

**Faculté de santé publique**

# **L'impact du débriefing clinique de situations complexes sur l'efficacité et le bien-être des équipes de soins.**

Une recherche participative pour l'implémentation d'un « hot débriefing » par la création d'un outil simple et intuitif au sein du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi.

Mémoire réalisé par  
**Loïc Massart**

Promoteur :  
**Pr. Frédéric Thys**

Année académique 2023-2024  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



FACULTE DE SANTE PUBLIQUE

# **L'impact du débriefing clinique de situations complexes sur l'efficacité et le bien-être des équipes de soins.**

Une recherche participative pour l'implémentation d'un « hot débriefing » par la création d'un outil simple et intuitif au sein du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi.

Mémoire réalisé par  
**Loïc Massart**

Promoteur :  
**Pr. Frédéric Thys**

Année académique 2023-2024  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

## ***Remerciements***

Mes premiers remerciements vont à mon promoteur, le professeur Frédéric Thys, qui a su, tout au long de la réalisation de ce travail, m'assister de la meilleure des manières. Sa disponibilité, ses encouragements et ses conseils avisés m'ont permis d'avancer avec confiance et détermination !

Un tout grand merci à tous les participants qui ont pris le temps de répondre au questionnaire ou de participer aux rencontres organisées. Mes cher(e)s collègues, par leur participation ou leur engouement pour ce projet de mémoire, ont été une véritable source de motivation supplémentaire.

Merci aux différents lecteurs de ce travail de prendre le temps de le lire et de me faire profiter de leurs conseils avisés.

Merci aux enseignants ainsi qu'aux assistantes pour leur transmission, grâce à laquelle ce mémoire fut un peu moins fastidieux à traverser. Le personnel administratif, Madame Wangneur et Madame Flamand en particulier, ont également rendu, par leur disponibilité, nos démarches moins pesantes.

Merci à ma cheffe de service, Madame Monfort, pour sa disponibilité lors de mes innombrables changements d'horaires. Elle sera sans doute un peu soulagée de voir ce mémoire terminé !

Enfin, mes derniers remerciements, mais non des moindres, s'adressent à mon entourage. D'abord, ceux sans lesquels je ne serais pas celui que je suis devenu ; mes parents qui m'ont inculqué les valeurs essentielles pour réussir ce genre de challenge. Persévérance, résilience mais aussi humilité sont d'incontestables forces pour traverser un mémoire... mais aussi la vie. Ensuite, ma compagne, Charlotte, à qui je dois tant, y compris l'aboutissement de ce travail. Elle me l'a dit et répété : « t'inquiète, bosse sur ton mémoire et je m'occupe du reste », sans cette abnégation, son indéfectible humour douteux et sa force pour supporter ma mauvaise humeur, je n'en serais pas là... Enfin, mon fils Jean, tes longues nuits à dormir, ta sagesse et ta bonne humeur ont rendu tout cela plus simple... reste à espérer que tu aies découvert le mot « oui » et l'intérêt des légumes quand tu pourras lire ceci...

## **Le plagiat**

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.*

*Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitations de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

## *Table des matières*

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Le débriefing d’hier à aujourd’hui.....</b>	<b>3</b>
2.1.1 Historique.....	3
2.1.2 Etat des lieux et recommandations actuelles .....	4
<b>2.2 Définitions conceptuelles.....</b>	<b>5</b>
2.2.1 Le débriefing clinique.....	6
2.2.2 Evènement critique .....	6
<b>2.3 Les avantages et limites d’un débriefing clinique.....</b>	<b>7</b>
2.3.1 Le bien-être des soignants .....	7
2.3.2 Les relations interprofessionnelles.....	9
2.3.3 L’apprentissage et l’amélioration des processus .....	10
2.3.4 Impact du D.C. sur le leadership .....	11
<b>2.4 Le débriefing clinique concrètement .....</b>	<b>13</b>
2.4.1 Ses caractéristiques .....	13
2.4.2. Son implémentation au sein de la pratique courante .....	14
2.4.3 Les outils dans le débriefing clinique.....	15
<b>3. CONTEXTE, PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Contexte.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Problématique et objectifs.....</b>	<b>18</b>
<b>4. METHODOLOGIE .....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 Méthodologie générale.....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Matériel et public cible.....</b>	<b>21</b>
4.2.1 Public cible .....	21
4.2.2 Matériels .....	22
<b>5. RESULTATS .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 Questionnaire.....</b>	<b>28</b>
5.1.1 Caractéristiques des répondants.....	28
5.1.2 Questions faisant état de la situation actuelle et des besoins perçus .....	31

5.2 Focus Group .....	41
5.3 Formation intitulée « Le débriefing comme outil d'apprentissage organisationnel » dispensée par le centre de simulation médicale de l'Université de Liège.....	46
<b>6. DISCUSSION .....</b>	<b>47</b>
<b>7. ELABORATION DE L'OUTIL ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>53</b>
7.1 Elaboration de l'outil .....	53
7.2 Perspectives.....	54
<b>8. LIMITES.....</b>	<b>58</b>
8.1 Généralisation des résultats / Validité externe.....	58
8.2 Contraintes temporelles .....	58
8.3 Variabilité de la compréhension des termes.....	59
8.4 Biais de sélection.....	59
<b>9. CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>
<b><i>BIBLIOGRAPHIE</i>.....</b>	<b>62</b>
<b><i>ANNEXES</i> .....</b>	<b>72</b>

## TABLE DES FIGURES

<b>Figure 1:</b> Déterminants de la sécurité du patient.....	12
<b>Figure 2:</b> Illustration de la méthode mixte .....	19
<b>Figure 3:</b> Roue de Deming.....	20
<b>Figure 4:</b> Etapes de l'implémentation d'une innovation .....	27
<b>Figure 5:</b> Distribution des soignants du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi.....	28
<b>Figure 6:</b> Distribution des répondants au questionnaire.....	29
<b>Figure 7:</b> Intégration du débriefing clinique dans un processus systémique .....	55
<b>Figure 8:</b> Application de traitement des données du débriefing clinique.....	57

## TABLE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1:</b> Proportion de chaque profession entre les réponses obtenues et la réalité.....	30
<b>Tableau 2:</b> Soignants occupés à temps partiel ou à temps plein en N et en % ayant été confronté à un ou moins d'un événement critique/mois OU plus d'un événement critique/mois.....	33
<b>Tableau 3:</b> Test du Chi <sup>2</sup> pour la différence du nombre de confrontation à un évènement critique par mois entre le personnel à temps partiel et le personnel à temps plein .....	33

