
**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Implémentation d'une déclaration
d'évènement désirable au sein du service des urgences du CHU de Liège**

Auteur : Tremblez, Sybille

Promoteur(s) : Paquay, Meryl

Faculté : Faculté de Médecine

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

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/20072>

Avertissement à l'attention des usagers :

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

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

Implémentation du reporting positif au service des urgences du
CHU de Liège

Mémoire présenté par **Sybillé TREMBLEZ**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la santé publique

Finalité spécialisée en gestion d'institution de soins

Année académique 2023-2024

Implémentation du reporting positif au service
des urgences du CHU de Liège

Étudiant : Sybille TREMBLEZ

Master en Science de la Santé Publique

Finalité spécialisée en Gestion d'Institution de Soins

Année académique 2023-2024

Promoteur : Méryl PAQUAY

Assistante volontaire, Maître de conférence et Doctorante (ULiège)

Adresse mail : méryl.paguay@chuliege.be

Téléphone : [+32 4 3664508](tel:+3243664508)

Remerciements

Merci aux équipes des services d'urgences du CHU. C'est grâce à leur précieuse aide malgré leur travail difficile et leurs journées chargées que j'ai pu mener à bien mon travail de fin d'étude. J'ai pu découvrir une autre facette du travail en service d'urgence qui m'était jusqu'ici inconnue. Merci à vous de m'avoir accordé de votre temps et merci pour votre accueil dans vos services.

Merci à ma promotrice, Mme Méryl Paquay, pour cette proposition de sujet, sa disponibilité, son temps, ses précieux conseils, ses remarques constructives et ses suggestions sur mon travail.

Merci aux personnes qui ont accepté de m'accorder de leur temps lors d'un entretien. Découvrir d'autres professions et points de vue a été très enrichissant et intéressant.

Merci au Dr Dupont et à Laurence Kremeer pour leur soutien durant cette dernière année de master.

Merci à ma famille et à mes amis d'avoir été aussi soutenant pendant mes études par leurs encouragements et leur aide. Merci plus particulièrement à ma soeur, Anaïs, qui m'a toujours soutenue face à mes nombreux doutes.

Merci à mon compagnon qui m'a soutenue et conseillée toutes ces années. Et surtout, qui m'a supportée tout au long de mon master.

Sans vous tous, je n'aurais pu mener à bien ce travail. Merci à vous.

Table des matières

Préambule.....	1
1. Introduction.....	2
1.1. Contexte de santé publique	2
1.2. Le reporting comme outil.....	3
1.3. Apprendre du positif	4
2. Matériel et méthode	8
2.1. Type d'étude	8
2.2. Population étudiée.....	8
2.2.1. Phase 1.....	8
2.2.2. Phase 2.....	9
2.3. Outils de collecte des données	9
2.3.1. Phase 1.....	9
2.3.2. Phase 2.....	10
2.4. Organisation de la collecte des données	10
2.4.1. Phase 1.....	10
2.4.2. Phase 2.....	10
2.5. Traitement et méthode d'analyse des données	11
2.6. Considérations éthiques.....	11
2.7. Contrôle qualité.....	12
3. Résultats	13
3.1. Analyse de l'implémentation	13
3.1.1. Analyse pré-implémentation	14
3.1.2. Analyse post-implémentation.....	18

3.2. Contenu des DED.....	19
4. Discussion	21
4.1. Implémentation.....	21
4.1.1. Démotivation et comparaison aux DEI	21
4.1.2. Concurrence avec le débriefing	23
4.1.3. Intention-action gap	25
4.2. Contenu des DED.....	26
5. Limites.....	29
6. Conclusion	30
7. Références bibliographiques	31
8. Annexes	43

Résumé

Introduction : Le reporting positif est une approche de sécurité complémentaire à Safety-I. Encore peu explorée dans la littérature, le présent mémoire consiste en l'implémentation du reporting positif dans deux services d'urgence liégeois. L'objectif principal est d'analyser l'implémentation d'un outil de déclaration d'évènements désirables. Les objectifs secondaires sont de comparer le contenu collecté par l'outil créé avec celui des débriefings et d'identifier les freins et incitants à son utilisation.

Méthode : Cette étude qualitative se déroule en deux phases. La première phase consistait en des entretiens avec des professionnels de la santé et de la sécurité pour comprendre le contexte d'implémentation analysé via le CFIR. La deuxième phase était l'implémentation d'un outil de déclaration sous format papier pendant cinq semaines. Le contenu des DED a été classé selon les classifications de l'OMS et du DOLL.

Résultats et discussion : Les résultats montrent que les contenus les plus fréquents dans les DED concernent les autres unités, l'environnement de travail et l'unité elle-même. En termes de catégories OMS, les processus-procédures de soin et les ressources/organisation/gestion prédominent. Cependant, l'adhésion à l'outil a été limitée. Les principales barrières identifiées incluent une perception limitée de la plus-value de la DED par rapport aux débriefings cliniques existants, un manque de temps, ainsi qu'une démotivation globale liée aux outils de reporting. Pour améliorer l'adhésion, il est crucial de simplifier les outils de reporting, de fournir un feedback régulier et de communiquer sur les améliorations apportées grâce aux efforts des soignants.

Conclusion : L'implémentation réussie de la DED nécessite une culture sécurité forte, un soutien institutionnel et une adaptation des outils selon les besoins des utilisateurs. Malgré les défis, renforcer la culture sécurité est essentiel pour améliorer l'efficacité des outils de reporting et, en fin de compte, la qualité et la sécurité des soins.

Mots-clés : qualité des soins ; safety-II ; déclaration d'évènement désirable ; implémentation ; amélioration continue

Abstract

Introduction: Positive reporting is a complementary safety approach to Safety-I. Still underexplored in the literature, this thesis involves the implementation of positive reporting in two emergency services in Liège. The main objective is to analyze the implementation of a desirable event declaration (DED) tool. Secondary objectives are to compare the content collected by the created tool with that of debriefings and to identify barriers and incentives to its use.

Method: This qualitative study is conducted in two phases. The first phase consisted of interviews with health and safety professionals to understand the implementation context analyzed using the CFIR framework. The second phase involved the implementation of a pilot declaration tool in paper format for five weeks. The content of the DEDs was classified according to WHO and DOLL classifications.

Results and Discussion: The results show that the most frequent contents in the DEDs concern other units, the work environment, and the unit itself. In terms of WHO categories, care process-procedures and resources/organization/management predominate. However, adherence to the tool was limited. The main identified barriers include a limited perception of the DED's added value compared to existing clinical debriefings, a lack of time, and overall demotivation related to reporting tools. To improve adherence, it is crucial to simplify reporting tools, provide regular feedback, and communicate improvements made through caregivers' efforts.

Conclusion: The successful implementation of the DED requires a strong safety culture, institutional support, and adaptation of the tools to users' needs. Despite the challenges, strengthening the safety culture is essential to enhance the effectiveness of reporting tools and ultimately improve the quality and safety of care.

Keywords: quality of care; safety-II; desirable event declaration; implementation; continuous improvement

Préambule

En cherchant un sujet de mémoire pour ma dernière année de master en sciences de la santé publique, j'ai été attirée par une proposition de mémoire de Madame Paquay portant sur l'implémentation du reporting positif. Avec mes cinq années d'expérience en imagerie médicale en tant que technologue et mes études de master, j'ai souvent entendu parler de sécurité et de qualité des soins à travers le prisme des évènements indésirables. Les chiffres alarmants liés à la sécurité des soins, présentés au cours de mon cursus, ont attiré mon attention.

Travailler dans le domaine des soins de santé n'est pas toujours facile. Parfois, lors de journées difficiles, je me retrouvais à ne voir que le négatif, ce qui commençait à affecter ma motivation. D'ailleurs, mes collègues avaient de plus en plus de difficultés à penser au positif. Ce qui contribuait à une ambiance tendue et morose au sein de l'équipe lorsque les journées étaient déjà plus chargées et éprouvantes physiquement et psychologiquement. Pour remédier à cela, j'ai décidé de me concentrer sur les aspects positifs de mon travail quotidien et d'essayer de les pointer du doigt devant mes collègues.

Ainsi, lorsque j'ai découvert la proposition de sujet sur le reporting positif, j'ai été séduite par l'idée de mettre en valeur les réussites quotidiennes des équipes de soins et de mettre l'accent sur le positif. De plus, le concept de reporting positif étant nouveau pour moi, je me suis interrogée sur son efficacité sur le terrain et sa compatibilité avec le travail quotidien des équipes de soins. Est-ce que ce type d'outil pourrait être utilisé en pratique ? Serait-ce efficace pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ? En tant que technologue en imagerie médicale, cette opportunité m'a semblé également intéressante pour explorer les perspectives d'autres services et corps de métier avec lesquels j'interagis moins fréquemment dans ma pratique quotidienne.

1. Introduction

1.1. Contexte de santé publique

« J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement ; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. » (1)

Au cinquième siècle avant Jésus Christ, le serment d'Hippocrate mettait en avant certains principes toujours actuels de l'éthique médicale et des devoirs des médecins (1). La phrase ci-dessus illustre le devoir du médecin envers son patient : être utile et, surtout, ne pas nuire. Cependant, ce n'est qu'à partir de la fin des années 90 que l'attention mondiale commence à se porter avec sérieux sur la problématique de la sécurité des patients dans les soins de santé (2).

Une réflexion sur la sécurité des patients émerge dans certains pays comme l'Angleterre (3), les États-Unis (4), le Canada (5) et l'Australie (6). Le rapport le plus connu est celui de l'*Institute of Medicine* (IOM) aux États-Unis intitulé « *To Err is human* » (4). À travers celui-ci, l'IOM appelle à une réaction face à la problématique car, aux États-Unis, entre 44.000 et 98.000 patients décèdent dans le décours d'une erreur médicale en milieu hospitalier chaque année (4). L'IOM propose une approche compréhensive de l'erreur afin de diminuer leur incidence et d'améliorer la sécurité des patients.

À la suite du rapport, l'intérêt pour la problématique grandit (7). Quelques années plus tard, en 2002, la 55^e assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé inscrit le problème à l'agenda et appelle les États à mettre en place de nouveaux systèmes pour améliorer la sécurité des patients (8). Cela conduit à la création, en 2004, de l'Alliance Mondiale pour la sécurité des patients avec une stratégie mondiale (9,10).

Quinze ans après la sensibilisation mondiale de l'IOM, un rapport de la *National Patient Safety Foundation* montre que les progrès en la matière ne sont pas suffisants et que la situation doit encore être améliorée (11).

