médical stérile	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Médication	4 (0.87)	1 (0.43)	3 (1.32)	
Nutrition / production des repas	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Oxygène / gaz	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Perte / dégradation des biens du patient	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Organisation/Ressources	199 (43.45)	109 (47.19)	90 (39.65)	
Sang / produits sanguins	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Soins	45 (9.83)	14 (6.06)	31 (13.66)	
Autres	61 (13.32)	31 (13.42)	30 (13.22)	

<sup>a</sup>Test de Fisher

La Table 3.3.2 quant à elle s'intéresse aux DEI et compare les classifications DOLL (niveau 1) et OMS dans les deux sites. La répartition des dimensions de la classification DOLL diffère significativement entre les deux sites. En particulier, on constate une proportion d'incidents

de type *Patient* plus importante sur le site NDB et une proportion d'incidents de type *Procédure* plus importante sur le site du Sart-Tilman.

Table 3.3.2 – Comparaisons des rapports d'incident entre les deux sites

Variable	Total (n=263)	NDB (n=98)	ST (n=165)	p-valeur
DOLL (niveau 1)				0.026 <sup>a</sup>
Patient	36 (13.69)	21 (21.43)	15 (9.09)	
Individu	13 (4.94)	3 (3.06)	10 (6.06)	
Organisation interne	13 (4.94)	3 (3.06)	10 (6.06)	
Procédure	66 (25.10)	17 (17.35)	49 (29.70)	
Environnement	31 (11.79)	15 (15.31)	16 (9.70)	
Autres unités	94 (35.74)	35 (35.71)	59 (35.76)	
Institution	10 (3.80)	4 (4.08)	6 (3.64)	
OMS				0.087 <sup>a</sup>
Chute patient	6 (2.28)	4 (4.08)	2 (1.21)	
Appareil	12 (4.56)	7 (7.14)	5 (3.03)	
Comportement	38 (14.45)	18 (18.37)	20 (12.12)	
Documentation	13 (4.94)	6 (6.12)	7 (4.24)	
Flux	76 (28.90)	20 (20.41)	56 (33.94)	
Infection liée aux soins	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Matériel stérile	1 (0.38)	0 (0.00)	1 (0.61)	
Médication	5 (1.90)	2 (2.04)	3 (1.82)	
Nutrition / Production des repas	1 (0.38)	1 (1.02)	0 (0.00)	
Oxygène/Gaz	3 (1.14)	1 (1.02)	2 (1.21)	
Biens du patient	7 (2.66)	4 (4.08)	3 (1.82)	
Organisation	22 (8.37)	4 (4.08)	18 (10.91)	
Sang	6 (2.28)	2 (2.04)	4 (2.42)	
Soins	72 (27.38)	29 (29.59)	43 (26.06)	
Autres	1 (0.38)	0 (0.00)	1 (0.61)	

<sup>a</sup>Test de Fisher

## 4. DISCUSSION

En utilisant le cadre DOLL pour l'analyse des débriefings et DEI et en le comparant aux résultats obtenus avec le cadre de qualité de l'OMS, notre étude vise à déterminer les similitudes et les différences de contenu, ainsi qu'à proposer des adaptations en fonction des résultats obtenus. En effet, il semble que l'utilisation de lignes directrices pour la mise en œuvre des débriefings (33) permettent d'impliquer les directions dans le processus et ainsi faire en sorte que le débriefing puisse devenir un outil efficace de guidance pour la mise en place d'actions correctives (34) .

Cette étude adoptant une approche mixte avait plusieurs objectifs. En premier lieu, il s'agissait d'analyser le contenu des débriefings et des DEI en identifiant les PLUS et les DELTAS

et en les classant selon l'échelle DOLL et l'échelle OMS. En second lieu, il s'agissait de dégager les différences de framework et de proposer des adaptations en fonction. Cette partie aura donc pour but de discuter des résultats obtenus et de les confronter à la littérature.

### Framework :

Dans notre étude , on remarque une sous-utilisation de certains items en fonction du cadre d'analyse utilisé. En effet, au niveau de la répartition des 458 éléments de débriefings analysés avec l'échelle DOLL, seuls trois concernent la dimension « patient ». Ce résultat se retrouve également dans l'étude DOLL (29). Il est probable que la cause soit liée au fait que très peu d'items mentionnés lors des débriefings étaient exclusivement liés au patient. On note également qu'aucun contenu des débriefings n'a été classé dans 7 des 15 catégories de l'échelle qualité de l'OMS : *Accident du patient, Infection liée aux soins, Matériel médical stérile, Nutrition / Production des repas, Oxygène / gaz, Perte / Dégradation des biens du patients et Sang / Produits sanguins*). Lorsque l'on s'intéresse au niveau 2 du DOLL, on constate que pour nos 458 débriefings, aucun contenu n'a été classé dans la catégorie « *état physique et psychologie* » et seulement un contenu a été repris dans les catégories « *contraintes et réseau* ». Pour l'analyse des DEI, on remarque qu'un certains nombres d'items sont sous-utilisés dans l'analyse avec l'échelle OMS alors que la répartition des items avec l'échelle DOLL semblent plus homogène. Toutes ces dimensions sont axées soins au patient et s'intéressent moins à l'organisation en elle-même, ce qui pourrait expliquer leur sous utilisations dans le cadre des débriefings.