## TABLE DES GRAPHIQUES

<b>Graphique 1:</b> Temps de travail des répondants (équivalent temps plein).....	30
<b>Graphique 2:</b> Ancienneté des répondants (années de travail) .....	31
<b>Graphique 3:</b> Fréquence de confrontation à des évènements critiques .....	32
<b>Graphique 4:</b> Proportion de débriefing ayant eu lieu après un évènement critique (selon les répondants) .....	34
<b>Graphique 5:</b> Proportion de sondés ayant facilité des débriefings au cours de la dernière année écoulée .....	37
<b>Graphique 6:</b> Formation des répondants en débriefing clinique.....	37
<b>Graphique 7:</b> Etat des lieux des pratiques actuelles en lien avec le débriefing clinique selon les répondants .....	38
<b>Graphique 8:</b> Etat des lieux des besoins perçus des répondants en lien avec le débriefing clinique.....	39

## TABLE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CISD : Critical Incident Stress Débriefing

DC : Débriefing clinique

DOLL : Debriefing and Organizational Lessons Learned

GHDC : Grand Hôpital de Charleroi

HAS : Haute Autorité en Santé (française)

INFO : Immédiate, Not for personal assessment, Fast, Opportunity to ask questions

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MMQ : Mortalité Morbidité Qualité

PIT : Paramédical Intervention Team

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

RCP : Réanimation Cardio Pulmonaire

RGPD : Règlement Générale de Protection des Données

SMUR : Service Mobile d'Urgence et Réanimation

SPF : Service Publique Fédérale (belge)

TID : Team Immediate Debrief

TALK : Target, Analysis, Learning Points, Key Actions

## 1. INTRODUCTION

Voici maintenant quinze années que j'exerce en qualité d'infirmier spécialisé en aide médicale urgente et soins intensifs au sein d'un service d'urgences drainant annuellement plus de 90 000 patients en demande de soins (Grand Hôpital de Charleroi, 2022). Il y a trois ans, j'ai décidé d'enrichir mon parcours tant personnel que professionnel en entamant ce master en sciences de la santé publique. Pas vraiment au fait du contenu précis du cursus avant de le débiter ; celui-ci, varié et captivant m'a pourtant rapidement enthousiasmé ! Fort de cet apprentissage et de mon expérience professionnelle « clinique », le choix de mon sujet de mémoire m'est apparu comme une évidence qui me permettrait de joindre l'utile à l'agréable. Il s'agira, ici, de traiter du débriefing clinique avec l'ambition de l'implémenter au sein de notre pratique quotidienne grâce à un outil que je souhaiterais simple et intuitif.

Lorsque vous êtes soignants dans un service d'urgences au cœur de la quatrième ville la plus peuplée de Belgique où les enjeux sociaux sont particulièrement prononcés (SPP Intégration Sociale, 2024), vous êtes confrontés régulièrement à des situations particulièrement singulières. Chaque jour apporte ainsi son lot de défis humains et médicaux auxquels les équipes se doivent de répondre efficacement. Dès lors, il semble primordial de disposer de tous les outils disponibles à ce personnel pour le faire.

Le bien-être, la communication, les processus, l'apprentissage et bien d'autres thèmes encore font parties des éléments constitutifs de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit donc de les entretenir afin de les pérenniser et certaines méthodes telles que le débriefing clinique peuvent soutenir cela.

Il me vient de nombreux souvenirs de situations auxquelles il manquait probablement un espace de discussion cadré par la suite. Récemment j'ai, par exemple, pu observer de jeunes soignantes bouleversées suite à une intervention de réanimation pédiatrique à l'issue malheureusement fatale pour la jeune patiente, qui se sont effondrées en larme lors d'une banale discussion. Alors que nous discutons de tout et de rien le temps d'une pause dans le garage du SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation) attendant au service et voyant qu'elles n'étaient pas à l'aise, il m'aura suffi de les interroger sur leur état pour voir monter les larmes. Tristesse, colère, questions techniques étroitement liées à un sentiment de culpabilité...sans insistance, elles repartaient avec tout cela sur le cœur...

Qu'il s'agisse d'exprimer ses émotions, de discuter plus « techniquement » d'une prise en charge défaillante ou simplement de se féliciter en pérennisant les éléments positifs d'une prise en charge... Il semble désormais essentiel de créer un cadre structuré aisément accessible aux soignants. Enfin, l'intérêt manifesté régulièrement par mes collègues au courant de l'objet de mon travail est probablement la meilleure démonstration d'un certain manque ou d'un certain besoin.

Dans le cadre de ce mémoire, j'aborderai dans un premier temps les différents éléments constitutifs de cette problématique, au travers d'une recherche documentaire me permettant de dresser un portrait théorique nécessaire à la bonne compréhension de ce sujet.

Ensuite, je cheminerai étape par étape de manière concrète dans une partie plus pragmatique. Celle-ci décrira la méthodologie employée ainsi que les objectifs précis qu'elle vise à atteindre. Le contexte, élément clé de ce travail, y sera également dévoilé plus en détail.

Les résultats obtenus seront dévoilés et discutés et ceux-ci nous permettront alors d'évoluer vers l'élaboration d'une ébauche de solution à la problématique relevée préalablement.

Enfin, le moment viendra de conclure ce mémoire-projet en tenant compte de limites inhérentes à celui-ci, balancées par des perspectives...réjouissantes !

## 2. CADRE THEORIQUE

### 2.1 Le débriefing d'hier à aujourd'hui

#### 2.1.1 Historique

L'histoire du débriefing est marquée par deux événements majeurs qui en poseront les grandes bases, au-delà de son développement continu depuis son apparition.

C'est à l'officier S. Marshall de l'armée américaine, que l'on doit les débuts du débriefing (Marshall, 1947). Cette pratique est née dans le milieu militaire lors de la seconde guerre mondiale, durant laquelle elle permettait de recueillir des renseignements et d'évaluer les opérations une fois celles-ci menées. Le débriefing, particulièrement utilisée pendant cette guerre, a ensuite été reproduit notamment avec les pilotes pour améliorer les stratégies de combat et les préparer à des missions futures (Gartner, 2013). Strictement établi à l'origine afin d'améliorer les opérations, il s'est rapidement étendu à un aspect plus psychologique ; les soldats ayant un « espace » de désamorçage repartaient ainsi plus rapidement au combat. (Fanning & Gaba, 2007).

Autre étape notable dans l'évolution du concept de débriefing, la création du Critical Incident Stress Debriefing (C.I.S.D.) par Jeffrey T. Mitchell dans les années 80 formalisant le processus de débriefing psychologique (Mitchell, 1983, 1995). Cette méthode a été conçue pour les premiers intervenants d'urgence, confrontés à des événements traumatisants. Cependant, elle a été critiquée car des études ont suggéré que le C.I.S.D. majorait le risque de développer un trouble de stress post-traumatique (P.T.S.D.) chez certaines personnes, remettant en question l'universalité de son application (Carlier et al., 2000). Plus tard, certains auteurs, dont Fanning & Gaba (2007), soulèveront que le problème n'était pas tant lié à la méthode qu'à l'utilisation abusive qu'on en faisait. L'aspect psychologique du débriefing sera développé plus tard dans ce travail.