En 2013, les dommages liés aux événements indésirables représentent la 14^e cause de morbidité mondiale (12). Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques, approximativement 15% de l'activité et des dépenses hospitalières dans les

pays membres peuvent être attribués à la prise en charge et au traitement de ceux-ci (13). En France, l'enquête nationale ENEIS 3 de 2019 montre que quatre évènements indésirables surviennent tous les mois dans un service de 30 lits (14). La même étude estime qu'une hospitalisation sur 40 est causée par un évènement indésirable (14). Une étude rétrospective réalisée en 2023 dans l'État du Massachusetts a révélé qu'un quart des admissions étudiées ont été associées à des évènements indésirables, dont un quart auraient pu être évités (15). En Belgique, une étude de la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients publiée en avril 2023 rapporte que 15,8% des patients interrogés déclarent avoir souffert d'un évènement indésirable au cours d'une hospitalisation (16). Une étude rétrospective belge de 2015 estime qu'un quart des transferts vers des services de soins plus intenses sont liés à des évènements indésirables évitables (17).

1.2. Le reporting comme outil

Plusieurs mesures sont proposées dans le rapport de l'IOM dont la mise en place de systèmes de reporting des évènements indésirables, tant obligatoires que volontaires (4). Un évènement indésirable est défini par l'OMS comme étant « un évènement ou circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un dommage qui était évitable ». Assurer la sécurité des patients revient à « réduire le risque de dommage évitable associé aux soins au minimum tolérable ». (18).

Depuis 2010, chaque hôpital belge doit organiser un système de reporting des incidents (19) basé sur la taxonomie de l'OMS. En analysant ces évènements indésirables et les risques qui y sont associés, des mesures d'amélioration sont mises en œuvre pour éviter leur récurrence et, dans le cas où ils se reproduiraient, pour en limiter les conséquences (20).

La déclaration d'évènements indésirables (DEI) reste un challenge pour les hôpitaux. En raison de leur sous-déclaration, les évènements indésirables ne fournissent pas une mesure fiable de la sécurité dans les hôpitaux (20,21). De multiples obstacles entravent l'utilisation des DEI : manque de feedback après avoir déclaré (21-23), peur de la sanction (22,23), honte (22), culture sécurité répressive (23-24), manque de temps (21,22,25), manque de sens dans la démarche (21,22), manque de connaissances sur ce qu'il convient de déclarer ou sur la

procédure de déclaration (21-23,25). Une étude nationale sur la culture de la sécurité réalisée en 2016 rapporte que seulement 27,8 % des aides-soignants et 34,8 % des infirmiers des hôpitaux généraux ne craignent pas de déclarer les événements indésirables (24). Malgré ces freins, le reporting a montré son efficacité et continue d'être recommandé pour améliorer la sécurité des patients (26-28).

Cette vision de la sécurité s'appuyant sur le reporting des événements indésirables pour améliorer la sécurité des soins est appelée « *Safety-I* ». L'approche *Safety-I* préconise d'analyser l'erreur afin de déterminer ce qui ne s'est pas déroulé comme prévu et ce qui a conduit à celle-ci. Dans cette perspective, *Safety-I* décompose le système en composants afin de déceler l'origine de l'erreur ou du risque dans le but de pouvoir la réparer ou réduire le risque considéré (29). Le système agit en réaction à l'évènement.

Reason, une des figures emblématiques de l'approche *Safety-I*, soulève un paradoxe dans la conception traditionnelle de la sécurité : « on connaît mieux les erreurs que comment les éviter » (29). Tandis que certains systèmes aspirent à contenir la variabilité humaine car incertaine, des systèmes plus complexes ont besoin de ces ajustements humains afin de garantir le succès (29). La solution est alors de contenir cette variabilité par des procédures, des standardisations et de la régulation qui peuvent ajouter de la contrainte sur le système (29,30).

1.3. Apprendre du positif

Selon certains experts tels qu'Erik Hollnagel, la conception *Safety-I* repose sur l'idée que le système est « presque infaillible » grâce à sa conception initiale. Dans cette perspective, le travail s'y déroule comme il a été prévu et conçu à l'avance (« *work as imagined* ») (31). Pour lui, étant donné la haute variabilité et la complexité croissante du milieu de soins, *Safety-I* seul s'avère insuffisant (32).

La variabilité inévitable du système nécessite des ajustements permanents de la performance et du travail pour s'adapter aux conditions du système. La vision de *Safety-I* concentrée sur le *work as imagined* ne reflète pas la réalité du terrain et la variabilité à laquelle celui-ci est

soumis dans les soins de santé. Le *work as imagined* est alors différent du travail tel qu'il se déroule dans les faits (« *work as done* ») (32).

C'est pourquoi Erik Hollnagel propose une autre conception de la sécurité : *Safety-II*. Contrairement à la définition traditionnelle de la sécurité, *Safety-II* la définit "comme le plus d'évènements possibles se déroulent bien" (32). L'approche met l'accent sur l'analyse de tous les évènements du quotidien ayant une issue négative aussi bien que positive.

Effectivement, selon Hollnagel, la proportion d'évènements indésirables est relativement faible en comparaison aux évènements pour lesquels l'issue est positive ou acceptable (31). Ainsi, les évènements indésirables représentent des évènements sortant de l'ordinaire. Selon cette vision, il est nécessaire de ne pas se concentrer uniquement sur les évènements les plus graves et rares, mais aussi sur ceux qui se produisent fréquemment (32). Tous les évènements, positifs ou négatifs, découlent de variations et d'ajustements de performance dans le travail quotidien (32). Contrairement à *Safety-I* qui considère ces ajustements comme une menace, *Safety-II* les perçoit comme une force. En effet, ce sont ces ajustements qui permettent d'adapter la pratique aux conditions changeantes du travail et d'assurer la sécurité. Lorsqu'un évènement indésirable survient, il n'est pas nécessairement dû à une cause spécifique identifiable par les modèles hérités de *Safety-I*, mais plutôt à la variabilité de la performance. Ainsi, les évènements positifs et négatifs partagent une base commune (32).

La stratégie proposée par Hollnagel avec *Safety-II* consiste à étudier et comprendre le travail quotidien afin de dégager ces variations et ajustements de performance à partir desquels tous les évènements, qu'ils soient positifs ou négatifs, peuvent être compris (31). Il est donc important de s'intéresser autant aux évènements négatifs qu'aux évènements positifs car *Safety-II* n'est pas opposé à *Safety-I* mais plutôt complémentaire.

Afin d'étudier le positif, plusieurs démarches axées sur les succès ont vu le jour au fil des années comme la déviance positive et *Learning from excellence*.

- Déviance positive : cette approche consiste à identifier les individus, les équipes ou les institutions qui vont avoir de meilleures performances que les autres alors qu'ils sont

soumis aux mêmes contraintes (33). À partir de méthodes qualitatives, des hypothèses sur les raisons de ces succès sont émises puis testées avant d'être disséminées plus largement (34).

- *Learning from excellence* : implémentée dans le *National Health System* pour la première fois en 2014 (35), cette approche se base sur l'étude de l'excellence afin de comprendre comment ce succès est arrivé et pouvoir le reproduire. Les soignants peuvent déclarer sans critères prédéfinis les moments d'excellence de leurs collègues. L'excellence est donc mise en avant par un système de reporting volontaire (36).

La limite de ces méthodes d'apprentissage à partir d'évènements positifs est le peu d'études pratiques existantes sur le sujet (37). La quasi-inexistence d'études, la complexité dans la démonstration d'améliorations liées au reporting positif ainsi que la difficulté de quantifier celles-ci (36,37) sont des facteurs qui expliquent le manque de connaissance sur les conséquences réelles du reporting positif sur le terrain en milieu hospitalier.

Néanmoins, la littérature aborde quelques points intéressants sur les conséquences probables d'une mise en application du reporting positif et de *Safety-II* comme :

- l'amélioration de la culture sécurité (37,38) : les discussions autour des évènements indésirables peuvent être culpabilisantes pour le personnel soignant. Ainsi, le soignant est une seconde victime dans ces incidents (39). Parler d'évènements positifs peut rendre le reporting moins difficile pour les équipes (24,36,37) et le favoriser ;
- l'amélioration du moral et du bien-être des équipes (36,40-42) : le reporting positif reconnaît le travail quotidien des équipes de soins (41,43), met en avant les bonnes pratiques (37), permet de nourrir la positivité des équipes (41) ainsi qu'une augmentation de la motivation par changement de la culture du lieu de travail (41) ;
- l'amélioration de la capacité d'adaptation des équipes (38) ;
- l'amélioration de la communication au sein de l'équipe et avec les autres équipes (38) ;
- l'amélioration de la qualité des soins (36,40,44,45) : aussi, l'amélioration de la culture sécurité et de la culture sur le lieu de travail sont liés à de meilleures expériences et résultats pour les patients (46-48).

Étant donné le peu d'études disponibles abordant l'implémentation de déclaration d'évènements désirables (DED) sur le terrain, le travail de ce mémoire consistait en une implémentation du reporting positif dans l'un des services les plus touchés par la variabilité quotidienne : le service des urgences (49,50). La question de recherche est la suivante : « Quelle est la faisabilité d'implémenter un outil de déclaration d'évènements désirables au sein d'un service d'urgences ? »

L'objectif principal est d'analyser l'implémentation d'une déclaration d'évènements désirables au sein des services d'urgences du CHU de Liège sur les sites du Sart-Tilman et de Notre-Dame des Bruyères.

Les objectifs secondaires du travail sont les suivants :

- déterminer les principaux freins et incitants à l'usage de la déclaration d'évènements désirables ;
- comparer le contenu récolté par la DED avec le contenu des débriefings.

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

L'étude pilote est une étude d'implémentation. Une approche qualitative en deux phases a été privilégiée pour étudier en profondeur l'implémentation et comprendre le point de vue des équipes de soin des deux sites.

La première phase consistait en des entretiens réalisés avec des professionnels de la santé et de la sécurité en milieu hospitalier exerçant au sein des institutions concernées afin de mieux cerner le contexte d'implémentation dans laquelle l'étude pilote va se dérouler. Le contenu de ces entretiens a été analysé via le cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre (CFIR) (51). Ensuite, lors de la deuxième phase, un outil de déclaration pilote a été implémenté sous format papier pendant cinq semaines. Pendant ces cinq semaines, des entretiens avec le personnel soignant présent sur les sites ont été réalisés et analysés selon le même cadre conceptuel qu'en phase une. Cette deuxième vague d'entretien avait pour but de récolter l'avis des équipes sur l'outil implémenté et sur l'intérêt de déclarer des événements positifs. Le contenu des DED collectées a été classé selon la classification de l'OMS (52) pour les événements indésirables et selon le DOLL (53).

2.2. Population étudiée

2.2.1. Phase 1

La première phase de cette étude cible les infirmiers et médecins travaillant dans les services d'urgences à Liège, ainsi que les gestionnaires de la qualité et de la sécurité œuvrant dans les milieux hospitaliers liégeois. La population accessible comprend les professionnels travaillant sur les deux sites d'intérêt du CHU de Liège : le site du Sart-Tilman et celui de Notre-Dame des Bruyères.