Pour les débriefings, si on compare les correspondances entre la classification OMS et les (sous)-dimensions de la classification DOLL level 1 et 2, il faut retenir que :

- La dimension « *comportement* » de la classification OMS est associée aux dimensions « *patient et individu* » de la classification DOLL. Les dimensions « *organisation/ressources* » et « *organisation interne* » sont aussi associées.
- Pour les (sous)-dimensions de la classification DOLL les catégories « *matériel et IT* » sont proches de catégorie « *appareil* » de la classification OMS
- Les catégories « *patient* » et « *comportement* » sont associés à la catégorie « *comportement du personnel/ patient* » de la classification OMS

On retrouve les mêmes correspondances pour les DEI. La présence de correspondance entre ces dimensions et sous dimensions des deux cadres tend à suggérer qu'un nouveau cadre adaptable à la fois au DEI et au débriefing devrait conserver ces catégories. Par exemple, la catégorie « *Organisation/Ressources* » et la catégorie « *Organisation interne* », pourraient être regroupées sous un nom commun. Il faudrait cependant tenir compte de certaines spécificités liées au cadre. Pour l'item « *organisation* » par exemple, l'échelle OMS considère l'*organisation* dans un cadre général comprenant les autres unités alors que le DOLL considère l'*organisation interne* à l'unité (29). Si l'on propose un nouveau cadre DOLL 2.0 qui pourrait être utilisé à la fois pour l'analyse des débriefings et des DEI, il faudra s'interroger sur la pertinence d'utiliser les dimensions sous représentées dans le cadre, ou de l'intérêt de les regrouper sous un item commun. L'essence même des débriefings axés sur le système et son organisation influence probablement la faible représentation des items liés directement au patient. En effet alors que l'échelle DOLL a un but beaucoup plus managérial (29), l'échelle OMS a pour but d'assurer la sécurité du point de vue du patient (10). Les conclusions que nous tirons ici dépendent directement de la manière dont nous avons choisi d'analyser nos résultats. Il faut noter que nos débriefings et nos DEI ont été classés dans les différentes catégories des cadres en fonction du plus/delta soulevé et non sur l'analyse de la cause racine responsable du problème. Nous avons choisi de retranscrire ce qui était transmis et non l'analyse qu'on aurait pu en faire. Ce choix a probablement impacté directement nos résultats. Dès lors, que ce soit pour les DEI ou pour les débriefings, il pourrait être intéressant d'avoir une classification temporelle, une première thématisation au temps de la déclaration et une seconde après analyse, puis de comparer les variations obtenues.

Dans une ère de promotion du safety II, on voit progressivement émerger des programmes de débriefings cliniques. Certaines études proposent des lignes directrices pour leur mise en œuvre (33), décrivent la manière de fixer des limites en termes d'objectifs (35) ou encore décrivent comment impliquer les dirigeants dans le processus (34). Les débriefings cliniques de routine et l'analyse de leur contenu par le DOLL (29) semblent être une perspective intéressante pour tenter de comprendre les difficultés rencontrées par les cliniciens dans leur pratique quotidienne. L'utilité du cadre réside dans sa capacité à retranscrire précisément le contenu et ainsi permettre aux dirigeants de penser en termes de

processus et de flux de travail, plutôt qu'en termes de résolution de problèmes. Il permet de rendre les rapports et la traçabilité plus abordables. Les éléments collectés peuvent être utilisés comme outil de gestion et de leadership par les directions. Il permet aussi de réaliser davantage de liens entre les différents débriefings et les DEI et une traçabilité dans les résultats. Dans cette démarche, il serait intéressant de proposer l'intégration d'un système de reporting qui ferait aussi état des éléments qui ont fonctionnés. On pourrait l'intituler « programme de déclaration désirable ».

L'utilisation du framework DOLL pour analyser les débriefings et les DEI sur une période d'un an permet sans doute de tirer des conclusions avec une certaine fiabilité. Cependant, il faudra rester prudent et on pourrait proposer de réaliser l'étude dans une autre institution de soins pour pouvoir tirer des conclusions à plus large échelle.

L'utilisation judicieuse du cadre tient compte à la fois du contexte clinique, historique et culturel du milieu dans lequel il s'applique. A plus large échelle, l'adoption d'un cadre commun pourrait fournir un outil de gestion puissant et permettre d'effectuer des comparaisons significatives malgré l'utilisation d'outils différents pour la collecte d'information. L'outil utilisé à l'avantage, de plus, d'axer sa démarche d'amélioration de la sécurité et de la qualité sur le négatif mais aussi sur les réussites et donc de se positionner dans une démarche de safety II (36). La compréhension des processus quotidiens via, entre autres, les débriefings pourrait permettre d'agir positivement sur la qualité de soins (37). L'opérationnalisation des procédures axées sur les besoins des équipes est un outil utile dans cette démarche.

### Contenu :

Les thèmes qui ressortent le plus dans notre étude des différents débriefings concernent pour la classification DOLL, pour moitié *l'organisation/ ressources* et pour un quart *l'environnement*. Pour la classification OMS, on retrouve les mêmes proportions pour *l'organisation interne* et *flux*. Pour les DEI, les problèmes qui ressortent le plus sont par ordre

d'importance, ceux liés aux autres unités (surtout au flux), aux procédures, au comportement des patients et ceux liés à l'environnement (*appareil* en majorité).

L'analyse du contenu des débriefings et des DEI à l'aide du cadre DOLL révèle des différences dans le nombre de plus et delta et on note des inégalités dans la distribution de ceux-ci entre les dimensions. Concernant la classification plus et delta, nos résultats mettent en évidence l'impact majoritairement négatif de l'environnement de travail sur les cliniciens et leur capacité à prodiguer des soins efficaces et efficients. En effet, par exemple 100% des items repris dans la catégorie *appareil* sont négatifs pour les débriefings. Nos résultats soulignent donc l'importance de services d'accompagnement efficaces, d'une maintenance mécanique disponible rapidement et de l'accessibilité à un support informatique. Les services de soutien tels que la maintenance ont le pouvoir d'améliorer considérablement les soins aux patients s'ils sont disponibles immédiatement puisqu'ils sont complémentaires à un environnement interdisciplinaire. C'est un concept relativement nouveau puisque peu d'études soulignent l'importance de ces thèmes. Certaines, même si elles sont peu nombreuses, soulignent l'intérêt d'un système informatique proactif avec une stratégie précise (38) et l'urgence d'accentuer les efforts sur l'interopérabilité et les interfaces utilisateur intuitives (39). Nous avons trouvé étonnant que la catégorie *charge de travail* du DOLL niveau 2 pour les DEI et les débriefings n'apparaisse pas comme statistiquement significative. En effet elle est sous représentée dans les DEI et présente une majorité de PLUS pour les débriefings. Or, la littérature a tendance à mettre en avant la surcharge de travail comme élément impactant directement la qualité des soins et ici, tant pour les débriefings que pour les DEI, cet élément est non relevant (40).