Enfin, au-delà de ces deux étapes constitutives, l'histoire et l'utilisation du débriefing n'ont cessé de se développer dans différents domaines, à commencer par ceux à hauts risques tel que l'aviation, pour s'étendre ensuite à d'autres disciplines citées entre autres par Tannenbaum & Cerasoli (2013) comme la médecine, l'éducation, la psychologie, le travail social et les organisations d'entreprise. Dans le secteur de la santé plus particulièrement, nous verrons que malgré les avantages du débriefing, démontrés par de nombreuses études, voire l'impact négatif de son absence, son adoption reste limitée et souvent mal organisée dans la pratique courante. (Clark & Mclean, 2018 ; Coggins et al., 2020 ; Zinns et al., 2015)

## 2.1.2 Etat des lieux et recommandations actuelles

Les publications soulignant le manque de débriefings, ou de structure pour les réaliser sur le terrain, ne manquent pas. Ainsi, Coggins et al. (2020) relèvent dans leur étude, réalisée au sein d'un service d'urgences, que seuls 31% des manœuvres de réanimation avaient ensuite fait l'objet d'un débriefing. Plus récemment, dans leur analyse du concept de débriefing clinique (DC), Toews et al. (2021) font part de moins de 25% de débriefing suivant une réanimation cardio-pulmonaire dans les hôpitaux américains. Ce chiffre est d'ailleurs similaire à celui obtenu par Sandhu et Al. (2014) par plus de la moitié des répondants (médecins et infirmiers de dix services d'urgences pédiatriques canadiens) de leur étude. Près de 70% de ces mêmes professionnels soulignaient par ailleurs le manque d'intérêt institutionnel pour la mise en œuvre d'un débriefing. En 2009, Theophilos et al. relèvent dans une autre étude portant sur treize services d'urgences pédiatriques en Nouvelle-Zélande et en Australie, que 89% des répondants, infirmier(e)s et médecins confondus, n'avaient aucune ligne directrice pour mener un débriefing. Par ailleurs, le nombre de débriefings annuels par département impliqué dans l'étude s'élevait à seulement quatre par an en moyenne.

Il existe de multiples exemples dans la littérature mettant en évidence les lacunes dans l'application du débriefing dans le secteur de la santé. Cela est en opposition avec le nombre croissant de recommandations provenant d'entités sanitaires renommées.

Dans leur article de 2021, Diaz-Navarro et al. mentionnent que « Les organismes de santé internationaux recommandent un débriefing clinique (...) » et citent quelques exemples de contexte dans lequel des organismes sanitaires importants le recommandent : « après des procédures invasives (National Safety Standards for Invasive Procedures du Royaume-Uni), après la réanimation (American Heart Association et European Resuscitation Council), dans des environnements de salle d'opération (Organisation mondiale de la santé, Five Steps for Safer Surgery du Royaume-Uni) et globalement comme une stratégie visant à améliorer les performances cliniques (Agence américaine pour la recherche et la qualité des soins de santé) ». Concrètement, et sans rentrer dans trop de détails, nous pouvons développer en exemple la recommandation de l'American Heart Association (2023). Il préconise sur son site internet, dans une section dédiée aux outils permettant l'amélioration de la qualité soins, qu'un « hot débriefing » (notion que nous développerons par la suite) soit réalisé juste après un événement ou dans les instants qui en suivent la conclusion. Ils concluent : « Le hot débriefing est un élément clé que vous pouvez introduire dans votre programme d'équipe

d'arrêt cardiaque afin de promouvoir l'amélioration continue de la qualité des soins aux patients). ».

Pour se détacher de l'aspect relativement « technique » de cette recommandation ; il est également intéressant de citer celle du Resuscitation Council au Royaume-Uni dans ses Paediatric advanced life support Guidelines de 2021 : «Après l'événement, un débriefing de l'équipe doit être organisé, pour exprimer toute préoccupation et permettre à l'équipe de réfléchir à sa pratique clinique dans un environnement favorable (il a été démontré que cela améliore la pratique). ». Notons enfin qu'au-delà de ces recommandations et directives, de nombreuses recherches révèlent que les professionnels de la santé éprouvent le besoin ou émettent le souhait de voir les débriefings cliniques implantés ou perfectionnés dans les établissements où ils ne sont pas encore pratique courante (Theophilos et al., 2009 ; Sandhu et al., 2014).

## 2.2 Définitions conceptuelles

Le décor étant maintenant planté, et avant d'aller plus loin, précisons quelques concepts essentiels à la bonne compréhension de la suite de ce travail.

Il est ainsi utile de préciser que le débriefing peut se décliner de nombreuses manières, comme le montre la littérature. Diaz-Navarro et al. (2021) rappellent que « le débriefing peut prendre plusieurs formes selon son contexte, son environnement et son objectif. » Il peut notamment se produire dans un contexte non pas clinique mais de simulation, intervenant notamment dans la formation des soignants (Rudolph et al., 2008). À ce sujet, l'analyse conceptuelle de Toews et al. (2021) établit que, pour certains aspects spécifiques tels que l'apprentissage et l'amélioration des compétences techniques, les conclusions tirées des débriefings en simulation peuvent être extrapolées au contexte du débriefing clinique suivant des événements réels.

Aussi, s'il est « clinique », ce débriefing peut être réalisé en fin de garde de manière routinière (Servotte et al., 2020) et non pas spécifiquement après un événement critique.

Dès lors, ce travail s'axera essentiellement sur *le débriefing clinique après un événement critique*.

### 2.2.1 Le débriefing clinique

Il existe une multitude de définitions du débriefing clinique (DC) dans la littérature. Néanmoins, un fort consensus émerge sur certains termes, et voici une définition agrégée que l'on pourrait en faire :

*"Le débriefing est un processus structuré et réfléchi mené par une équipe interprofessionnelle, après un événement clinique critique. Il vise à analyser collectivement les performances, les pensées, les impressions et les réactions pour identifier les opportunités d'apprentissage et convenir des améliorations nécessaires au système et à la dynamique d'équipe."*

Cette définition intègre les aspects communs redondants tels que la nature structurée et planifiée de l'activité, la réflexion d'une équipe interprofessionnelle après un événement critique, et le but d'améliorer les performances et les processus au sein de l'équipe et du système de soins. (Diaz-Navarro et al., 2021 ; Flin et al., 2009 ; Haute Autorité de Santé, 2016 ; Rose & Cheng, 2018 ; Tan, 2005 ; Toews et al., 2021).

Toews et al. ajoutent dans leur article une définition du terme « clinique » proposée par le Merriam-Webster (équivalent américain du Larousse): L'adjectif « clinique » est utilisé pour établir le contexte ; elle fait référence à « l'observation et au traitement de patients réels plutôt qu'à des études théoriques ou en laboratoire ».

### 2.2.2 Evènement critique

Les définitions d'un événement critique varient régulièrement selon le point de vue adopté par les auteurs.

Par exemple, Mitchell et al. (2003) définissent un évènement critique comme étant : « un évènement extraordinaire qui survient soudainement, sans avertissement, et perturbe le sentiment de contrôle d'une personne ou la foi en son environnement... ». Cette proposition démontre un abord psychologique adopté par les auteurs.