L'échantillonnage a été réalisé par les chercheurs au jugé. Les personnes interrogées ont été sélectionnées en fonction de leur expertise et de leur position au sein du service. Les entretiens ont eu lieu avec trois infirmiers cadres, six infirmiers, le médecin chef de service et une gestionnaire qualité et sécurité des soins.

Les critères d'inclusion sont :

- être médecin, infirmier ou gestionnaire qualité et sécurité ;
- travailler au service des urgences du CHU de Liège ;
- avoir donné son consentement pour participer à l'étude.

2.2.2. Phase 2

La population cible correspond aux infirmiers, aides-soignants et aux médecins travaillant au sein des services d'urgences en région liégeoise. La population accessible sont les infirmiers et médecins du service des urgences du CHU de Liège sur le site du Sart-Tilman et de Notre-Dame des Bruyères. L'échantillonnage est de commodité. Les personnes interrogées étaient les personnes présentes lors des passages du chercheurs.

Les critères d'inclusion sont :

- être médecin ;
- être assistant en médecine ;
- être aide-soignant ;
- être infirmier ;
- travailler au service des urgences du CHU de Liège ;
- avoir donné son consentement pour participer à l'étude.

Les critères d'exclusion sont :

- être stagiaire médical ou paramédical ;
- être intérimaire.

2.3. Outils de collecte des données

2.3.1. Phase 1

Onze entretiens de trente minutes ont été réalisés avant implémentation de la DED et avaient plusieurs buts :

- 1) recueillir leur avis sur les DED ;

- 2) récolter des informations afin de développer l'outil le plus adapté à leur pratique quotidienne en termes de type de support et de contenu ;
- 3) déterminer comment ils envisagent l'implémentation de la DED au sein du service.

Étant donné que les freins et incitants que nous risquons de rencontrer lors de l'implémentation sont susceptibles d'être les mêmes que ceux rencontrés pour les DEI vu la similarité des outils. Des questions portant sur ceux-ci ont donc été incluses dans l'entretien.

2.3.2. Phase 2

La version pilote de l'outil de DED a été créée par le chercheur et validée par un expert en sécurité et qualité des soins. Cet outil papier consistait en six questions ouvertes.

Parallèlement à la mise en place de l'outil, une analyse de son implémentation a été menée à partir de 44 entretiens avec le personnel soignant et de notes d'observations prises lors des visites sur sites. Les questions posées pendant les entretiens portaient sur la perception de l'équipe concernant l'implémentation de l'outil ainsi que sur leurs opinions et attentes quant à cette démarche.

2.4. Organisation de la collecte des données

2.4.1. Phase 1

Les entretiens pré-implémentation se sont déroulés du 16 décembre 2023 au 30 janvier 2024. Afin d'aborder l'implémentation et d'étudier le contexte dans laquelle celle-ci se déroule, le CFIR a été utilisé pour l'analyse des entretiens en raison de sa vision globale de tous les facteurs qui peuvent influencer l'implémentation d'un projet dans le milieu de la santé (51).

2.4.2. Phase 2

L'outil de DED a été développé pour être implémenté du 18/03/2024 au 19/04/2023 dans les deux services d'urgence ciblés par l'étude. Pendant cette phase, le chercheur s'est rendu une à deux fois par semaine dans chaque service concerné dans le but d'expliquer le but de l'étude, d'aider le personnel à déclarer, répondre à leurs éventuelles questions et récupérer les exemplaires remplis. En son absence, les équipes ont été invitées à déposer les

déclarations remplies dans une farde disponible dans leur service. Les visites ont eu lieu à 14h. Cela permettait de discuter avec les soignants de la pause A et avec les soignants arrivant pour effectuer leur pause B. Lors des visites, le chercheur posait des questions aux équipes afin de recueillir leur avis sur l'outil ainsi que sur les freins et incitants à l'utilisation de celui-ci.

2.5. Traitement et méthode d'analyse des données

Les entretiens qui ont pu être enregistrés ont été retranscrits dans un fichier WORD protégé par mot de passe. Pour les autres, l'analyse s'est basée sur des notes prises pendant l'entretien. Les notes et les retranscriptions ont permis de dégager des verbatims qui ont été ensuite classés dans les dimensions et sous-dimensions du CFIR.

Concernant les DED, leur analyse a commencé à la fin de l'implémentation. Leur contenu était repris dans un dossier Word protégé par un mot de passe. La même chose a été réalisée pour les notes d'observation du chercheur. Le contenu a été classé selon le DOLL (53) ainsi que selon la taxonomie de l'OMS (52). Le DOLL est un cadre développé par Paquay et al. en 2020 (53) permettant de classer le contenu des débriefings de fin de pause organisés au sein des services cibles en 7 dimensions et 13 sous-dimensions. Ce cadre est couramment utilisé dans les services d'intérêt.

2.6. Considérations éthiques

La réalisation de ce travail de mémoire a été acceptée par le Comité d'éthique Hospitalo-facultaire du CHU avec la référence 2023/208.

La signature d'un consentement a été demandée pour la participation aux entretiens. Les données collectées lors des entretiens ont été anonymisées et conservées dans un fichier Word protégé par un code d'accès uniquement détenu par les chercheurs. Aucune donnée à caractère personnel n'a été collectée dans le cadre de ce mémoire.

2.7. Contrôle qualité

Le *Mixed Methods Appraisal Tool* a été utilisé afin de garantir la qualité méthodologique de l'étude (54). Le contrôle qualité de la phase qualitative a été fait par l'enregistrement et la retranscription complète des entretiens enregistrés avant de débiter leur analyse.

3. Résultats

Pour satisfaire aux objectifs de ce travail, les résultats sont exposés en deux sections distinctes. La première se concentre sur l'analyse de l'implémentation, mettant en lumière les obstacles et les incitants à l'utilisation de la DED identifiés à travers les entretiens menés. La seconde partie porte sur le contenu des DED collectées classé selon la taxonomie de l'OMS ainsi que selon le DOLL.

3.1. Analyse de l'implémentation

Le tableau 1 ci-dessous illustre les dimensions et sous-dimensions du CFIR utilisé pour étudier l'implémentation dans son ensemble. Chaque dimension a été catégorisée comme un obstacle, un incitant ou une dimension neutre en fonction du contenu des propos recueillis auprès des participants interrogés lors des entretiens.

L'analyse est divisée en deux sections : la première concerne les entretiens réalisés avant le début de l'implémentation et la deuxième partie porte sur les entretiens réalisés pendant l'implémentation.

Tableau 1 : analyse des incitants et freins selon le CFIR

Intervention		Cadre interne	
Origine	±	Caractéristiques structurelles	±
Qualité et force des preuves	±	Réseau et communication	+
Avantage relatif	-	Culture	+
Adaptabilité	+	Tension pour le changement	-
Testabilité	+	Compatibilité	--
Complexité	±	Priorité relative	--
Qualité et présentation du modèle d'intervention	NO	Incitations et récompenses organisationnelles	-
Coûts	+	Objectifs et rétroaction	--
Individus		Climat d'apprentissage	±

Connaissances et croyances sur l'intervention	±	Engagement des dirigeants	-
Auto-efficacité	NO	Disponibilité des ressources	±
Étape individuelle du changement	NO	Accès aux connaissances et à l'information	NO
Identification avec l'organisation	NO	Cadre externe	
Autres	-	Besoin des patients et ressources	NO
Processus		Réseau	NO
Planification	±	Pression par les pairs	-
Leaders d'opinion	NO	Incitatifs ou politiques externes	NO
Leaders pour l'innovation	NO		
Champions	NO		
Agents de changement externes	+		
Participants à l'innovation	±		
Exécution	--		
Réflexions et évaluation	--		
Incitant majeur : ++ / Incitant mineur : + / Neutre : ± / Frein mineur : - / Frein majeur : -- / Non observable : NO			

3.1.1. Analyse pré-implémentation

Onze entretiens ont été réalisés avant d'implémenter l'outil en petits groupes ou individuellement. Ceux-ci ont eu lieu avec onze personnes occupant les fonctions suivantes jusqu'à arriver à la saturation des données : une gestionnaire qualité et sécurité institutionnelle, infirmiers et cadres infirmiers/médicaux des services concernés par l'implémentation. Cette analyse se base sur le contenu des entretiens avec les professionnels interrogés ainsi que sur le contexte dans lequel l'implémentation se déroule.

3.1.1.1. Caractéristiques de l'intervention

En ce qui concerne la première dimension du CFIR liée aux caractéristiques de l'**intervention**, l'analyse est globalement positive. La majorité des personnes interrogées ne connaissent pas

ou peu l'existence des DED et des effets que celles-ci peuvent apporter à la qualité et la sécurité des soins.

– Incitants :

L'**adaptabilité**, le **coût** et la **testabilité** de l'outil représentent des incitants. Effectivement, dans un premier temps, une version pilote de l'outil a été mise en place dans le service sur base des informations récoltées lors des différents entretiens. Selon l'avis de l'équipe, l'outil pouvait être modifié pour être le plus adapté possible au travail quotidien des soignants.

– Freins :

Le principal frein dans cette dimension réside en l'**avantage relatif** de cette intervention par rapport aux débriefings cliniques organisés deux fois par semaine au sein du service. Lors de ces débriefings, les équipes soulèvent des points d'amélioration ainsi que des points positifs liés à leur pause de travail. Plusieurs personnes se questionnent sur la plus-value que peut apporter un outil de DED alors que ceux-ci sont déjà abordés lors de ces moments d'échanges en groupe.

3.1.1.2. Cadre interne

Au niveau du **cadre interne**, nous rencontrons quelques incitants plutôt relatifs au contexte et aux valeurs prônées par l'institution ainsi que des freins majeurs à l'implémentation de la DED.

– Incitants :

En plus des missions exercées par le service communication de l'hôpital, plusieurs canaux de **communication** formels sont utilisés au sein du service afin de faire passer les informations comme une newsletter hebdomadaire, les débriefings cliniques et la présence de référents dans chaque service afin de faire le relai entre les équipes et le service de qualité et sécurité. En parallèle, après une journée plus difficile au sein du service, des messages informels peuvent être envoyés dans le but de féliciter le soignant de sa performance malgré les conditions plus compliquées. Aussi, certaines personnes moins enclines à remplir des

déclarations préfèrent discuter avec leur cadre de leur propre initiative lorsqu'un évènement indésirable se produit. En ce qui concerne la **culture** de l'institution, les valeurs prônées d'excellence et d'ouverture ainsi que la mission de recherche de l'hôpital vont dans le sens de l'amélioration continue et de l'innovation.