La catégorie *organisation* quant à elle contient significativement moins de delta que les autres catégories. Les comportements inter équipes y sont d'ailleurs majoritairement valorisés.

On pourrait imaginer que la mise en place des débriefings depuis la crise du COVID-19, a offert un soutien aux cliniciens. Certaines études montrent que les débriefings ont permis d'améliorer les relations des membres de l'équipe, puisqu'en partageant l'expérience d'un évènement, ils ont l'impression d'avoir vécu des émotions similaires ce qui a tendance à les

rapprocher (41). Dans une étude de Stuart et al., le débriefing aux urgences a aidé les travailleurs de la santé à gérer leur niveau de stress, à améliorer les soins aux patients et le travail d'équipe, tout en reconnaissant les émotions en présence (41). Dans le contexte actuel, il est important de maintenir un bon niveau de satisfaction au travail du personnel afin de le maintenir en place. Il est évident, que gérer et coordonner en parallèle une série d'objectifs et d'ambitions à long terme reste un défi pour les gestionnaires en santé. Ils doivent à la fois, maintenir la qualité, gérer les coûts, retenir et soutenir le personnel, respecter les exigences réglementaires et prendre en compte les enjeux sociétaux. Les conflits qui existent entre ces différents objectifs ont un énorme impact sur la mise en œuvre d'améliorations en termes de qualité et sécurité et il faut donc en tenir compte (42). La réflexivité de l'équipe obtenue grâce au débriefing ne fait pas seulement progresser l'apprentissage collaboratif, mais contribue au bien-être et à la résilience du personnel en diminuant l'épuisement professionnel (22). A l'instar de Schmulz and Eppich (2017) qui décrivent le concept de « réflexivité d'équipe » au sein des équipes soignantes et qui considèrent les équipes soignantes comme des groupes d'experts bien formés, nous constatons que la réflexivité de l'équipe décrit *la capacité collective de l'équipe à réfléchir sur des objectifs, des processus et des résultats partagés de leurs expériences et à s'adapter en conséquence*. Pour nuancer, nous indiquerons tout de même que la présence du débriefeur pourrait avoir tendance à influencer positivement la présence de PLUS au sein des débriefings et donc constituer un biais. De manière générale, les équipes ont parfois du mal à dégager naturellement les PLUS lors du débriefing, il est parfois difficile d'identifier ce que l'on fait bien. Il pourrait donc avoir y avoir une tendance des équipes à dégager des généralités en lien avec l'organisation pour éviter de se pencher sur les PLUS. Nous avons constaté que lors des débriefings, le travail d'équipe était couramment discuté sous l'item *organisation interne* pour la classification DOLL et les preuves suggèrent que le travail d'équipe est essentiel pour réduire les erreurs de soins de santé (43). Il serait intéressant à l'avenir d'étudier ce biais lié au débriefeur. On pourrait chercher à déterminer le profil des équipes qui arrivent à dégager spontanément leurs succès.

Parmi les 458 débriefings de la période de référence, 280 (61.14%) étaient négatifs. Ces résultats sont encourageants. En effet, la littérature indique que les personnes tendent à se focaliser davantage sur le négatif (DELTA) que sur le positif (PLUS) (29). Dans notre étude, on

remarque une propension des intervenants à inclure des éléments positifs à la discussion de fin de pause. Même si la littérature avance le contraire, l'équipe a réussi à mettre en avant des succès. On peut imaginer qu'une ambiance positive de travail au sein de l'équipe a pu amener un sentiment général plus positif que l'on retrouve dans la proportion de plus et delta (44). On peut aussi suggérer que l'implémentation des débriefings sur une longue période a permis une meilleure entraide au sein de l'équipe et une meilleure répartition de la charge au sein de l'équipe (45), ou encore que le débriefeur lui-même influence les résultats en tentant de dégager des éléments PLUS lors des débriefings en tentant de s'inscrire dans une démarche Safety II.

Il nous semble aussi important de relever que dans notre étude, tant au niveau des débriefings que des DEI, les deltas liés à la médication sont très peu représentés. Or dans la littérature, les événements indésirables liés aux médicaments sont les plus fréquents, 39 % dans l'étude de Bates et al. par exemple, 15% pour De Vries et ses collègues, viennent ensuite les événements associés à une chirurgie et les infections liées aux soins (9). Bates indique pourtant que les DEI médicamenteuses sont les plus susceptibles d'être évités. D'où l'intérêt majoré d'agir préventivement. Dans cette même étude, des DEI ont été identifiés dans près d'une admission sur quatre, et un quart environ des événements étaient évitables (9). Ces résultats soulignent bien l'importance de la sécurité des patients et la nécessité d'une amélioration continue. Il faut noter que les hôpitaux ne mesurent pas systématiquement la fréquence de ces événements. Ils se produisent donc beaucoup plus souvent que ne le suggèrent les DEI. Une étude a montré une incidence mesurée qui était presque 20 fois plus élevée que l'incidence identifiée par la déclaration volontaire (9). Nous supposons donc que nous assistons ici au même phénomène et que cette distanciation entre la littérature et ce que nous observons est due au fait que les DEI ne sont pas ancrés dans une procédure routinière et restent sous utilisés. En ce qui concerne les différences observées pour les débriefings en matière de contenu, nous pensons qu'elles sont liées à l'essence des débriefings axés sur l'organisation des soins, plus que sur le soin en lui-même. Notre capacité à mesurer de nombreux types d'événements indésirables de manière fiable, efficace et continue reste insuffisante.

Lorsqu'on s'intéresse à la répartition des Deltas et des Plus selon l'échelle DOLL pour les débriefings, on se rend compte que l'item *Procédure* ne comporte qu'un seul Plus, pour un grand nombre de Delta. Nous constatons donc que les débriefeurs soulèvent régulièrement des problèmes liés aux manques de procédures ou de mise en application de celles-ci. La mise en application des procédures n'est pas toujours aisée. En effet, la charge de travail importante et le turn-over constant pourraient avoir un effet délétère sur la mise en application de celles-ci. De Plus, la mise en application de procédures parfois complexes est parfois difficile à transmettre sur le terrain. En effet, la présence de procédures ou de protocoles ne garantit pas leur bonne utilisation (46). Une utilisation inadéquate des procédures conduit logiquement à un risque accru pour le patient et le clinicien.