Tan (2005), dans son étude relative aux incidents critiques en anesthésie met en avant « un évènement qui aurait pu conduire ou a conduit à un évènement indésirable ».

Enfin, dans le contexte des urgences, Toews et al. (2021) comme d'autres auteurs donnent plutôt des exemples concrets de ce que peut être un événement critique « Décès d'un enfant, épisode de violence chez un patient, effort de réanimation ».

## 2.3 Les avantages et limites d'un débriefing clinique

Les résultats de l'étude de Sandhu et al. (2014) résument bien la multiplicité des objectifs d'un débriefing clinique, que l'on retrouve de manière récurrente dans nombre d'articles: « (...) libération émotionnelle, examen des soins médicaux des patients, discussion sur les erreurs médicales, renforcement du moral, discussion de travail d'équipe, communication et utilisation des ressources. ». Le DC comporte donc, à priori, de nombreuses vertus, mais il n'en reste pas moins vulnérable et sa pratique doit rester prudente au regard de ses différentes limites. Voyons comment il influence le fonctionnement et la dynamique des individus et des équipes soignantes, renforçant ainsi la qualité et la sécurité des soins; mais aussi où s'arrêtent ses bienfaits.

### 2.3.1 Le bien-être des soignants

Le bien-être du personnel soignant est un enjeu majeur dans le contexte hospitalier actuel, où les situations critiques peuvent profondément affecter l'équipe médicale. Les résultats d'une étude récente sur le sujet (Spencer et al., 2019) révèlent que les événements tels que les arrêts cardiaques en milieu hospitalier ont un impact significatif sur les soignants, avec un nombre non négligeable d'entre eux envisageant de quitter les soins de santé ou perdant confiance en leurs capacités. En outre, dans ce même article, les auteurs citent d'autres études démontrant que les niveaux de stress post-traumatique sont relativement plus élevés chez les prestataires de soins que dans la population générale. Cela se vérifie notamment avec le personnel urgentiste habitué des interventions du service mobile d'urgences et de réanimation (Tiri et al., 2001). Par ailleurs, la notion de « seconde victime », ces soignants qui éprouvent une détresse psychologique après un incident critique, est régulièrement abordée dans la littérature comme dans l'article de Seys et al. (2013).

#### A. Les avantages du débriefing clinique sur le bien-être des soignants

Déjà en 1997, des recherches ont révélé que le débriefing pouvait accélérer significativement l'atténuation des symptômes de stress chez les personnels d'urgences confrontés à des incidents critiques, comme en témoigne l'expérience de pompiers de Los Angeles (Hokanson & Wirth, 2000). Depuis, les études se sont multipliées et abondent dans le

même sens. Ainsi, en 2015 Sjöberg et al. décrivent comment la mise en place d'un DC après un événement critique aux soins intensifs a amélioré la condition psychologique des soignants. Ils écrivent : « Les séances de débriefing ont facilité leur capacité à se développer en tant que personne et en tant que groupe, car le débriefing a également fourni un espace pour donner et recevoir des éloges. (...) un informateur a décrit à quel point les commentaires étaient considérés comme importants, car ils étaient perçus comme une affirmation positive que les membres du personnel avaient fait tout ce qu'ils pouvaient dans la situation ». De manière plus théorique, Ormerod (2002) montrera que le débriefing permet de reconnaître « l'impact d'un incident critique, de prévenir les séquelles inutiles, d'accélérer la récupération normale et de stimuler la cohésion du groupe de travail ».

L'importance de la prise en compte des émotions lors du DC afin de soutenir le bien-être des soignants après un événement critique apparaît indéniable en théorie, et certaines études montrent également que les équipes en font explicitement la demande lorsqu'un débriefing sans approche émotionnelle a lieu (Cincotta et al., 2021) . Dans une étude de 2015, Sjöber et al. ont d'ailleurs mis en exergue l'impact négatif psychologique sur les soignants en l'absence de DC , notamment après des manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire. Face à l'absence de sessions de débriefing régulières, le besoin de parler était tel que les participants ont cherché et établi d'autres espaces pour partager et traiter leurs émotions. Les auteurs concluront notamment « un manque de débriefing après la RCP (Réanimation cardio pulmonaire) peut susciter des sentiments négatifs pouvant nuire aux rôles professionnels et à la vie personnelle du personnel. ». Aussi, il a été démontré que l'absence de DC laissait latente la possibilité qu'une personne décompense, parfois de nombreuses années après un événement vécu comme traumatisant si des conditions similaires à celui-ci se reproduisaient (Thys & Vermeiren, 2002). Enfin, il est utile de rappeler que la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, mentionne dans son article 45 que « les prestataires de soins doivent avoir (...) les aptitudes psychiques pour poursuivre sans risque l'exercice de leur profession. ».

## B. Les limites du débriefing clinique sur le bien-être des soignants

La limite la plus importante relevée pour cet aspect du traitement des émotions est paradoxalement liée aux conséquences psychologiques néfastes que peuvent avoir les débriefings sur les soignants. Pour rappel, une revue Cochrane de 2002 (Rose et al., 2002) remettait en cause la méthode C.I.S.D. de Mitchell, laquelle aurait engendré des P.T.S.D.

chez certains bénéficiaires. Toutefois, ce débriefing particulier est exclusivement psychologique, et quelques nuances seront apportées sur ces résultats néfastes plus tard (Fanning & Gaba, 2007). Le débriefing psychologique reste néanmoins une discipline à part entière teintée de psychiatrie dont l'usage doit rester extrêmement prudent et maîtrisé par des professionnels (Vermeiren & De Clerq, 2001). Par ailleurs, en ce qui concerne les DC, Coggins et al. (2020) ne signaleront dans leur étude aucune demande d'aide psychologique après ceux-ci. Pas plus d'ailleurs que Rose & Cheng (2018) dans leur relevé de plus de 300 DC.

Il est bon de garder en tête qu'un DC, tout en permettant un « désamorçage » (Sandhu et al., 2014), n'est pas une « intervention psychothérapeutique précoce » (Crocq, 2001, p. 317) et qu'il ne peut être réalisé pour littéralement traiter une détresse psychologique (Kolbe, 2021). Dans ce cas, il pourrait permettre de la détecter et d'agir en conséquence pour le bien de la personne affectée.

Enfin, selon Flin et al., dans un rapport édité par l'O.M.S. (Flin, 2019), les erreurs professionnelles, la réduction de la productivité, le mal-être, les maladies ou une dynamique d'équipe défavorable peuvent découler d'une incapacité à gérer le stress. Ainsi, contrôler le stress est essentiel pour la sécurité des patients. Avec des stratégies adéquates telles que le débriefing clinique, il est possible de prévenir ce stress, et de nombreuses déconvenues touchant tout autant les patients, que les soignants et les gestionnaires.