– Freins :

Les barrières attendues lors de l'essai de la version pilote concernent **la tension au changement, la compatibilité** et la **priorité relative**. La situation actuelle n'est pas perçue comme intolérable pour l'équipe ni comme nécessitant un changement. La majorité des personnes interrogées déclarent plusieurs obstacles à l'utilisation de l'outil de reporting déjà existant dans le service. Un manque de temps, une charge de travail importante, un accès pas assez rapide à l'outil, un outil chronophage et un manque de sens dans l'acte de déclarer sont remontés comme des barrières à l'utilisation de l'outil disponible. Le manque de sens semble principalement lié à l'impression que « cela ne sert à rien » et que « rien ne change ». De plus, sont aussi évoqués le délai de traitement des évènements indésirables, la réponse obtenue à ces déclarations, le manque de visibilité du suivi qui en est fait et la connotation de l'outil perçue comme négative. Certaines des problématiques abordées par les personnes interrogées sont susceptibles d'être rencontrées à nouveau lors de l'implémentation de l'outil de DED car relèvent de conditions de travail ou de décisions au niveau institutionnel. Certains de ces points sont soulevés aussi par l'analyse de la sous-dimension relative aux **objectifs et rétroactions** comme le manque de visibilité du suivi (« les gens déclarent aussi des évènements où on a déjà mis des choses en place »). Un désir d'information sur ce que les déclarations apportent dans la pratique a été mentionné plusieurs fois lors des entretiens. Enfin, aucune **incitation ou récompense organisationnelle** et **d'engagement de la part des dirigeants** ne sont prévues dans le cadre de ce mémoire.

3.1.1.3. Cadre externe

La dimension portant sur le **cadre externe** montre une barrière résidant dans l'absence de **pression par les pairs**. Aucun hôpital wallon n'a implémenté ce type d'outil.

3.1.1.4. Individus

La dernière dimension porte sur les **individus**. L'analyse des **connaissances et croyances** sur l'intervention montrent des éléments positifs et négatifs. D'un côté, les mots utilisés par les personnes interrogées sur leur avis quant aux DED ont majoritairement une connotation positive. Les personnes déclarent cette démarche « intéressante », « motivante » ou encore « valorisante ». Le fait que cela pouvait « renforcer cette appartenance au service par l'institution de la fierté », que « cela permettrait d'identifier des facilitateurs » ou encore que cela « pouvait mettre en avant le travail bien réalisé » a été mentionné. D'un autre côté, malgré ces avis positifs sur la démarche, certaines de ces personnes se disent sceptiques notamment en raison du fait que les gens « ont plus vite tendance à parler de quelque chose qui ne va pas que de quelque chose qui va bien », que les soignants n'ont pas assez de temps pour remplir des DEI en raison de leur charge de travail et que « cela sera vu comme une charge de travail supplémentaire ». La notion d'évènement désirable et les objectifs de ceux-ci semblent encore flous d'après plusieurs réflexions allant en ce sens : « un évènement désirable est quelque chose qui se passe normalement », « on va déclarer quelque chose qui se passe de bien mais c'est attendu » ou « si c'est positif, on ne va pas changer ». À plusieurs reprises, la notion de récompense/de félicitation a été associée à celle d'évènement désirable : « il ne faut pas essayer de trouver du positif quand il n'y a que ce qui devait se passer qui s'est passé parce qu'alors la récompense quand quelque chose se passe bien est amoindrie » ou encore « il ne faut pas non plus que ça soit utilisé pour s'autocongratuler ». D'autres points ont été abordés lors des questions portant sur l'avis des interviewés sur les évènements désirables comme le manque de motivation ainsi qu'une préférence pour les échanges oraux en groupe des débriefings. Se faisant « je pense qu'il ne faut pas espérer que d'eux même ils vont se dire « (...) je vais m'asseoir devant mon ordi et taper un truc », je pense que c'est utopique ». Concernant les prédictions des interviewés quant à l'utilisation probable de l'outil, les avis sont mitigés. Certaines personnes pensent que cela va être utilisé par la majorité du service, d'autres pensent l'inverse et certains ne savent pas du tout si cela va être utilisé. Certains pensent que cela peut fonctionner s'il y a une bonne communication préalable, si la démarche leur amène une « réponse constructive » ou une « réaction derrière », si l'outil est simplifié et est rapide d'utilisation.

3.1.2. Analyse post-implémentation

La dernière dimension dédiée au **processus** n'a été analysée qu'à la fin de l'implémentation. Effectivement, cette dimension permet d'analyser plutôt le déroulement de l'implémentation sur le terrain. Quarante-quatre entretiens ont été réalisés tout au long des cinq semaines d'implémentation de l'outil. Ces rencontres se faisaient au sein même des services concernés lorsque le chercheur se rendait sur site.

– Dimensions ambivalentes :

L'implémentation s'est déroulée telle qu'elle a été **planifiée**. La seule difficulté résidait dans la diffusion de l'information aux membres de l'équipe.

Les **participants** à l'étude ont globalement une vision positive de la démarche de parler du positif. Malgré cela, toutes les personnes interrogées s'accordent pour dire que cet outil ne sera pas utilisé s'il venait à rester en place. La démarche de déclarer le positif est perçue comme une charge additionnelle dans leur journée de travail (« encore de la paperasse »).

– Incitant :

La présence d'un **agent du changement externe** de l'université représentée par les visites fréquentes du chercheur sur place constituait un incitant. Effectivement, sur les 17 déclarations collectées, cinq seulement ont été remplies spontanément par les soignants en l'absence du chercheur. Les autres déclarations sont remplies pour « aider » et « faire plaisir » au chercheur.

– Freins :

Les dimensions relatives à l'**exécution** et à la **réflexion et l'évaluation** constituent des barrières majeures. Les soignants interrogés expliquent la pauvre utilisation de l'outil par l'oubli, le manque de temps, la charge de travail, le manque d'effectif, la difficulté à trouver du positif à déclarer et le moral de l'équipe. Cependant, lors des échanges, les soignants déclarent des évènements positifs relatifs à l'entraide, au comportement d'un collègue, l'ambiance et la communication. Aussi, les évènements positifs décrits oralement au chercheur par l'équipe sont décrits comme étant « anecdotiques », « sur lesquels nous

n'avons pas de prises » ou encore « normaux ». Dans ce contexte, le format écrit n'est pas jugé comme adapté contrairement aux débriefings de fin de pause où la discussion est fluide et perçue comme plus propice à la déclaration de ces événements. D'ailleurs, l'utilisation des DEI est déjà décrite comme compliquée pour les soignants pour les raisons mises en évidence lors de la phase de pré-implémentation. Ensuite, les soignants s'interrogent sur le suivi de ces DED. Excepté la valorisation du travail effectué et l'amélioration du bien-être au travail, ils ne voient pas la plus-value que cela peut leur apporter concrètement au quotidien ce qui impacte négativement leur motivation déclarée à remplir l'outil.

3.2. Contenu des DED

Tableau 1 - Répartition du contenu des DED selon le DOLL et la classification de l'OMS

Catégories du DOLL	n (%)	Catégories de l'OMS	n (%)
Autre unité	6 (35)	Administration des soins	1 (5,88)
	6 (35)		
Environnement de travail	4 (23)	Appareil/équipement médical	2 (11,76)
Charge de travail	2 (12)		
Matériel et équipement	2 (11)		
Individu	3 (18)	Comportement du personnel	4 (23,53)
Comportement	3 (18)		
Unité	4 (23)	Processus-procédures de soin	5 (29,41)
Communication	1 (6)		
Rôles	3 (17)	Ressources/organisation/gestion	5 (29,41)
Total	17 (100)		17 (100)

Lors des cinq semaines d'implémentation de l'outil, 17 DED ont été collectées. Une majorité du contenu (70,59%) provient du site principal.

Le tableau 1 représente la répartition du contenu des DED selon les catégories et sous-catégories du DOLL et la taxonomie de l'OMS. Certaines catégories de niveau 1 du DOLL ne sont pas retrouvées dans les événements déclarés comme celles relatives au patient, à l'institution et aux procédures. Pour ce qui est de la classification de l'OMS, huit des treize catégories de l'OMS ne sont pas représentées dans le contenu collecté : documentation, infections liées aux soins, médication, sang/produits sanguins, nutrition, oxygène/gaz/produits volatiles, accident du malade et infrastructure/bâtiment/aménagements fixes. Certaines d'entre elles sont strictement relatives aux événements indésirables.

4. Discussion

Pour rappel, le présent travail de mémoire visait à analyser l'implémentation d'une DED dans deux services d'urgence du CHU de Liège. Les objectifs secondaires de ce travail étaient de comparer le contenu issu de la DED avec celui issu des débriefings et d'identifier les facilitateurs et les barrières à l'utilisation de l'outil.

4.1. Implémentation

Concernant le premier but de ce mémoire, nous avons constaté que l'outil n'a suscité qu'un faible niveau d'adhésion et d'utilisation de la part de l'équipe soignante. Plusieurs observations ont pu être faites à partir des données obtenues. D'abord, la DED est comparée à la DEI dans les discours des professionnels de santé interrogés pour évoquer la démotivation associée à ce type de démarche. Ensuite, les personnes interrogées s'interrogent sur la valeur ajoutée du reporting positif alors que les débriefings cliniques de fin de pause abordant des points positifs sont déjà pratiqués régulièrement dans le service. Pour finir, bien que des termes positifs aient été utilisés par les soignants pour décrire la démarche de reporting positif, il est noté que cette dernière n'a généré qu'une adhésion limitée de la part des soignants. Ces trois points vont être explorés plus profondément dans cette première partie des résultats.

4.1.1. Démotivation et comparaison aux DEI

Dans les entretiens, un manque de motivation lié aux tâches plus administratives annexes aux soins était déclaré par les infirmiers interrogés. Se faisant, les DEI font l'objet d'une sous-déclaration (15). Fortement apparentée à la DEI, la DED implémentée a souffert de barrières similaires à celles des DEI. L'objectif de ce travail était d'aborder les barrières à l'utilisation de la DED mais, étant donné le peu d'étude portant sur les barrières au reporting d'évènements positifs, cette section de texte va étudier les barrières au reporting de façon globale dans l'institution avant d'essayer d'élaborer des pistes de solution pour renforcer l'adhésion au système existant au sein de l'hôpital.