On remarque également que la catégorie *institution* est elle aussi très peu représentée dans les débriefings et ne comporte aucun élément « Plus ». *L'institution* est aussi assez peu représentée dans les DEI. On note en effet une tendance à omettre l'importance du réseau de soins dans la prise en charge du patient et à laisser de côté l'extra hospitalier dans une démarche de qualité. Or cette dimension vit actuellement un développement important. Les soins sont de plus en plus souvent dispensés au domicile ou dans des établissements médico-sociaux, les patients sont de plus en plus responsables de leurs soins. Cela signifie que nous devons aussi porter notre attention sur les problèmes de sécurité qui se posent à l'extérieur, à la maison et dans les établissements de soins primaires.

Enfin, aucune différence significative n'est détectée entre les deux sites en ce qui concerne les types de contenus et les classifications DOLL et OMS pour les débriefings. Cet élément plaide en faveur d'une généralisation possible de nos résultats puisque au sein de deux entités, les résultats restent constants. A l'inverse pour les DEI, il existe une différence significative entre ces éléments. En particulier, on constate une proportion de DEI de type *Patient* plus importante sur le site NDB et une proportion de DEI de type *Procédure* plus importante sur le site du Sart-Tilman. L'hôpital satellite se trouve dans une zone où la patientèle est d'avantage défavorisée, ce qui pourrait expliquer en partie cette différence. En ce qui concerne les DEI on peut donc supposer que l'échelle DOLL serait plus précise et

sensible que l'échelle OMS puisqu'elle a permis d'identifier un élément qui n'avait pas été mis en avant par l'échelle OMS.

Nous pensons que l'utilisation quotidienne du débriefing associée aux DEI pourrait améliorer la gestion de la qualité et de la sécurité du patient en permettant de développer une roue de rétro action plus rapide et plus efficace. Actuellement sous deux axes différents (patient-management), un cadre commun pour leur analyse pourrait permettre d'uniformiser leur prise en charge et atteindre plus rapidement l'objectif commun : la qualité et la sécurité du patient. Epstein et al. soulignent que « le pouvoir de l'auto-évaluation réside dans l'intégration des données externes et internes de haute qualité » pour évaluer la performance. En effet, un certain nombre de débriefings reposent en grande partie sur des données internes, une auto perception de leur état émotionnel et de leur performance. Ils sont donc biaisés. L'ajout de source de données externes (données objectives, listes de contrôle de performances...) dans les conversations de débriefings pourrait permettre de contrer les préjugés et diminuer les biais (31).

Sur base de ces résultats, il serait utile de réitérer cette étude dans d'autres contextes (géographique et temporel). Cela permettrait de déterminer si les résultats restent constants. Le processus nécessite cependant une certaine stabilité et devrait donc être en place depuis un certain temps. Si l'on souhaitait à l'avenir développer de tels programmes à plus large échelle, nous pensons qu'il serait utile de former au débriefing un plus grand nombre d'intervenants. Notre approche de création d'un framework commun à l'analyse des débriefings et des rapports d'incidents constitue un facilitant dans cette démarche. Il pourrait permettre d'observer des résultats concluants pouvant être extraits dans une stratégie globale de qualité.

## 5. LIMITATIONS

Afin de limiter les biais d'interprétation dont notre étude pourrait souffrir, la classification et l'analyse des données ont été réalisées par deux chercheurs de façon indépendante, puis réconciliée à 100% d'accord pour validation.

L'étude a été réalisée dans deux services d'urgences du CHU de Liège, elle concerne donc un nombre important de débriefings et de rapports d'incidents. Cependant elle se concentre sur un site géographique relativement restreint. Afin de tirer des conclusions à plus large échelle, il serait utile d'envisager la comparaison au sein de l'entière d'une institution de soins ou de plusieurs services d'urgences de plusieurs hôpitaux.

## 6. CONCLUSION

Le but de notre étude était donc de comparer les éléments extraits des débriefings et des rapports d'incidents sur base de deux échelles (DOLL et OMS ) et au terme de l'analyse de proposer un framework commun pour l'analyse des débriefings et des DEI. Comme la littérature le décrit, l'intérêt du débriefing clinique routinier n'est plus à prouver. Ses modalités de mise en place restent malgré tout compliquées dans les unités de soins. Nous avons constaté que son implémentation fait partie d'un processus global qui doit être réfléchi en amont.

L'association du débriefing et des DEI peut selon nous améliorer la gestion de la qualité et de la sécurité du patient en potentialisant l'efficacité de la roue de rétro-action. Un cadre d'analyse commun permettrait d'uniformiser leur prise en charge et atteindre plus rapidement l'objectif commun.

Lorsqu'on tient compte des enseignements extraits des débriefings et des rapports d'incidents, on constate une amélioration de la qualité et un attrait du personnel vers un processus d'amélioration continue.

Dans cette démarche, le cadre DOLL est une aide à l'analyse du contenu des débriefings cliniques réalisés après le quart de travail. Nous avons quant à nous cherché à le rendre le plus efficient possible et à limiter les éléments inutiles du modèle pour en améliorer la qualité. L'analyse des débriefings couplés à la gestion des incidents via notre framework commun

permettrait de tirer pleinement parti du potentiel des débriefings couplés au DOLL. L'objectif est donc de maintenir une démarche d'amélioration de la qualité des soins aux patients et de fournir aux cliniciens le soutien de leurs collègues et de leur direction.