### 2.3.2 Les relations interprofessionnelles

Dans un contexte tel que celui d'un service d'urgences, il est primordial pour la qualité des soins que la collaboration entre les différents professionnels soit sans faille. Schmutz & Eppich (2017) déclarent à cet effet : « Les équipes de soins de santé sont des groupes d'experts hautement qualifiés qui peuvent souvent former des équipes inexpérimentées en raison d'un manque de compétence collective. (...). Le travail d'équipe et la collaboration constituent le fondement d'une pratique clinique efficace (...). ». Cette dernière affirmation est notamment soutenue par les travaux de Bower et al. (2003). Cependant, certains auteurs ont démontré au travers d'études que les points de vue étaient souvent différents selon le métier exercé. Makary et al. (2006) ont ainsi démontré la divergence d'opinion significative entre médecins et infirmières quant à la définition de la contribution infirmière aux soins du

patient. Plus récemment Sandhu et al. (2014) ont mis en évidence une discordance tout aussi significative entre médecins et infirmières quant à la résolution adéquate de problèmes médicaux. Ces désaccords, et leurs conséquences sur la qualité des soins, sont notamment dus au manque de communication et d'espaces « temporels » permettant une discussion et un partage constructif. Le DC est donc l'occasion d'offrir aux différents professionnels une parenthèse pour communiquer sans « parasitage ». Il donne aux équipes multidisciplinaires l'opportunité de réfléchir sur leurs expériences communes, d'apporter un soutien réciproque, d'échanger leurs perspectives, de reconnaître des occasions d'apprentissage et de convenir collectivement des domaines nécessitant des améliorations (Diaz-Navarro 2021). Cela engendre dès lors une meilleure compréhension interdisciplinaire, et le développement de la réflexivité de l'équipe (Salas et al. 2008 ; Coggins et al., 2020). Cette dernière notion est définie comme suit par Schmutz & Eppich (2017) : « elle est un processus global qui favorise le fonctionnement de l'équipe en construisant des modèles mentaux partagés et déclenchant l'adaptation et l'apprentissage de l'équipe ». En conséquence, le DC semble augmenter les compétences et les processus efficaces de l'équipe, conduisant ainsi à des améliorations des résultats proximaux et distaux (Lacerenza et al., 2018). Enfin, renforçant l'importance du travail d'équipe sur la qualité des soins, une méta-analyse a démontré que les débriefings axés sur les performances de l'équipe développent de plus grands effets que lorsqu'ils se concentrent sur les performances d'un individu (Tannenbaum & Cesaroli, 2013).

### 2.3.3 L'apprentissage et l'amélioration des processus

Dans les messages clés sur la qualité des soins publiés sur son site, l'O.M.S. déclare que la production de connaissance et d'apprentissage en est un élément essentiel (O.M.S., 2023). Le DC est un outil permettant aux équipes de santé d'analyser les événements cliniques et d'en tirer des enseignements favorables. Ainsi, son but est de faciliter la discussion des actions et les processus de réflexion, pour assimiler les comportements améliorés dans la pratique (Kessler et al. 2015). La réflexivité déjà mentionnée dans l'amélioration du travail d'équipe est au cœur de ce processus d'apprentissage. De nombreux auteurs (Kessler et al., 2015 ; Chen et al., 2018 ; Cincotta et al. 2021 ; Diaz-Navarro et al., 2021) la mettent ainsi en avant. Il s'agit d'une réflexion approfondie sur une expérience ou une intervention antérieure, grâce à laquelle les équipes de soins sont en mesure de réduire les erreurs potentielles à venir, et de repérer et consolider les pratiques bénéfiques. Plus précisément, ce processus, qui utilise

la pensée critique, nécessite une justification des décisions, actions ou comportements réalisés durant cette expérience. (Diaz-Navarro et al., 2021). L'aboutissement de cela peut être très concret et aller par exemple d'un changement de signalisation dans la salle de déchocage à la mise en place d'exercices de simulation comme l'illustre l'étude de Cincotta et al. (2021).

Il convient toutefois de tempérer la profondeur d'analyse d'un DC en le distinguant : d'une part, d'une « analyse des causes profondes » qui se penche en détail sur des problèmes latents causant des événements indésirables graves (Edwards et al., 2021) et d'autre part, du «feedback », qui est plutôt un rendu unilatéral du facilitateur vers le participant pour la correction d'erreurs individuelles (Kessler et al., 2015). Enfin, de nombreuses études ont montré une amélioration de la qualité des soins après un DC axé sur les performances ou les processus. Dans des contextes d'urgence, Couper et al. (2013) ont notamment mis en évidence dans leur revue systématique trois études démontrant de meilleures prestations aux urgences pour les polytraumatisés. Plus récemment, en 2021, Cincotta et al. ont présenté une amélioration du taux de réussite de premier passage en intubation pédiatrique d'urgence.

#### 2.3.4 Impact du D.C. sur le leadership

Selon la Haute Autorité de Santé française, le leadership est une composante essentielle du travail en équipe. Les leaders n'amènent pas de solutions mais facilitent la résolution de problème grâce à la motivation, la coordination... et cela favorise la performance, la sécurité et le bien-être de l'équipe (H.A.S., 2018).

Peu de données significatives relatives au lien direct entre DC et leadership existent. Un récent travail (Servotte et al., 2020) a néanmoins mis en lumière que le DC soutient le leadership en créant, entre autres, une culture de réflexion et d'apprentissage positive, essentielle à la gestion efficace d'une équipe de soins de santé. Malgré le manque de littérature existante, l'examen précédent des avantages connus du débriefing clinique suggère fortement qu'il puisse jouer un rôle bénéfique dans le renforcement du leadership au sein des équipes de soins de santé.

La qualité et la sécurité des soins sont plus que jamais des priorités dans le secteur de la santé. Les démarches d'accréditation et l'avènement des cellules qualités dans les hôpitaux illustrent cette évolution ; ils témoignent d'une approche plus structurée et systématique dans

l'amélioration continue des soins et, nous l'avons vu au travers de ses divers avantages, le DC a sa place dans ce progrès.

Le schéma ci-dessous extrait d'une publication de l'O.M.S. traitant des déterminants de la sécurité du patient illustre d'ailleurs les différents leviers exposés précédemment (Flin et al., 2009) :