Le manque de feed-back, le manque d'améliorations visibles, l'impression que cela ne sert à rien, la charge de travail, la contrainte liée au temps et l'aspect chronophage de l'outil étaient déclarés comme des freins à l'usage des outils de reporting dans le présent travail. Les autres études réalisées sur les barrières au reporting montrent des résultats similaires (55-64). Subsistent néanmoins quelques différences avec la littérature. D'abord, un frein majeur dans littérature est le manque de formation et d'information sur ce qu'il faut déclarer, quand et comment le faire (57-60,65). Ce frein n'a pas été abordé dans les entretiens pour les DEI mais plutôt concernant les DED. Le personnel soignant ne savait pas ce qu'il convenait de déclarer via l'outil pilote sans les explications du chercheur. Ensuite, il est intéressant de noter que la culture répressive et la peur du blâme ne sont pas directement mentionnées dans les entretiens alors qu'il s'agit de freins mentionnés dans beaucoup d'études (56-60,62-64). Cependant, les motivations déclarées des soignants à utiliser la DEI peuvent laisser supposer qu'un caractère punitif est associé à la déclaration de l'erreur. Ces motivations sont l'impact estimé sur la prise en charge du patient (62), les émotions négatives (comme la colère), la délation du travail d'un collègue ou la protection du déclarant. L'objectif principal, l'amélioration continue (22), est abordé lui aussi dans le discours des soignants. Seulement, le pouvoir d'apprentissage et d'amélioration associé à la démarche est vu comme minime principalement à cause du manque de feed-back et de la visibilité du suivi (58,63). Dès lors, malgré une connaissance de l'objectif premier de la démarche et de ce qu'il convient de déclarer via la DEI, les soignants l'associent plus à quelque chose de négatif qu'à une démarche permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

La littérature nous permet d'envisager des stratégies face à ces problématiques. D'abord, réaliser une étude axée sur les barrières à l'usage de la DEI et la culture sécurité au niveau institutionnel serait intéressant pour faire le point sur la situation de façon plus approfondie (63). Cette démarche a déjà été réalisée dans le passé (24) mais des freins subsistent. Cette enquête permettrait donc de mieux déterminer où se trouvent ces freins précisément. Ensuite, construire un outil plus en adéquation avec les besoins des utilisateurs et leur travail quotidien permettrait de favoriser le reporting. La hiérarchie et les soignants ont souvent une vision différente de la sécurité en milieu hospitalier (24,61). Actuellement, la DEI n'est pas considérée *user-friendly* (59). Il serait intéressant de consulter directement ses divers

utilisateurs dans la révision de l'outil (59). Il est nécessaire de le simplifier et de le rendre plus rapide d'utilisation pour favoriser la déclaration malgré la problématique de charge de travail et de manque de temps (57-60,62,65). À noter que la DED était simplifiée et plus courte que la DEI mais celle-ci n'a pas réussi à faire adhérer les participants. Donc, créer un outil rapide et simple permettrait sûrement d'augmenter l'adhésion mais cela sera insuffisant sans travail profond sur la culture sécurité (63,65). Rappeler les objectifs, ce qu'il faut déclarer, le fonctionnement du système de reporting, son importance, le rôle de chacun ainsi que les améliorations permises par celui-ci permettraient d'augmenter le reporting et de modifier les conceptions négatives des soignants (55,57,58). Au-delà de cette communication aux usagers, améliorer le feed-back et la visibilité des modifications apportées (55,57,58,60-62,65) est nécessaire pour avoir une adhésion du personnel durable et le motiver à déclarer (22, 66). Ici, une personne dédiée s'occupe déjà exclusivement du traitement des DEI des services participants. Seulement, une majorité des DEI restant en cours de traitement pendant une longue période est relative à des problématiques institutionnelles. Or, traiter toutes les déclarations ou donner des explications au déclarant est essentiel au risque de démotiver le déclarant en cas d'absence (55). Une dernière piste pour augmenter le nombre de DEI ou de DED collecté serait d'inclure les patients dans la démarche et de proposer un moyen de déclaration aux usagers des services et leurs proches.

4.1.2. Concurrence avec le débriefing

Lors de cette étude, une concurrence été mise au jour entre les débriefings cliniques de fin de pause et la DED. Cette concurrence provenait notamment des différences de format entre ces deux approches ainsi que de leur impact estimé sur l'organisation du service.

Lors des entretiens avec le personnel soignant au sujet de leur utilisation de la DED, un obstacle majeur signalé au chercheur était la difficulté à identifier des aspects positifs à déclarer. Or, des actions telles que l'entraide, le comportement d'un collègue ou la communication étaient relatées au chercheur comme des points positifs de la journée de travail. Ceux-ci n'étaient pas déclarés via la DED mais oralement. Ces événements positifs étaient plus susceptibles d'être mentionnés lors des débriefings d'après les personnes

interrogées lors de la phase 2 en raison de leur caractère « anecdotique » ou « attendu » semblant peu convenir à la déclaration par un support écrit. Certains petits succès du quotidien comme ceux signalés de façon informelle au chercheur ont tendance à être pris pour acquis (67). Les études portant sur l'analyse des évènements relevant de l'excellence lors d'implémentation ont conclu que les compétences non-techniques ressortent plus que les compétences techniques (35,45,68,69). Le format oral et collectif du débriefing faciliterait la communication de ces évènements, permettant ainsi aux soignants de s'exprimer plus librement, rapidement et facilement alors que la DED est vue comme chronophage. Ceci nous permet de supposer que l'implémentation du débriefing permettrait d'augmenter aussi le nombre d'évènements indésirables collectés dans d'autres services. D'ailleurs, il est intéressant de signaler que la DED informatisée mise en place dans l'étude de Chain et al. (40) dans un service n'organisant pas de débriefings hebdomadaires a recueilli des déclarations portant plus sur des pratiques attendues que jugées excellentes selon les chercheurs. Ces pratiques déclarées comme attendues valent peut-être la peine d'être mises en avant (40) dans un contexte de surcharge de travail et de manque d'effectif (24,70). Ces évènements jugés dans l'étude comme non pertinents d'être déclarés via la DED pourraient l'être en l'absence de débriefing de fin de pause. Il serait intéressant de l'implémenter dans un service ne pratiquant pas le débriefing afin d'analyser l'adhésion des équipes et où la DED serait le seul canal de communication des évènements positifs ou encore dans un service avec un fonctionnement différent. Dans ce cas, il serait aussi intéressant de diminuer encore le nombre d'informations demandées et de se limiter à l'identité du déclarant, pour le contacter, et à l'évènement positif à déclarer afin de réduire le temps de déclaration autant que possible et ainsi favoriser l'utilisation de l'outil.

De plus, bien que les équipes aient compris l'impact potentiel de la DED sur le moral (36,40,41), la compréhension de l'impact possible sur la qualité, la sécurité des soins et l'organisation intra/inter-service(36,40,41,44) était limitée. Dans l'étude de Paquay et al. sur les débriefing, les équipes se révélaient moins intéressées par les discussions relatives au moral que celles concernant le travail et l'organisation pendant les débriefing (53). En partant de ce constat, l'adhésion rencontrée lors des autres études (36,40,41,69) n'a pas été

rencontrée lors du présent pilote de DED. Effectivement, les équipes comprenaient l'intérêt de pratiquer les débriefing grâce aux changements concrets que cela apporte à leur travail quotidien (53,71). Cela a été rendu possible grâce à la mise en place d'un feedback instantané (41,72), un suivi, une communication claire (41,72) réalisée en avance avec des actions concrètes en réaction rendues possibles par le soutien du leadership (41,72-74). Des actions similaires pourraient augmenter l'adhésion de l'équipe à la DED. La DED entrerait donc dans une stratégie globale institutionnelle d'amélioration plutôt que dans une étude à visée pilote ou exploratoire comme ici. Une « publicité » des déclarations réalisées, des leçons apprises et des changements amenés pourrait être intéressante pour augmenter l'adhésion (36,55,72).

4.1.3. *Intention-action gap*

Malgré la démonstration d'une attitude positive de la part des équipes face à l'innovation proposée, l'outil n'a été que peu utilisé par les équipes et celles-ci déclarent ne pas continuer à l'utiliser après étude. Nous remarquons que ce comportement s'apparente à la théorie de l'*intention-action gap*. Cette théorie s'intéresse tout particulièrement aux mécanismes sous-tendant la différence entre ce que les individus prévoient de faire et ce qu'ils accomplissent réellement. Afin d'implémenter avec succès la DED, il faut que l'équipe ait l'intention de l'utiliser même si cela ne garantit pas son utilisation (75). Ce prérequis n'était pas présent dès le début de ce travail.

Tout d'abord, malgré un objectif axé sur l'apprentissage à partir des pratiques positives, les équipes ne voyaient pas le potentiel d'amélioration continue de l'outil (75). Ensuite, l'ensemble de l'équipe n'a pas montré un réel intérêt pour cette innovation. Certains membres n'en étaient pas demandeurs. Cela a affaibli l'intention d'utiliser la DED car l'innovation ne provenait pas de leur propre initiative (75,76). De plus, l'intention déjà fragile entre en conflit avec des objectifs prioritaires comme la prise en charge des patients (76). La charge de travail élevée, les difficultés avec le système de reporting existant et l'insatisfaction concernant les soins prodigués compliquent davantage l'atteinte de l'objectif de déclarer du positif (76). Ces contraintes rendent la traduction de l'intention en action difficile. Aussi, les

intentions se transforment plus facilement en comportement lorsqu'elles sont basées sur des sentiments plutôt que sur les conséquences attendues de l'action (75). Notre étude n'a pas prévu de feedback, ce qui aurait pu renforcer les sentiments positifs et l'apprentissage lié à l'outil. Un feedback adéquat lors de futures études pourrait renforcer les sentiments positifs liés à la démarche et la dimension d'apprentissage de l'outil (76). Dernièrement, bien que certains membres de l'équipe aient eu l'intention d'utiliser la DED, l'oubli et le manque de temps ont entravé la planification et l'utilisation de l'outil (75). Cet oubli peut résulter de la faible volonté de l'équipe et des priorités concurrentes dans un environnement de travail chargé. Or, la planification de l'action est essentielle pour concrétiser l'intention (77).

Cette théorie peut s'étendre à d'autres dispositifs en place en milieu hospitalier. Étant donné le problème répandu de la sous-déclaration, il est essentiel de se concentrer sur les méthodes d'implémentation des dispositifs qui permettraient d'assurer leur utilisation. Des solutions supplémentaires à celles déjà discutées précédemment peuvent être envisagées pour augmenter l'utilisation de la DED ou des outils de reporting en place. Par exemple, la présence d'un champion de l'innovation au sein de l'équipe (78) ou l'engagement de la hiérarchie du service dans l'innovation (72) pourraient aider à surmonter les obstacles initiaux à l'action par des rappels, une aide pour remplir l'outil, penser positif et dépasser la superficialité initiale de la déclaration. Ces personnes permettraient aussi de montrer l'exemple aux autres et de promouvoir les outils disponibles (58). Cela permettrait aussi de maximiser la stabilité de l'intention dans le temps pour perdurer l'usage de la DED. La mise en place d'incitants peut aussi être intéressante (68,72). Ces incitants peuvent prendre la forme d'affichage des bonnes pratiques et réception d'un « prix » pour symboliser la pratique excellente identifiée (68). Une publicité des pratiques excellentes et des changements réalisés à la suite de la DED peut montrer l'intérêt qu'a la démarche aux déclarants, donner un suivi des progrès accomplis et valoriser le travail effectué (55,68,75).