## 7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. 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>
2. Kohn, L. M., Corrigan, J. M. , & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human*. In *National Academics Press eBooks* . <https://doi.org/10.17226/9728>
3. HAS. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Briefing et debriefing ; 3 août 2016 [cité le 20 avril 2023]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2657908](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2657908)
4. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):768-70.
5. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. juin 2008;17(3):216-23.
6. Brady A-M, Redmond R, Curtis E, Fleming S, Keenan P, Malone A-M, et al. Adverse events in health care: a literature review. *J Nurs Manag*. mars 2009;17(2):155-64.
7. Naessens JM, Campbell CR, Shah N, Berg B, Lefante JJ, Williams AR, et al. Effect of Illness Severity and Comorbidity on Patient Safety and Adverse Events. *Am J Med Qual*. 1 janv 2012;27(1):48-57.
8. Bourdeaut F. Patients et soignants à l'épreuve de l'erreur médicale. *Laennec*. 24 juill 2012;Tome 60(3):24-38.
9. Bates DW, Levine DM, Salmasian H, Syrowatka A, Shahian DM, Lipsitz S, Zebrowski JP, Myers LC, Logan MS, Roy CG, Iannaccone C, Frits ML, Volk LA, Dulgarian S, Amato MG, Edrees HH, Sato L, Folcarelli P, Einbinder JS, Reynolds ME, Mort E. The Safety of Inpatient Health Care. *New Engl J Med* [En ligne]. 12 jan 2023 [cité le 19 mai 2023];388(2):142-53. Disponible : <https://doi.org/10.1056/nejmsa2206117>
10. Organisation Mondiale de la Santé. Sécurité des patients [Internet]. 2019 [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/patient-safety>

11. Eltaybani S, Abdelwareth M, Abou-Zeid NA, Ahmed N. Recommendations to prevent nursing errors: Content analysis of semi-structured interviews with intensive care unit nurses in a developing country. *J Nurs Manag.* 2020;28(3):690-8.
12. Bentley SK, McNamara S, Meguerdichian M, Walker K, Patterson M, Bajaj K. Debrief it all: a tool for inclusion of Safety-II. *Adv Simul.* (2021) 6:9. doi: 10.1186/s41077-021-00163-3
13. Gestion des risques en équipe. (2017, June). Has-santé. Retrieved July 4, 2017, from [https://www.has-sante.fr/~:text=L'approche%20a%20priori%20\(ou,prise%20en%20charge%20des%20patients.](https://www.has-sante.fr/~:text=L'approche%20a%20priori%20(ou,prise%20en%20charge%20des%20patients.)
14. 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>
15. Vincent C. Sélection de la rédaction | Risques & ; qualité [En ligne]. Développer une analyse systémique des incidents cliniques : une fenêtre sur le système de santé | Risques & ; qualité ; [cité le 19 mai 2023].  
Disponible : <https://www.risqual.net/publication-scientifique/developper-une-analyse-systemique-des-incident-cliniques-une-fenetre-sur-le-systeme-de-sante#title9>
16. Aljabari S, Kadhim Z. Common Barriers to Reporting Medical Errors. *Sci World J.* 10 juin 2021;2021:6494889.
17. Vanderhaegen, F. (2015). Erik Hollnagel: Safety-I and Safety-II, the past and future of safety management. *Cognition, Technology & Work*, 17(3), 461–464.  
<https://doi.org/10.1007/s10111-015-0345->
18. Fanning RM, Gaba DM, The role of debriefing in simulation based learning. *Simul Healthc.* 2007;2: 115-25.
19. Tavares W, Eppich W, Cheng A, Miller S, Teunissen PW, Watling CJ, Sargeant J. Learning Conversations: An Analysis of the Theoretical Roots and Their Manifestations of Feedback and Debriefing in Medical Education, *Acad Med* 2020; 95(7):1020-5.

20. Haute Autorité de Santé - Professionnels [En ligne]. 4 juil 2017 [cité le 19 mai 2023].  
Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche\\_dpc\\_gdr\\_equipe\\_2014-06-24\\_11-13-56\\_822.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_gdr_equipe_2014-06-24_11-13-56_822.pdf)
21. Toews AJ, Martin DE, Chernomas WM. Clinical debriefing: A concept analysis. *J Clin Nurs.* juin 2021;30(11-12):1491-501.
22. Diaz-Navarro, C., Leon-Castelao, E., Hadfield, A., Pierce, S., & Szyld, D. (2021). Clinical debriefing : TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends in Anaesthesia and Critical Care.* <https://doi.org/10.1016/j.tacc.2021.07.004>
23. 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.
24. Tannenbaum SI, Traylor AM, Thomas EJ, Salas E. Managing teamwork in the face of pandemic: Evidence-based tips. *BMJ Quality and Safety.* (2021). 30:59–63. doi: 10.1136/bmjqs-2020-011447
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Paquay M, Dubois N, Diep AN, Grass 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>
30. Brazil V, Symon B, Twigg S. Clinical debriefing in the emergency department. *Emerg*

Med Australas. 2021;33(5):778-9.

31. Cheng A, Eppich W, Epps C, Kolbe M, Meguerdichian M, Grant V. Embracing informed learner self-assessment during debriefing: the art of plus-delta. *Adv Simul (Lond)*. 2021 Jun 5;6(1):22. doi: 10.1186/s41077-021-00173-1. PMID: 34090514; PMCID: PMC8180042.
32. 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.
33. Szyld D, Arriaga AF. Implementing clinical debriefing programmes. *Emerg Med J*. août 2021; 38(8): 585-6.
34. Ben Mustapha S, Cucchiaro S, Goreux J, Delgaudine M, Boga D, Donneau A, Diep AN, Coucke P. Comparison between the WHO-CFICPS and the PRISMA classification of safety-related events in a radiation oncology department. *J Med Imaging Radiat Oncol* [En ligne]. 3 mai 2023 [cité le 19 mai 2023]. Disponible : <https://doi.org/10.1111/1754-9485.13536>
35. Kolbe M, Schmutz S, Seelandt JC, Eppich WJ, Schmutz JB. Team debriefings in healthcare: Aligning intention and impact. *BMJ*. (2021) 374. doi: 10.1136/bmj.n2042
36. Woodward S. Moving Toward a Safety II approach. *J Patient Saf Risk Manag*. (2019) 24:96-9. doi:10.1177/2516043519855264
37. 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*. (2021) 6:1– 15. doi: 10.1186/s41077-021-00161-5
38. He Q, Xiao H, Ming LH, Bei ZB, Wei LC, Fjian Y, et al. Practice in information technology support for fangcang shelter hospital during COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *J Med Syst*. (2021) 45. doi: 10.1007/s10916-021-01721-y
39. Topaz M, Peltonen LM, Mitchell J, Alhuwail D, Barakati SS, Lewis A, et al. How to improve information technology to support healthcare to address the COVID-19 pandemic: an international survey with health informatics experts. *Yearb Med Inform*. (2021). doi: 10.1055/s-0041-1726491

40. Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, Del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthcare (Basel)*. 2020 Jan 3;8(1):12. doi: 10.3390/healthcare8010012.
41. Rose, S.C., Ashari, N.A., Davies, J.M. *et al.* Interprofessional clinical event debriefing- does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *Can J Emerg Med* **24**, 695–701 (2022).  
<https://doi.org/10.1007/s43678-022-00361-6>
42. Amalberti R, Staines A, Vincent C. Embracing multiple aims in healthcare improvement and innovation. *Int J Qual Health Care*. 2022 Mar 4;34(1):mzac006. doi: 10.1093/intqhc/mzac006. PMID: 35245362
43. Coggins A, Santos AD, Zaklama R, Murphy M. Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department : an observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emerg Med* [En ligne]. 7 oct 2020 [cité le 25 mai 2023];20(1).  
Disponible : <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>
44. Vashdi DR, Bamperger PA, Erez M. Can Surgical Teams Ever Learn? The Role of Coordination, Complexity, and Tansitivity en Action Team Learning. *Acad Manage J*. août 2013;56(4):945-71.
45. 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.
46. Pokrajac N, Schertzer K, Poffenberger C, Alvarez A, Marin-Nevarez P, Winstead-Derlega C, Gisondi M. Mastery Learning Ensures Correct Personal Protective Equipment Use in Simulated Clinical Encounters of COVID-19. *West J Emerg Med* [En ligne]. 21 juil 2020 [cité le 25 mai 2023];21(5).  
Disponible : <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.6.48132>

## 8. ANNEXES

### Annexe 1 : Dimensions et sous-dimensions détaillées du DOLL

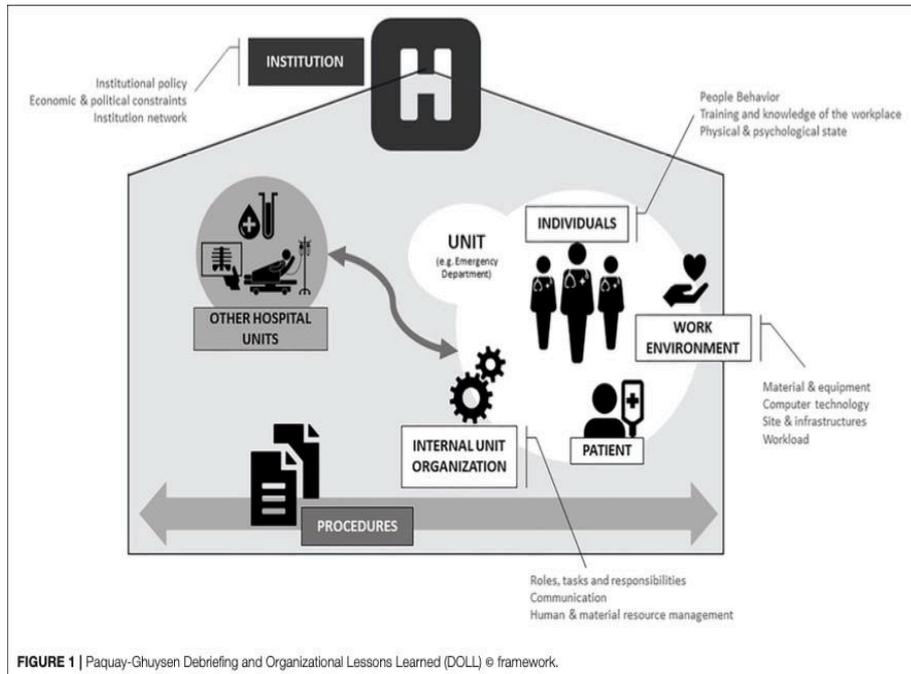


FIGURE 1 | Paquay-Ghuysen Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL) © framework.

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
	Institution network	Considers the link to other organizations, programs and levels of government

## Annexe 2 : 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](mailto: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) :**

Bertrand Audrey ([abertrand@chuliege.be](mailto:abertrand@chuliege.be))

#### **2. Finalité spécialisée : Gestion des institutions de soins**

#### **3. Année académique : 2022-2023**

#### **4. Titre du mémoire :**

« Débriefings cliniques routiniers et déclaration des événements indésirables au CHU de Liège »

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

Méryl PAQUAY, PhD student au Département de Santé Publique de l'ULiège. Gestionnaire Qualité et Sécurité des Soins, Services des Urgences CHU de Liège.  
[meryl.paquay@chuliege.be](mailto:meryl.paquay@chuliege.be) Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Manon PAQUAY, Conseillère Sécurité et Gestion des Risques, Service Sécurité et Gestion des Risques, CHU de Liège. [manon.paquay@chuliege.be](mailto:manon.paquay@chuliege.be)

#### **6. Résumé de l'étude**

##### **a. Objectifs**

L'objectif de cette présente étude est d'identifier et analyser les similitudes et divergences du contenu des déclarations d'événements indésirables et des débriefings fin de pause.