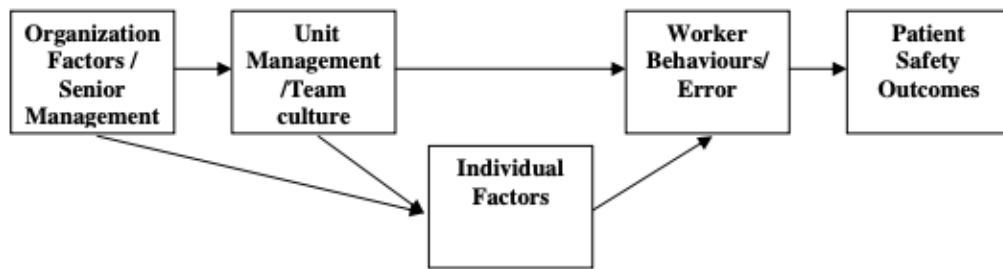


Figure 1: Déterminants de la sécurité du patient

Qualité et sécurité sont également désormais abordées de manière récurrente dans les politiques de santé menées à différentes échelles. Dans un document dédié à ces notions émanant de son site, le S.P.F. Santé publique belge définit la sécurité du patient comme « le fait d'éviter au patient tout préjudice ou dommage résultant de soins ou d'un contact avec le système de soins » (SPF santé publique, 2023). Il souligne également l'approche « intégrée et multidisciplinaire » de la sécurité du patient qui doit être faite aujourd'hui et prône pour cela une culture dans les établissements de soins propice à « une gestion positive et éducative des incidents au sein de l'institution (...) avec laquelle les erreurs ne sont plus considérées comme des échecs personnels, mais comme une opportunité d'améliorer le système ». Dans cette optique, Kessler et al. (2015) promeuvent le DC notamment en incitant les dirigeants à faire de lui « une pratique standard » dans les établissements de soins et, dans une approche positive, à « ne pas menacer le travail des soignants s'ils signalent des soins sous-optimaux » lors de celui-ci. Ils insistent également pour que le contenu des DC « locaux » soit rapporté aux cellules qualité et sécurité du patient des institutions de soins pour une gestion intégrée.

Notons enfin que la qualité et la sécurité des soins ne représentent pas seulement une visée clinique pour les soignants, elles constituent également des obligations légales. Entre autres règles, citons l'article 4 des droits du patient (renforcé par la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé) qui demande à ce que les patients reçoivent « (...) les meilleurs soins possibles au vu de leurs besoins. ».

## 2.4 Le débriefing clinique concrètement

### 2.4.1 Ses caractéristiques

Il est essentiel d'identifier les caractéristiques dominantes des DC, car elles leur confèrent une structure et un cadre. Ce sont ces DC « structurés », auxquels la littérature fait globalement référence, qui permettent ensuite d'apporter des améliorations dans la qualité et la sécurité des soins. (Kessler et al., 2015 ; Rose & Cheng, 2018).

<b>Le déclencheur du D.C. :</b>	Après <i>un évènement critique</i> comme déjà défini, mais certains auteurs élargissent aussi à d'autres <i>expériences non-critiques</i> telles « qu'un travail d'équipe ou une procédure difficile » (Nadir et al., 2017). Plus <i>largement</i> Thiagarajan (1992) dira qu'il est nécessaire à partir du moment où des enseignements utiles pourraient être tirés lors de la discussion d'une situation.
<b>Les phases du D.C. :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Réaction</i> : Exprimer les émotions initiales pour décharger les tensions.</li> <li>2. <i>Description</i> : Relater objectivement l'évènement tel qu'il s'est déroulé.</li> <li>3. <i>Analyse</i> : Examiner les actions et identifier les points d'apprentissage.</li> <li>4. <i>Application</i> : Planifier des améliorations pratiques pour les interventions futures. (MacKinnon R. &amp; Gough S., 2014 ; Sandhu et al., 2014)</li> </ol>
<b>Quoi ?</b>	Le contenu peut être varié. Il peut comprendre <i>la gestion clinique, les compétences techniques, le travail d'équipe et le comportement</i> . Sous des <i>angles médicaux et/ou psychologiques</i> . Des <i>supports</i> (données de monitoring, ...) peuvent être utilisés pour minimiser les biais de mémoire. (Kessler et al. 2015 ; Mullan et al. 2013)
<b>Quand ?</b>	<p><b>Délai</b> : « <i>COLD débriefing</i> » (plusieurs jours ou semaines après) - <i>HOT débriefing</i> » (immédiatement après). Dans le contexte des urgences, nombre d'auteurs sollicitent plutôt ce dernier pour ses <i>nombreux avantages</i> : une décharge émotionnelle avant le retour (Berchtenbreiteret al. 2023 ; Sjöberg et al. 2015), la présence des personnes ayant participé à la situation (Cincotta et al. 2021 ; Kessler et al. 2015), la diminution des biais de mémoire (Mullan et al. 2017), éviter de laisser tomber le D.C. à cause de la distance (Berchtenbreiteret al. 2023), ...</p> <p><i>Sa faisabilité</i> aux urgences a, par ailleurs, été démontrée (Cincotta et al., 2021 ; Rose &amp; Cheng, 2018).</p> <p><i>Inconvénients</i> : le manque de recul émotionnel et de collectes de données d'analyse mais une approche hybride avec un cold débriefing est possible si cela est nécessaire. (Twigg 2020 ; Kessler et al., 2015)</p> <p><b>Durée</b> : Environ 10 minutes suffisent déjà à produire des résultats et sont adaptées à la charge de travail d'un service d'urgences (Mullan et al., 2013 ; Kessler et al., 2015 ; Coggins et al. 2020)</p>
<b>Qui ?</b>	<p><b>Précautions préalables</b>: Eviter <i>une perception de hiérarchie</i> lors du D.C. (Edwards et al., 2021) ET <i>ne pas forcer</i> les personnes ne se sentant pas émotionnellement aptes à participer (Kessler et al., 2015).</p> <p><i>Tous les membres de l'équipe ayant participé à la prise en charge, quelle que soit leur fonction</i>, peuvent participer (Cincotta et al., 2021 ; Salas, 2008).</p>
<b>Où ?</b>	Un endroit séparé mais à proximité des soins pour éviter les distractions et améliorer l'intimité (Kessler et al., 2015 ; Fanning et al., 2007). Cela permet de rencontrer l'aspect sûr et rassurant évoqué pour le bien être psychologique des participants.

## 2.4.2. Son implémentation au sein de la pratique courante

Si la majorité des études, comme le rapportent Rose et al. (2022), montre que le DC est généralement bien accueilli par le personnel soignant, son implémentation reste toujours un défi en raison des nombreuses difficultés qui peuvent survenir lors de cette transition de la théorie à la pratique. Ainsi, Arriaga et al. (2020), s'appuyant sur la science de l'implémentation, soulignent que pour accroître la probabilité de succès, il est essentiel de respecter différentes étapes clés. Cela inclut, entre autres, l'identification des freins et des leviers qui peuvent faciliter ce processus. Parmi d'autres, voici les trois obstacles majeurs régulièrement relevés dans la littérature.

Le plus récurrent reste celui de la *charge de travail corrélée au manque de temps*. Les résultats des études de Sandhu et al. (2014) et Cincotta et al. (2021) montrent bien cela avec une majorité de répondants l'identifiant prioritairement. Le second identifié est celui de « *l'incertitude du moment* », cette notion est relevée par Zinns et al. (2015) et Edwards et al. (2021), qui mettent en avant la nature et le moment imprévisible des événements critiques, rendant la décision du déclenchement du débriefing complexe. Enfin, le manque de *lignes directrices ou d'outils* s'inscrivant dans une politique globale institutionnelle est également souligné dans nombre d'articles. (Healy & Tyrrell, 2013 ; Mullan et al. 2013 ; Sandhu et al., 2014).