4.2. Contenu des DED

Dans cette étude, nous avons identifié quatre **catégories** du DOLL présentes dans les DED : autre unité, environnement de travail, unité et individu. Une recherche menée par Paquay et

al. en 2020 sur le contenu des débriefings a révélé que les catégories du DOLL contenant significativement davantage d'éléments positifs étaient celles liées à l'unité et aux individus (53). Toutefois, il convient de noter que, contrairement à cette étude, les catégories concernant les autres unités et l'environnement de travail dans l'étude de Paquay et al. ont compté une majorité d'éléments négatifs (53). Il semble également étonnant de souligner que des aspects positifs concernant la charge de travail aient été mentionnés dans le présent travail. Au cours des entretiens, certains ont considéré la charge de travail comme un obstacle majeur à l'utilisation de l'outil. Il se peut que celle-ci soit vécue comme si écrasante pour les équipes qu'elles estiment important de souligner les jours où elle est moins intense. De plus, la modalité relative aux comportements des individus n'a été que peu évoquée par rapport aux conclusions des études antérieures. Un travail de mémoire réalisé par Audrey Bertrand (79) dans les mêmes services a révélé un classement similaire des éléments positifs à celui de la présente étude. À noter que dans toutes ces études, deux catégories n'ont pas été utilisées pour classer les PLUS (patient et institution).

Ces légères différences de contenu peuvent s'expliquer par le contexte spécifique de chaque étude et par le canal de déclaration utilisé. L'étude de Paquay et al. a été menée pendant la pandémie de COVID-19, ce qui a pu influencer le contenu des débriefings (53). La charge de travail plus élevée lors de la pandémie a pu augmenter les DELTA se trouvant dans la rubrique « environnement de travail » (80,81). Aussi, des difficultés liées à l'organisation avec les autres unités avaient été soulevées par les équipes dans l'étude de 2020 (53). Dans ce contexte particulier où l'hôpital doit se réorganiser en permanence face à cette situation inédite, le fait de rencontrer plus de problèmes de coordination entre les différents services semble difficilement évitable. En ce qui concerne le canal de communication, les études de Paquay (53) et Bertrand (79) abordent des données liées au positif obtenues lors des débriefings. Lors de ceux-ci, les débriefeurs posent des questions visant à faire émerger des éléments positifs (67,71,82). Cette approche peut induire une réflexion positive chez les professionnels de la santé et permettre de recueillir plus d'aspects positifs lors des débriefings que ce qui aurait été mentionné spontanément. Cela pourrait expliquer la différence entre le nombre de PLUS recueillis lors des débriefings et celui des DED collectées.

Un autre aspect à considérer est la **superficialité** des déclarations recueillies. Le biais qui nous porte à nous concentrer sur le négatif (67,82) pourrait jouer un rôle dans cette superficialité de l'analyse. Il est plus difficile de reconnaître nos succès de manière intrinsèque ce qui peut compliquer leur analyse (67). Les éléments soulevés en débriefing sont souvent superficiels et nécessitent des questions pour les approfondir (67,71,82). Dans les études portant sur l'implémentation de *Learning from Excellence*, l'approche *appreciative inquiry* était utilisée pour tirer des enseignements des succès des personnes de terrain (36,42,44,78,83,84). Cette approche *bottom-up* se base sur l'amélioration par l'apprentissage à partir des événements positifs et des forces de l'organisation (85,86). Après l'identification des succès, via un reporting par exemple, des entretiens avec les personnes visées par la déclaration sont organisés afin de déceler les mécanismes ayant mené à ce résultat (78). À partir de ces entretiens, des pistes d'améliorations sont proposées et diffusées aux équipes (36,78,83,86). Un entretien, après avoir déclaré un événement indésirable, inspiré de l'approche pourrait peut-être aider le déclarant à aller plus loin dans sa réflexion et tirer des enseignements de l'évènement positif. Cependant, cela pourrait accroître la charge de travail des personnes chargées d'analyser ces événements. Il serait intéressant, lors d'une étude pilote dans un autre service, de prévoir un suivi basé sur ce type d'approche afin d'aider les soignants à réfléchir plus profondément sur leurs succès et d'étudier la faisabilité de cette approche au sein de l'institution.

5. Limites

Dans le présent travail, aucun processus de feedback, de réaction face aux évènements déclarés ou d'engagement du leadership n'étaient prévus. Or, le feedback est essentiel pour motiver pour les équipes. Tous ces facteurs avaient contribué à la réussite de l'implémentation du débriefing. Aussi, la période d'implémentation a été courte (cinq semaines). Une difficulté à toucher l'ensemble des membres des services concernés a été rencontrée. Cela a pu impacter la collecte des données. De plus, de nouveaux médecins sont arrivés dans le service à la mi-avril. Il est important de noter que cette étude pourrait être affectée par un biais de désirabilité, car les soignants pourraient ne pas avoir été totalement sincères avec le chercheur. En effet, ils se sont même excusés de ne pas envisager d'utiliser l'outil. Il est important de noter que la présence du chercheur sur le site pourrait avoir influencé le nombre de DED remplies ainsi que leur authenticité. Certains professionnels de la santé ont peut-être rempli les formulaires davantage pour soutenir le projet de recherche que pour mettre en avant des points positifs. Dernièrement, vu qu'il s'agit d'une étude qualitative, un biais d'interprétation inconscient de la part du chercheur est possible.

6. Conclusion

Le reporting positif est une démarche encore émergente dans le monde de la sécurité des soins. N'étant encore que peu investiguée, le présent travail visait à implémenter une DED dans deux services d'urgences liégeois. L'objectif principal était d'analyser l'implémentation d'une DED, tandis que les objectifs secondaires visaient à comparer le contenu des DED avec celui des débriefings et à identifier les freins et les incitants à l'utilisation de l'outil.

Les résultats montrent des contenus relativement similaires aux autres études réalisées dans ces services. Cependant, l'adhésion à la DED a été faible. Bien que les équipes aient démontré une attitude positive envers l'initiative, les principales barrières à l'utilisation de l'outil incluaient une perception limitée de sa plus-value par rapport aux débriefings cliniques existants, un questionnement sur le potentiel d'amélioration que la DED pourrait apporter à leur pratique et une démotivation liée aux outils de reporting.

Pour renforcer l'adhésion à la DED et aux outils de reporting en général, il est crucial d'améliorer la communication sur les objectifs du système ainsi que de fournir un retour visible sur les améliorations apportées. La participation des équipes à la conception et à la révision des outils de reporting pourrait augmenter leur acceptabilité et leur adéquation avec les besoins des déclarants. En outre, il est essentiel de simplifier les outils de reporting pour les rendre plus rapides et plus faciles à utiliser. La démarche du reporting positif nécessite encore d'être explorée dans la littérature. Tenir compte des points mis en évidence dans ce travail permettra d'assurer une meilleure réussite des futures tentatives d'implémentation de ce type de reporting.

Pour terminer, la culture sécurité est un prérequis indispensable pour la réussite de ce type d'innovation. En dépit des défis rencontrés, l'importance de renforcer cette culture ne peut être sous-estimée pour améliorer l'efficacité des outils de reporting et, en fin de compte, la qualité et la sécurité des soins.

7. Références bibliographiques

1. Serment D'Hippocrate (texte original) [Internet]. Ordre des médecins. [cité le 30/08/2023]. Disponible sur: <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-belgique/serment-hippocrates>
2. Mougeot, F, Occelli, P, Buchet-Poyau K, Robelet M, Touzet, S, Michel, P. [The emergence of patient safety issues in France]. Santé Publique. 2017; 29(6): 869-77. French. DOI : <https://doi.org/10.3917/spub.176.0869>
3. National Health System (UK). An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. London : The Stationery Office [Internet], 2000 [cité le 30/08/2023]. 108p. Disponible sur : https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130107105354/http://dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf
4. Institute of Medicine (US). To err is human: building a safer health system [Internet]. Washington: The National Academies Press; 2000 [cité le 30/08/2023]. 312p. Disponible sur: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system>
5. Baker GR, Norton PG. Patient safety and healthcare error in the canadian healthcare system: a systematic review and analysis of leading practices in Canada with reference to key initiatives elsewhere [Internet]. Canada. 2002 [cité le 30/08/2023]. 167p. Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/quality-care/patient-safety-healthcare-error-canadian-healthcare-system-systematic-review-analysis-leading-practices-canada-reference-key-initiatives.html>
6. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in australian health care study. Med J Aust. 1995 Nov 6 ;163(9):458-71. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x>

7. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care*. 2006 Jun;15(3):174-8. DOI : <https://doi.org/10.1136%2Fqshc.2006.017947>
8. World Health Organization. Fifty-Fifth World Health Assembly: Resolutions and decisions annexes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 13-18 May 2002 [cité le 30/08/2023]. 75p. Report No: WHA55/2002/REC/1. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259364/WHA55-2002-REC1-eng.pdf>
9. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2005 [Internet]. Geneva: World Health Organization; Oct 2004 [cité le 30/08/2023]. 34p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf>
10. World Alliance for Patient Safety (World Health Organization). WHO draft guidelines for adverse event reporting and Learning systems [Internet]. Geneva: WHO Document Production Services; 2005 [cité le 30/08/2023]. 80p. Report No.: WHO/EIP/SPO/QPS/05.3. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
11. National Patient Safety Foundation. [Free from harm: accelerating patient safety improvement fifteen years after To Err Is Human] [Internet]. Boston; 2015 [cité le 30/08/2023]. 59p. French. Disponible sur: <https://www.ihf.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx>
12. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. 2013 Oct;22(10):809-15. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748.
13. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N, The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level [Internet]: Organization for Economic Co-operation and Development; March 2017 [cité le 30/08/2023]. 65p. Report No.: DI161105. Disponible sur :

<https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>

14. Direction générale de l'Offre de Soins du Ministère de la Solidarité et de la Santé, Eneis 2019: enquête nationale sur les évènements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé [Internet]. France; 2019 [cité le 30/08/2023]. 145p. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/eneis_3_2019_.pdf
15. 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. *N Engl J Med.* 2023 Jan 12;388(2):142-153. doi: 10.1056/NEJMs2206117. PMID: 36630622.
16. PAQS. Rapport du projet PRIM : étude réalisée en collaboration avec l'OCDE, Solidaris, la Mutualité Chrétienne et les Mutualités Libres. Bruxelles: PAQS ASBL; 2023 April. 35p.
17. Marquet K, Claes N, De Troy E, Kox G, Droogmans M, Schrooten W, Weekers F, Vlayen A, Vandersteen M, Vleugels A. One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associated with a highly preventable adverse event: a patient record review in six belgian hospitals. *Crit Care Med.* 2015 May;43(5):1053-61. doi: 10.1097/CCM.0000000000000932. PMID: 25756416; PMCID: PMC4403974.
18. World Health Organization. Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients - édition multiprofessionnelle [Internet]. France: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (France), 2015 [cité le 07/04/2023]. 272p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250728/9782111395572-fre.pdf>
19. SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement [Internet]. Bruxelles. Système de gestion de la sécurité des patients; 2021 Oct 26 [cité le 04/03/2024]. Disponible sur : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securete-des-patients/systeme-de-gestion-de>
20. Sfez M. Signalement des évènements indésirables : des systèmes à réformer. *Risques & qualité.* 2022;19(3): 149-54.