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

Le débriefing clinique routinier a été implémenté au sein des services d'urgence du CHU de Liège depuis 2020. Ces débriefings de fin de pause rassemble l'équipe médico-infirmière et identifie les difficultés rencontrées (Delta) et les succès de la journée (Plus). Ces débriefings permettent de remonter des informations liées à une multitude processus : opérationnel, organisationnel, managériaux, procéduraux, etc. Ces éléments remontés participent à l'amélioration continue du service mais également à la sécurité du patient. En parallèle, le

système de déclaration d'évènements indésirables permet de recenser et analyser les incidents et presque incidents amenant une insécurité pour le patient. A l'heure actuelle, aucune idée ne s'est penchée sur l'analyse et comparaison des contenus de débriefings et de déclarations d'évènements indésirables. L'objectif de cette étude est donc d'analyser le contenu anonymisé recueilli lors des différents débriefings cliniques qui ont eu lieu dans les services d'urgence du CHU de Liège dans le courant de l'année 2021 et 2022 et les déclarations d'évènements indésirables anonymisées. Pour l'analyse de ce contenu deux grilles validées scientifiquement seront utilisées puis comparées : 1) La grille de classification des évènements indésirables de l'OMS ; 2) La grille Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL). Le contenu extrait des deux processus, débriefings et déclarations, sera codé sur base de ces deux grilles. Des analyses statistiques de type descriptives et de type Chi Carré seront réalisées afin de savoir s'il existe des différences significatives entre ces dimensions. 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'Ethique 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 apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

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

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'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Éthique 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 : 7 / 12 / 2022 Nom et signature du promoteur : \_\_\_\_\_

Méryl Paquay



Annexe 3 : Avis favorable du comité d'éthique hospitalo-facultaire du CHU de Liège

**Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)**



Sart Tilman, le 7 février 2023

Monsieur le Prof. A. GHUYSEN  
Madame Audrey BERTRAND  
Service de URGENCES  
CHU B35

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Notre réf: 2023/29

"Débriefings cliniques routiniers et déclaration des événements indésirables au CHU de Liège."  
Protocole : VI

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. V. SEUTIN  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

---

C.H.U. de LIEGE - Site du Sart Tilman - Avenue de l'Hôpital, 1 - 4000 LIEGE  
Président : Professeur V. SEUTIN  
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY  
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58 - Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Annexe 4 :

**Table 3.1.5- Répartition des contenus des débriefings en fonction de leur type (plus/delta) et des sous-dimensions de la classification DOLL (niveau 2)**

DOLL (niveau 2)	Plus / Delta		
	D n (%)	P n (%)	Total n (%)
Patient	3 (100.00)	0 (0.00)	3 (0.66)
Comportement	14 (87.50)	2 (12.50)	16 (3.49)
Connaissances	5 (100.00)	0 (0.00)	5 (1.09)
Etat physique et psychologique	0	0	0 (0.00)
Rôles	25 (48.08)	27 (51.92)	52 (11.35)
Communication	25 (36.76)	43 (63.24)	68 (14.85)
RH	21 (26.58)	58 (73.42)	79 (17.25)
Procédure	43 (97.73)	1 (2.27)	44 (9.61)
Matériel	23 (95.83)	1 (4.17)	24 (5.24)
IT	8 (100.00)	0 (0.00)	8 (1.75)
Infrastructure	22 (91.67)	2 (8.33)	24 (5.24)
Charge de travail	29 (47.54)	32 (52.46)	61 (13.32)
Autres unités	56 (82.35)	12 (17.65)	68 (14.85)
Politique	4 (100.00)	0 (0.00)	4 (0.87)
Contrainte	1 (100.00)	0 (0.00)	1 (0.22)
Réseau	1 (100.00)	0 (0.00)	1 (0.22)
Total	280 (61.14)	178 (38.86)	458

Annexe 5 :

Table 3.1.6 – Répartition des contenus des débriefings en fonction des dimensions de la classification DOLL et de la classification OMS

DOLL (niveau 1)	OMS															Total
	Accident du patient	Appareil	Comportement	Documentation	Flux	Infection liée aux soins	Matériel médical stérile	Médication	Nutrition / production des repas	Oxygène / gaz	Perte / dégradation des biens du patient	Organisation/Ressources	Sang / produits sanguins	Soins	Autres	
Patient	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.66)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.66)
Individus	0 (0.00)	0 (0.00)	15 (3.28)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	3 (0.66)	2 (0.44)	21 (4.59)
Organisation interne	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	6 (1.31)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	162 (35.37)	0 (0.00)	3 (0.66)	28 (6.11)	199 (43.45)
Procédures	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	2 (0.44)	13 (2.84)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.44)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (0.87)	0 (0.00)	15 (3.28)	7 (1.53)	44 (9.61)
Environnement	0 (0.00)	24 (5.24)	0 (0.00)	0 (0.00)	42 (9.17)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.44)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	29 (6.33)	0 (0.00)	2 (0.44)	18 (3.93)	117 (25.55)
Autres unités	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	1 (0.22)	39 (8.52)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.44)	0 (0.00)	22 (4.80)	3 (0.66)	68 (14.85)
Institution	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.44)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.66)	6 (1.31)
Total	0 (0.00)	25 (5.46)	19 (4.15)	3 (0.66)	102 (22.27)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (0.87)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	199 (43.45)	0 (0.00)	45 (9.83)	61 (13.32)	458

Table 3.1.7 – Répartition des contenus des débriefings en fonction des sous-dimensions de la classification DOLL et de la classification OMS