Au-delà de ces obstacles, sur lesquels il est possible d'agir, des facteurs favorisant l'implémentation ou la pérennité des DC sont également soulevés dans la littérature.

D'abord, la présence d'un *animateur formé* est régulièrement relevée pour la réussite d'un débriefing (Brazil et al., 2021 ; Edwards et al., 2021 ; Toews et al., 2021). Cette condition est toutefois peu représentative de la réalité car peu de soignants y sont réellement formés, notamment dans leur cursus (Sandhu et al., 2014 ; Zinns et al., 2015). Face à ce constat, des études, dont un essai randomisé contrôlé (Boet et al., 2013), ont toutefois démontré que des améliorations pouvaient survenir après des DC menés par des membres non formés de l'équipe. Ensuite, *les données générées par le DC doivent être utilisées*. Cela fait évidemment partie de cette culture de sécurité institutionnelle mise en avant précédemment, mais la prise en compte renforce également la sensation des acteurs de terrains d'être entendus et considérés, et de ce fait que les DC auxquels ils participent soient utiles (Cincotta et al., 2021 ; Kessler et al., 2015). A titre d'exemple, le centre de simulation médicale de

l'université de Liège a d'ailleurs mis au point un outil facilitant cette utilisation des données (care simulation ULiège, 2023)<sup>1</sup>.

Enfin, si nous avons déjà mis l'accent sur l'utilisation des DC comme outil d'une politique d'amélioration de sécurité et de qualité des soins ; celle-ci doit être effectivement soutenue par les gestionnaires et devenir *une norme culturelle intégrée à une stratégie globale institutionnelle*. Concrètement, cela peut passer par une ouverture et une transparence pour un climat positif permettant aux prestataires de se livrer sans crainte de jugements ou représailles (SPF santé publique, 2023). Relativement à cela, de nombreux auteurs insistent également pour que les DC se déroulent dans une atmosphère psychologique sécurisante et sûre pour les participants (Fanning & Gaba, 2007 ; Rose & Cheng, 2018 ; Toews et al. 2021).

En somme, le DC devrait devenir une « habitude » plutôt qu'un événement « extraordinaire » (Cincotta et al. 2021, Sjöberg et al. 2015).

La réussite de l'implémentation dépend donc de nombreux facteurs, sur lesquels il est possible d'agir. Une des stratégies les plus documentées permettant de contrôler ces facteurs tout en incitant les utilisateurs à tenir compte des caractéristiques essentielles des DC est l'utilisation d'outils (Phillips et al., 2023).

#### 2.4.3 Les outils dans le débriefing clinique

De nombreuses études ont montré que l'utilisation d'un outil opérationnel s'était montrée efficace dans l'implémentation et le maintien des DC en contexte réel. Dès lors, ces aides peuvent d'une part, permettre le développement des impacts bénéfiques des DC et d'autre part éviter les écueils si ceux-ci sont réalisés de manière peu adaptée. (Johnson et al. 2021; Rose & Cheng, 2018 ; Sandhu et al., 2014 ; Twigg et al., 2020). De nombreuses autorités de santé telle que la Haute Autorité en Santé française ou l'Académie Américaine de Pédiatrie recommandent d'ailleurs l'utilisation de ces outils de DC dans une démarche d'amélioration de qualité et sécurité des soins. (H.A.S., 2018 ; Krug & Frush, 2007). L'emploi d'un outil doit également s'accompagner au minimum d'une sensibilisation du personnel à celui-ci. En effet, au-delà de l'acquisition d'une aisance à l'utiliser, il s'agit aussi d'impliquer activement les soignants (Johnson, 2021 ; Rose & Cheng 2018).

---

<sup>1</sup> Voir annexe 1

Plusieurs instruments ont été développés ces dernières années, ils partagent un ADN commun de clarté et simplicité avec l'objectif d'améliorer la communication de l'équipe, l'apprentissage à partir des expériences et, en fin de compte, les soins aux patients.

I.N.F.O., T.I.D., T.A.L.K., PEARLS, SHARE, D.I.S.C.E.R.N., ils sont désormais nombreux à émerger dans la pratique et, malgré leurs points communs, peuvent varier dans leur approche, leur portée et les environnements pour lesquels ils sont destinés.

En ce qui concerne le DC après un événement critique dans un contexte de service d'urgences, nous en retiendrons particulièrement quatre qui pourraient servir de base pour concevoir un outil adapté à nos besoins Voici un aperçu de leurs particularités propres:

OUTILS	PARTICULARITÉS
I.N.F.O. (Immediate, Not for personal assessment, Fast, Opportunity to ask questions) <sup>2</sup> (Rose & Cheng 2018)	Assez complet, son avantage principal réside dans le fait qu'il a permis par son utilisation de surmonter deux obstacles majeurs aux DC : - Le manque d'animateurs formés. - La prédominance de débriefings dirigés par des médecins. Relativement à cela, tel un mantra, les auteurs ont d'ailleurs inscrit cette phrase sur leur outil: « Nous pensons que toute personne participant aux soins aux patients est intelligente, compétente, soucieuse de bien faire et désireuse de s'améliorer. ».
T.A.L.K. (Target, Analysis, Learning Points, Key Actions) <sup>3</sup> (Diaz-Navarro et al., 2021)	Très axé sur la performance de l'équipe pour améliorer les processus et la qualité des soins ; il est assez minimaliste, même s'il offre des recommandations de questions.
PEARLS <sup>4</sup> (A.H.A., 2023)	Contrairement aux deux précédents qui mettent l'accent sur la performance et les procédures, PEARLS prend en compte les émotions et suit les différentes phases du DC précédemment citées. Il offre aussi au «facilitateur» le choix quant à la méthode d'analyse.
T.I.D. (Team Immediate Debrief) <sup>5</sup> (Johnson et al. 2021)	Ce dernier outil concerne surtout les situations « traumatisantes » psychologiquement mais offre une démarche plus pragmatique que les trois premières.

<sup>2</sup> Voir annexe 2

<sup>3</sup> Voir annexe 3

<sup>4</sup> Voir annexe 4

<sup>5</sup> Voir annexe 5

Notons, pour conclure, que la méthode « PLUS-DELTA » est employée dans deux de ces quatre outils. Cette méthode de débriefing est couramment utilisée en clinique et consiste en une évaluation collective de ce qui a fonctionné ou non, en mettant l'accent non pas sur les résultats des patients, mais sur les structures et les processus qui contribuent à ces résultats. L'objectif est d'engager les participants dans une analyse active de la performance pour identifier des pistes d'amélioration concrètes (Kessler et al., 2015).

En toute connaissance des différents éléments conceptuels ainsi que plus concrets soulevés dans cette partie, nous pouvons maintenant transiter vers une section dont l'objectif sera plus pragmatique. En effet, un contexte différant d'un autre, il est crucial de confronter la théorie à la réalité de terrain dans l'optique de concrétiser un projet. A ce titre, nous préférons par ailleurs le terme d'immersion, plus approprié et mettant surtout l'accent sur la plongée dans un certain milieu qui se veut vivant et donc ...imprévisible.