21. Pham JC, Girard T, Pronovost PJ. What to do with healthcare incident reporting systems. *J Public Health Res.* 2013 Dec 1;2(3):e27. doi: 10.4081/jphr.2013.e27. PMID: 25170498; PMCID: PMC4147750.
22. Benn J, Koutantji M, Wallace L, Spurgeon P, Rejman M, Healey A, Vincent C. Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. *Qual Saf Health Care.* 2009 Feb;18(1):11-21. doi: 10.1136/qshc.2007.024166. PMID: 19204126.
23. Braithwaite J, Westbrook M, Travaglia J. Attitudes toward the large-scale implementation of an incident reporting system. *Int J Qual Health Care.* 2008 Jun;20(3):184-91. doi: 10.1093/intqhc/mzn004. Epub 2008 Mar 12. PMID: 18337286.
24. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (BE). Rapport du benchmarking: troisième étude nationale sur la culture de sécurité dans les hôpitaux belges [Internet]. Université d'Hasselt ; 2016 Déc 12 [cité le 27/04/2023]. 171p. Disponible sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/fr - rapport benchmark 2016.pdf
25. Tevis SE, Schmocker RK, Wetterneck TB. Adverse Event Reporting: Harnessing Residents to Improve Patient Safety. *J Patient Saf.* 2020 Dec;16(4):294-298. doi: 10.1097/PTS.0000000000000333. PMID: 29028690; PMCID: PMC5955765.
26. OECD Reviews of health care quality. *Caring for quality in health: lessons learnt from 15 reviews of health care quality.* Paris: OECD Publishing; 2017. 86p. Disponible sur : https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/caring-for-quality-in-health_9789264267787-en#page1
27. Donaldson L. Patient safety incident reporting and learning system: technical report and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. 72p. ISBN 978-92-4-001033-8 Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf?sequence=1>
28. National Health System England (UK). *The NHS Patient Safety Strategy: safer culture, safer systems, safer patients.* [Internet], July 2019. 84p. Disponible sur:

https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/08/190708_Patient_Safety_Strategy_for_website_v4.pdf

29. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000 Mar 18;320(7237):768-70. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768. PMID: 10720363; PMCID: PMC1117770
30. Sujan M, Huayi H, Braithwaite J. Learning from incidents in health care: critique from a Safety-II perspective. *Safety Science*. 2017 Nov; 99(A):115-21. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.08.005>
31. Hollnagel E. A Tale of Two Safeties [Internet]. Denmark; 2013 March [Cité le 10/04/2023]. 9p. Disponible sur: <https://erikhollnagel.com/A%20Tale%20of%20Two%20Safeties.pdf>
32. Hollnagel E, Wears R, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper [Internet]. Denmark, Florida, Australia: University of Southern Denmark, University of Florida, Macquarie University; 2015 [cité le 05/04/2023]. 43p. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>
33. Baxter R, Taylor N, Kellar I, Lawton R. What methods are used to apply positive deviance within healthcare organisations? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2016 Mar;25(3):190-201. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004386. Epub 2015 Nov 20. PMID: 26590198; PMCID: PMC4789698.
34. Lawton R, Taylor N, Clay-Williams R, Braithwaite J. Positive deviance: a different approach to achieving patient safety. *BMJ Qual Saf*. 2014 Nov;23(11):880-3. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003115. Epub 2014 Jul 21. PMID: 25049424; PMCID: PMC4215344.
35. Crossingham G, Ord H, Hannon F, Viira D, Plunkett A. Learning from excellence: a thematic analysis of staff-reported excellence in healthcare from two acute NHS trusts. *British Journal of Healthcare Management*. 2023. 18p. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2023.0024>
36. Kelly N, Blake S, Plunkett A. Learning from excellence in healthcare: a new approach to incident reporting. *Arch Dis Child*. 2016 Sep;101(9):788-91. doi: 10.1136/archdischild-2015-310021. Epub 2016 May 4. PMID: 27145792.

37. Verhagen MJ, de Vos MS, Sujan M, Hamming JF. The problem with making Safety-II work in healthcare. *BMJ Qual Saf.* 2022 May;31(5):402-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014396>
38. Martins JB, Carim GJ, Saurin TA, Costella MF. Integrating Safety-I and Safety-II: learning from failure and success in construction sites. *Safety Science.* 2022 April;148: 12p. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2022.105672>
39. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Qual Saf.* 2012 Apr;21(4):267-70. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000605. Epub 2012 Jan 2. PMID: 22213379.
40. Chain G, Marshall E, Geddie C, Joseph S, Chain B, Clark C. Learning from Excellence: the 'Yaytix' programme. *Scott Med J.* 2018 Nov;63(4):104-107. doi: 10.1177/0036933018799605. Epub 2018 Sep 15. PMID: 30222067.
41. Kletter M, Plunkett E, Plunkett A et al. Impact of the 'Learning from Excellence' programme in NHS trusts: an exploratory study. *British Journal of Healthcare Management.* 2020. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2020.0003>
42. Hayward S. Sharing outstanding excellence: a positive event reporting system. *Future Healthc J.* 2019 Mar;6(Suppl 1):200. doi: 10.7861/futurehosp.6-1-s200. PMID: 31363710; PMCID: PMC6616820.
43. Smaggus A. Safety-I, Safety-II and burnout: how complexity science can help clinician wellness. *BMJ Qual Saf.* 2019 Aug;28(8):667-71. DOI : <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-009147>
44. Jones AS, Isaac RE, Price KL, Plunkett AC. Impact of Positive Feedback on Antimicrobial Stewardship in a Pediatric Intensive Care Unit: A Quality Improvement Project. *Pediatr Qual Saf.* 2019 Aug 30;4(5):e206. doi: 10.1097/pq9.0000000000000206. PMID: 31745509; PMCID: PMC6805100.
45. Borghini A, Corazza I, Nuti S. Learning from Excellence to Improve Healthcare Services: The Experience of the Maternal and Child Care Pathway. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 4;18(4):1481. doi: 10.3390/ijerph18041481. PMID: 33557329; PMCID: PMC7915574.

46. Sorra J, Khanna K, Dyer N, Mardon R, Famolaro T. Exploring relationships between patient safety culture and patients' assessments of hospital care. *J Patient Saf.* 2012 Sep;8(3):131-9. doi: 10.1097/PTS.0b013e318258ca46. PMID: 22785344.
47. Hutchinson A, Young TA, Cooper KL, McIntosh A, Karnon JD, Scobie S, Thomson RG. Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. *Qual Saf Health Care.* 2009 Feb;18(1):5-10. doi: 10.1136/qshc.2007.022400. PMID: 19204125.
48. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open.* 2017 Nov 8;7(11):e017708. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017708. PMID: 29122796; PMCID: PMC5695304.
49. Patterson M, Deutsch ES. Safety-I, Safety-II and resilience engineering. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2015 Dec;45(12):382-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.10.001>
50. Nugus P, Forero R, McCarthy S, McDonnell G, Travaglia J, Hilman K, Braithwaite J. The emergency department "carousel": an ethnographically-derived model of the dynamics of patient flow. *International Emergency Nursing.* 2014;22: 3–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2013.01.001>
51. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009 Aug 7;4:15p. doi: 10.1186/1748-5908-4-50. PMID: 19664226; PMCID: PMC2736161.
52. SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Manuel pour l'emploi de la taxonomie dans les hôpitaux belges [Internet]. 2010 Nov [cité le 20/05/2024]. 65p. Disponible sur : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_taxonomie_novembre_2010.pdf
53. 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; 9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fmed.2022.882326>
54. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon M-P, Griffiths F, Nicolau B, O’Cathain A, Rousseau M-C, Vedel I. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT): version française 2018 [Internet]. Canada : Université McGill ; Sept 2020 [Cited 11/07/2023]. 11p. Disponible sur : http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/141403911/MAT_2018_criteria-manual_2020-09-18-FR.pdf
55. Ngo J, Lau D, Ploquin J, Receveur T, Stassen K, Del Castilho C. Improving incident reporting among physicians at south health campus hospital. *BMJ Open Qual*. 2022 Oct;11(4):e001945. doi: 10.1136/bmjopen-2022-001945. PMID: 36207052; PMCID: PMC9557309.
56. de Paiva MC, Popim RC, Melleiro MM, Tronchim DM, Lima SA, Juliani CM. The reasons of the nursing staff to notify adverse events. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Oct;22(5):747-54. doi: 10.1590/0104-1169.3556.2476. PMID: 25493669; PMCID: PMC4292683.
57. Hamed MMM, Konstantinidis S. Barriers to Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review. *West J Nurs Res*. 2022 May;44(5):506-523. doi: 10.1177/0193945921999449. Epub 2021 Mar 17. PMID: 33729051.
58. Kurihara M, Watari T, Rohde JM, Gupta A, Tokuda Y, Nagao Y. Nationwide survey on Japanese residents' experience with and barriers to incident reporting. *PLoS One*. 2022 Dec 1;17(12):e0278615. doi: 10.1371/journal.pone.0278615. PMID: 36455042; PMCID: PMC9714900.
59. Gqaleni TMH, Mkhize SW. Barriers to implementing patient safety incident reporting and learning guidelines in specialised care units, KwaZulu-Natal: A qualitative study. *PLoS One*. 2024 Mar 8;19(3):e0289857. doi: 10.1371/journal.pone.0289857. PMID: 38457469; PMCID: PMC10923419.
60. Pramesona BA, Sukohar A, Taneepanichskul S, Rasyid MFA. A qualitative study of the reasons for low patient safety incident reporting among Indonesian nurses. *Rev Bras*