DOLL (niveau 2)	OMS															
	Accident du patient	Appareil	Comportement	Documentation	Flux	Infection liée aux soins	Matériel médical stérile	Médication	Nutrition / production des repas	Oxygène / gaz	Perte / dégradation des biens du patient	Organisation/Ressources	Sang / produits sanguins	Soins	Autres	Total
Patient	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.66)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.66)
Comportement	0 (0.00)	0 (0.00)	15 (3.28)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	16 (3.49)
Connaissances	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	2 (0.44)	2 (0.44)	5 (1.09)
État physique et psychologique	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Rôles	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.66)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	47 (10.26)	0 (0.00)	1 (0.22)	1 (0.22)	52 (11.35)
Communication	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.44)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	40 (8.73)	0 (0.00)	0 (0.00)	26 (5.68)	68 (14.85)
RH	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (16.38)	0 (0.00)	2 (0.44)	1 (0.22)	79 (17.25)
Procédure	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	2 (0.44)	13 (2.84)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.44)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (0.87)	0 (0.00)	15 (3.28)	7 (1.53)	44 (9.61)
Matériel	0 (0.00)	17 (3.71)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (1.09)	24 (5.24)
IT	0 (0.00)	6 (1.31)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	8 (1.75)
Infrastructure	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	10 (2.18)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	13 (2.84)	24 (5.24)
Charge de travail	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	31 (6.77)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	29 (6.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	61 (13.32)
Autres unités	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	1 (0.22)	39 (8.52)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.44)	0 (0.00)	22 (4.80)	3 (0.66)	68 (14.85)
Politique	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.44)	4 (0.87)
Contrainte	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	1 (0.22)
Réseau	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.22)
<b>Total</b>	<b>0 (0.00)</b>	<b>25 (5.46)</b>	<b>19 (4.15)</b>	<b>3 (0.66)</b>	<b>102 (22.27)</b>	<b>0 (0.00)</b>	<b>0 (0.00)</b>	<b>4 (0.87)</b>	<b>0 (0.00)</b>	<b>0 (0.00)</b>	<b>0 (0.00)</b>	<b>199 (43.45)</b>	<b>0 (0.00)</b>	<b>45 (9.83)</b>	<b>61 (13.32)</b>	<b>458</b>

## Annexe 6 :

Table 3.2.1 - Répartition des rapports d'incident en fonction des dimensions de la classification DOLL et de la classification OMS

DOLL (niveau 1)	OMS															Total
	Chute patient	Appareil	Comportement	Documentation	Flux	Infection liée aux soins	Matériel stérile	Médication	Nutrition / Production des repas	Oxygène/Gaz	Biens du patient	Organisation	Sang	Soins	Autres	
Patient	4 (1.52)	0 (0.00)	26 (9.89)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (1.14)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	36 (13.69)
Individu	0 (0.00)	0 (0.00)	12 (4.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	13 (4.94)
Organisation interne	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	9 (3.42)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	13 (4.94)
Procédure	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (3.04)	29 (11.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.52)	3 (1.14)	22 (8.37)	0 (0.00)	66 (25.10)
Environnement	1 (0.38)	10 (3.80)	0 (0.00)	2 (0.76)	2 (0.76)	0 (0.00)	1 (0.38)	3 (1.14)	0 (0.00)	3 (1.14)	0 (0.00)	4 (1.52)	0 (0.00)	4 (1.52)	1 (0.38)	31 (11.79)
Autres unités	1 (0.38)	2 (0.76)	0 (0.00)	1 (0.38)	39 (14.83)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.52)	3 (1.14)	43 (16.35)	0 (0.00)	94 (35.74)
Institution	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.52)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.52)	1 (0.38)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	10 (3.80)
Total	6 (2.28)	12 (4.56)	38 (14.45)	13 (4.94)	76 (28.90)	0 (0.00)	1 (0.38)	5 (1.90)	1 (0.38)	3 (1.14)	7 (2.66)	22 (8.37)	6 (2.28)	72 (27.38)	1 (0.38)	263

Table 3.2.2 – Répartition des rapports d'incident en fonction des sous-dimensions de la classification DOLL et de la classification OMS

DOLL (niveau 2)	OMS															Total
	Chute patient	Appareil	Comportement	Documentation	Flux	Infection liée aux soins	Matériel stérile	Médication	Nutrition / Production des repas	Oxygène/Ga z	Biens du patient	Organisation	Sang	Soins	Autres	
Patient	4					0	0	2	0	0	3		0		0	36
Comportement	(1.52)	0 (0.00)	26 (9.89)	0 (0.00)	1 (0.38)	(0.00)	(0.00)	(0.76)	(0.00)	(0.00)	(1.14)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(13.69)
Formation et connaissance de l'environnement Etat physique et psychologique	(0.00)	0 (0.00)	12 (4.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	1 (0.38)	(0.00)	13 (4.94)
Rôles Communication	0					0	0	0	0	0	0		0		0	0 (0.00)
	(0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)
RH	0					0	0	0	0	0	0		0		0	0 (0.00)
	(0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)
Procédure	0					0	0	0	0	0	0		0		0	0 (0.00)
	(0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)
Matériel	0					0	0	0	0	0	0		0		0	0 (0.00)
	(0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)
IT	0					0	0	0	0	0	0		0		0	0 (0.00)
	(0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)
Charge de travail	0					0	0	0	0	0	0		0		0	0 (0.00)
	(0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)
Autres unités	1					0	0	0	1	0	0		3	43	0	94
	(0.38)	2 (0.76)	0 (0.00)	1 (0.38)	(14.83)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.38)	(0.00)	(0.00)	4 (1.52)	(1.14)	(16.35)	(0.00)	(35.74)
Politique Contraintes économiques et politiques	0					0	0	0	0	0	0		0		0	0 (0.00)
	(0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)
Réseau	0					0	0	0	0	0	1		0		0	0 (0.00)
	(0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (1.14)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.38)	0 (0.00)	(0.00)	0 (0.00)	(0.00)	4 (1.52)
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>38</b>	<b>13</b>	<b>76</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>6</b>	<b>72</b>	<b>1</b>	<b>263</b>
	(2.28)	(4.56)	(14.45)	(4.94)	(28.90)	(0.00)	(0.38)	(1.90)	(0.38)	(1.14)	(2.66)	(8.37)	(2.28)	(27.38)	(0.38)	

## Annexe 7 : déclaration d'évènements indésirables selon les critères qualité de l'OMS

Types d'évènements :

- Accident du patient (chute, escarre,...)
- Appareil et équipement médical non stérile (monitoring, pompes, ...)
- Comportement du personnel/ patient
- Documentation
- Gestion d'entrée/ sortie/ transfert du patient (admission, RDV, transport,...)
- Infection liées aux soins
- Matériel médical stérile (cathéter, sonde, implant,...)
- Médication
- Nutrition/ production de repas
- Oxygène/ gaz
- Perte / dégradation de biens du patient
- Ressources/ organisation
- Sang / produits sanguins
- Soins au patient (traitement, examen,...)
- Autres