- Enferm. 2023 Oct 9;76(4):e20220583. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0583. PMID: 37820144; PMCID: PMC10561923.
61. Chen LC, Wang LH, Redley B, Hsieh YH, Chu TL, Han CY. A Study on the Reporting Intention of Medical Incidents: A Nursing Perspective. *Clin Nurs Res*. 2018 Jun;27(5):560-578. doi: 10.1177/1054773817692179. Epub 2017 Feb 6. PMID: 28166659.
 62. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Barriers to patient safety incident reporting by Brazilian health professionals: an integrative review. *Cien Saude Colet*. 2019 Aug 5;24(8):2895-2908. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232018248.23912017. PMID: 31389537.
 63. Chiang HY, Lee HF, Lin SY, Ma SC. Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses. *J Nurs Manag*. 2019 May;27(4):806-814. doi: 10.1111/jonm.12744. Epub 2019 Mar 18. PMID: 30614592
 64. Rashed A, Hamdan M. Physicians' and Nurses' Perceptions of and Attitudes Toward Incident Reporting in Palestinian Hospitals. *J Patient Saf*. 2019 Sep;15(3):212-217. doi: 10.1097/PTS.0000000000000218. PMID: 26101997.
 65. Archer S, Thibaut BI, Dewa LH, Ramtale C, D'Lima D, Simpson A, Murray K, Adam S, Darzi A. Barriers and facilitators to incident reporting in mental healthcare settings: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020 Jun;27(3):211-223. doi: 10.1111/jpm.12570. Epub 2019 Dec 3. PMID: 31639247.
 66. Macrae C. The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf*. 2016 Feb;25(2):71-5. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004732. Epub 2015 Sep 7. PMID: 26347519.
 67. Wahl K, Stenmarker M, Ros A. Experience of learning from everyday work in daily safety huddles-a multi-method study. *BMC Health Serv Res*. 2022 Aug 30;22(1):1101. doi: 10.1186/s12913-022-08462-9. PMID: 36042516; PMCID: PMC9424837.
 68. Higgins M. Learning from Excellence as the first step in Appreciative Inquiry: Experience from a tertiary level academic maternity unit. *MedEdPublish* (2016). 2017 Jan 11;6:5. doi: 10.15694/mep.2017.000005. PMID: 38406470; PMCID: PMC10885215.

69. Sinton D, Lewis G, Roland D. Excellence reporting (Greatix): creating a different paradigm in improving safety and quality. *Emergency Medicine Journal*. 2016;33:901-902.
70. Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, Levy M, Maertens de Noordhout C, Obyn C, Devos C, Scohy A, Vlayen A, Yaras H, Janssens C, Meeus P. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 376B. DOI: 10.57598/R376B.
71. Paquay M, Simon R, Ancion A, Graas G, Ghuysen A. A success story of clinical debriefings: lessons learned to promote impact and sustainability. *Front Public Health*. 2023 Jul 5;11:1188594. doi: 10.3389/fpubh.2023.1188594. PMID: 37475771; PMCID: PMC10354544.
72. Hegde S, Hettlinger AZ, Fairbanks RJ, Wreathall J, Krevat SA, Jackson CD, Bisantz AM. Qualitative findings from a pilot stage implementation of a novel organizational learning tool toward operationalizing the Safety-II paradigm in health care. *Appl Ergon*. 2020 Jan;82:102913. doi: 10.1016/j.apergo.2019.102913. Epub 2019 Aug 23. PMID: 31450045.
73. Aldawood F, Kazzaz Y, AlShehri A, Alali H, Al-Surimi K. Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Qual*. 2020 Feb;9(1):e000753. doi: 10.1136/bmjoq-2019-000753. PMID: 32098776; PMCID: PMC7047506.
74. Servotte JC, Welch-Horan TB, Mullan P, Piazza J, Ghuysen A, Szyld D. Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Adv Simul (Lond)*. 2020 Nov 11;5(1):32. doi: 10.1186/s41077-020-00150-0. PMID: 33292850; PMCID: PMC7656224.
75. Sheeran P, Webb T. L. The intention–behavior gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 2016; 10(9), 503-18. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/spc3.12265>
76. Conner M, Norman P. Understanding the intention-behavior gap: The role of intention strength. *Front Psychol*. 2022 Aug 4;13:923464. doi: 10.3389/fpsyg.2022.923464. PMID: 35992469; PMCID: PMC9386038.

77. Sutton S. How does the Health Action Process Approach (HAPA) bridge the intention–behavior gap? An Examination of the Model's Causal Structure. *Applied Psychology*. 2008 Jan 30; 57(1): 66-74. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00326.x>
78. Shendell-Falik N, Feinson M, Mohr BJ. Enhancing patient safety: improving the patient handoff process through appreciative inquiry. *J Nurs Adm*. 2007 Feb;37(2):95-104. doi: 10.1097/00005110-200702000-00012. PMID: 17273030.
79. Bertrand Audrey. Face à Face: Déclarations d'évènements indésirables vs Débriefings cliniques fin de pause, quel cadre de classification pour partager les meilleures informations? [master's thesis]. Liege (BE): Université de Liège; 2023. 53p.
80. Bruyneel A, Gallani MC, Tack J, d'Hondt A, Canipel S, Franck S, Reper P, Pirson M. Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021 Feb;62:102967. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102967. Epub 2020 Oct 28. PMID: 33162312; PMCID: PMC7598359.
81. Khan Y, Bruyneel A, Smith P. Determinants of the risk of burnout among nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium: A cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2022 Jul;30(5):1125-1135. doi: 10.1111/jonm.13624. Epub 2022 Apr 28. PMID: 35403282; PMCID: PMC9115243.
82. 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.
83. Van Graas R, Gobbens RJ. Learning and Developing Together for Improving the Quality of Care in a Nursing Home, Is Appreciative Inquiry the Key? *Healthcare (Basel)*. 2023 Jun 24;11(13):1840. doi: 10.3390/healthcare11131840. PMID: 37444674; PMCID: PMC10340465.
84. Plunkett A. Embracing excellence in healthcare: the role of positive feedback. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2022 Oct;107(5):351-354. doi: 10.1136/archdischild-2020-320882. Epub 2021 Aug 23. PMID: 34426538.

85. Sandars J, Murdoch-Eaton D. Appreciative inquiry in medical education. *Med Teach*. 2017 Feb;39(2):123-127. doi: 10.1080/0142159X.2017.1245852. Epub 2016 Nov 17. PMID: 27852144.
86. Cooperrider D, Whitney D. A Positive Revolution in Change: Appreciative Inquiry. Draft. January 2005. 25p. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/237404587_A_Positive_Revolution_in_Change_Appreciative_Inquiry

8. Annexes

Formulaire de demande d'avis au comité d'éthique

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des
mémoires des étudiants
du Master en Sciences de la Santé publique
(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06
octobre 2016)

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

1. Etudiant•e (prénom, nom, adresse courriel) : Sybille Tremblez,
sybille.tremblez@student.uliege.be
2. Finalité spécialisée : GEIS
3. Année académique : 2023-2024
4. Titre du mémoire :
« Implémentation du reporting positif au service des urgences du CHU de Liège »
5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
Service des urgences du CHU de Liège (Sart-Tilman)
6. Nom du/de la Professeur•e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Président•e de Département :

Dr GHUYSEN Alexandre (chef de service)
7. Promoteur•trice•s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
Paquay Méryl
Assistante volontaire, Maître de conférence et Doctorante (ULiège)
Responsable Qualité et Sécurité au Service des Urgences du CHU de Liège
Adresse mail : méryl.paquay@chuliege.be
8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

Identifier l'impact de la vision Safety-II sur les équipes au niveau de la résilience, le travail d'équipe, la perception de la sécurité des soins et la communication au sein de l'équipe

Déterminer les principaux freins et incitants à l'usage de la déclaration d'évènements désirables.

Évaluer l'expérience du personnel en termes de satisfaction et d'efficacité.

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

La notion de sécurité dans les soins de santé est définie par l'OMS sur base des évènements indésirables, c'est-à-dire les évènements où celle-ci n'est pas présente. Cette vision de la sécurité, rebaptisée Safety-I, voit les facteurs humains comme un danger étant donné la variabilité dans leurs performances. Cela a conduit à la création d'outils tels que des procédures et des standardisations pour contenir cette variabilité. À côté de cela, l'utilisation de déclarations d'évènements indésirables permet de trouver la cause de l'erreur et d'améliorer le système. L'approche Safety-I est orientée vers l'action sur l'erreur pour garantir la sécurité. Cependant, au quotidien, le nombre d'évènements indésirables est minime contrairement aux évènements ayant une issue acceptable ou positive.

Une autre vision de la sécurité, Safety-II, émerge dans les années 2000 avec le postulat contraire. Le système subit des variations constantes dont on ne peut s'affranchir. Ce qui permet de mener la majorité des processus à bien face à ces modifications constantes est le facteur humain. De plus, comme mentionné plus haut, les évènements ont plus souvent une issue acceptable que négative. Il serait donc utile de se pencher également sur ce qui fonctionne dans le quotidien afin d'améliorer la sécurité. Ce type d'approche privilégie le reporting positif ainsi que l'analyse du travail quotidien afin de dégager les variations et les ajustements de performance face à celles-ci qui permettent de maintenir la sécurité.

La limite de Safety-II est le peu d'études pratiques existantes sur le sujet. La quasi inexistance d'étude, la complexité dans la démonstration d'améliorations liées à Safety II ainsi que la difficulté de quantifier celles-ci sont des facteurs qui expliquent le manque de connaissance sur les conséquences réelles de Safety-II sur le terrain.

La question de recherche est alors: « quel est l'impact de l'implémentation du reporting positif sur les infirmiers et les médecins travaillant au sein du service des urgences du CHU de Liège ? »

Le design de l'étude envisagée est de type pré-expérimental étant donné l'absence de groupe contrôle. Une approche mixte de devis séquentiel explicatif avec intégration par complémentarité sera utilisée pour répondre à la question de recherche.

Les sujets inclus dans l'étude seront les infirmiers, aides-soignants et médecins du service des urgences du CHU de Liège qui acceptent de participer. La taille de l'échantillon dépendra du nombre de sujets acceptant de participer à l'étude.

Pour atteindre les objectifs cités ci-dessus, un questionnaire sera utilisé afin d'évaluer la résilience, le travail d'équipe, la perception de la sécurité des soins et la communication au sein de l'équipe. Ensuite, une déclaration d'évènement désirables sera implémentée dans le service. Elle sera basée sur la déclaration d'évènement indésirable existante dans le service. Quatre mois plus tard, le même questionnaire mesurera à nouveau les différentes variables. Des entretiens individuels semi-dirigés ou des focus group seront organisés afin d'évaluer les freins et les incitants à l'usage de la déclaration d'évènements désirables ainsi que l'expérience du personnel.

9. 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...) ? Oui
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'Ethique.

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'Ethique.

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

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

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.

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

Date : 10/07/2023 Nom et signature du promoteur :

Méryl Paquay



Avis favorable du comité d'éthique

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



Sart Tilman, le 25/07/2023

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame Sybille **TREMBLEZ**
Service de **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2023/208

"Implémentation du reporting positif au service des urgences du CHU de Liège. "
Protocole : VI

Chère 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, Chère Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

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