Dans une continuité logique et surtout afin de se donner toutes les chances d'atteindre nos objectifs détaillés dans le chapitre suivant ; il s'avère donc nécessaire de prendre la température initiale du service avec lequel nous travaillons, mais également de susciter la participation des acteurs concernés. Ces deux conditions étant indispensables lorsqu'il s'agit d'implémentation (May, 2013).

En possession de ces données fondamentales, nous pourrions élaborer un premier prototype d'outil qui constituera la finalité de cette seconde section.

### 3. CONTEXTE, PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS

#### 3.1 Contexte

Comme introduit précédemment, l'environnement spécifique de cette recherche est le service d'urgences du Grand Hôpital de Charleroi. Ce service accueille quotidiennement plus de 300 patients pour un total annuel de plus de 90 000 patients, confrontant le personnel soignant à une multitude de cas complexes exacerbés par le contexte social relativement précaire de la région. Nous comptons à peu près 160 professionnels de la santé, incluant des médecins résidents ou assistants, des aides-soignants, des infirmiers et des ambulanciers.

### 3.2 Problématique et objectifs

Nos hypothèses de départ sont qu'actuellement les soignants de ce service n'ont pas de cadre leur permettant d'effectuer aisément, spontanément et de manière structurée des retours d'expériences, et que peu d'entre eux sont formés au débriefing clinique. Or il semble exister un besoin perçu de plus d'espace de discussion répondant aux critères du DC. Soulevons toutefois qu'il existe des réunions « M.M.Q. » (Mortalité-Morbidité-Qualité) qui, bien que constructives, diffèrent du DC tel que nous l'envisageons. En effet, entre autres différences, ce dernier est conçu pour être aisément accessible, sans la présence d'un supérieur hiérarchique, et peut être initié en réponse à un spectre illimité de situations. Or, les M.M.Q. sont actuellement souvent envisagés suite à des incidents majeurs sur un mode d'analyse des causes profondes (et se tiennent à distance de l'événement) et ont dès lors un aspect plutôt exceptionnel. Par conséquent, pour répondre à cette problématique, l'objectif de cette recherche est d'élaborer un instrument à la fois simple et intuitif, conçu pour permettre à chaque soignant qui le souhaite de mener aisément un débriefing clinique. En outre, au-delà de cet objectif opérationnel se profile un objectif plus global d'amélioration de l'efficacité et du bien-être des soignants par l'acquisition de cette nouvelle compétence.

Il est important de noter que le dessein de ce mémoire n'est pas de parvenir à son achèvement à des débriefings cliniques parfaits au sein du service des urgences. Il est plutôt conçu comme une démarche initiale, une étape indispensable et fondamentale pour avancer vers une intégration naturelle et fluide de cette pratique. Comme développé ultérieurement dans la section consacrée aux perspectives, il existe de multiples paliers à gravir pour atteindre une maîtrise « idéale » du débriefing clinique. L'intention ici est donc de planter une première graine et de préparer un sol fertile pour encourager l'émergence et la régularité des débriefings par l'introduction d'un outil, en l'attente d'un personnel plus largement formé à cette approche.

## 4. METHODOLOGIE

### 4.1 Méthodologie générale

Afin d'atteindre notre objectif premier, *une méthode mixte* sera employée. L'intérêt de celle-ci est notamment de saisir plusieurs dimensions du sujet qui nous occupe. L'emploi d'une seule de ces deux approches est, a priori, insuffisante pour appréhender toutes les subtilités et complexités inhérentes à l'implémentation d'un débriefing clinique dans un environnement aussi dynamique et imprévisible que celui d'un service d'urgences. Cette combinaison enrichit donc notre analyse en nous permettant de construire une vue d'ensemble qui respecte à la fois la rigueur des chiffres et la richesse des expériences.

Cette méthode est constituée de deux approches concomitantes que nous pourrions schématiser comme suit (Langlois-Pelletier, 2019) :

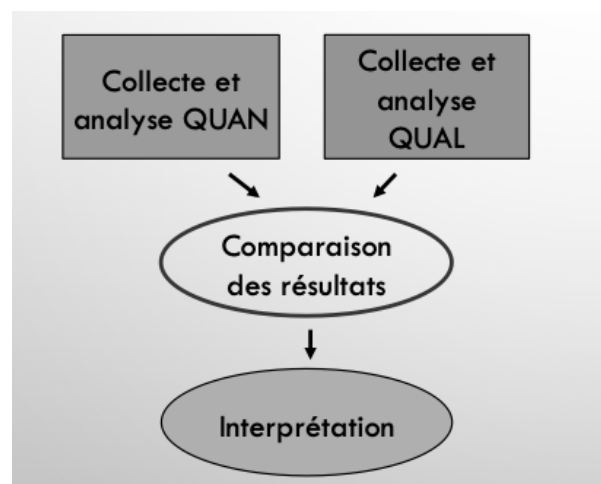


Figure 2: Illustration de la méthode mixte

D'abord *une approche quantitative* permettant grâce à un questionnaire de réaliser un état des lieux des pratiques et besoins actuels en matière de DC.

Ensuite, *une approche qualitative* traduite par des questions ouvertes sur le ressenti du personnel dans ce même questionnaire, mais également par deux focus group réalisés avec une partie de l'équipe soignante. Celle-ci offre une profondeur et une compréhension des perceptions et des expériences personnelles du personnel soignant.

Il est important de noter que nous avons souhaité que ces deux approches s'intègrent dans un cadre d'une *recherche participative*. Cette notion de recherche participative a toute son importance dans ce projet car « elle met l'accent sur les relations entre les partenaires des milieux de recherche et de pratique, les principes de co-apprentissage, de bénéfices mutuels et d'engagement à long terme (...). » (Wallerstein & Duran, 2006). Aussi, elle est caractérisée par l'implication du milieu dans plusieurs étapes du processus de recherche: définition du problème, évaluation du problème, planification de l'intervention, implantation, évaluation des résultats et suites à donner (Carbonneau et al., 2017).

Par ailleurs, ces phases de la recherche participative sont assez similaires aux étapes de la roue de Deming (Boaden et al., 2008) qui décrit la démarche d'*amélioration continue*. Ce cycle, a la capacité, entre autres vertus, de renforcer la qualité et la sécurité des soins. Selon Graas et Paquay (2024) il peut se définir comme étant « un processus itératif et répété, non-limité dans le temps en vue de transformer petit à petit le fonctionnement d'une organisation (...) ». Comme la recherche participative, il met d'ailleurs l'accent sur la participation des acteurs de terrain. Ces mêmes auteurs recommandent d'ailleurs l'adoption du débriefing clinique comme levier de l'amélioration continue dans un service de soins, en se conformant aux phases établies par Deming pour en faciliter l'intégration. C'est pourquoi nous nous en sommes inspirés comme fil conducteur méthodologique en vue d'atteindre notre objectif. En voici une représentation extraite du guide pédagogique de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la sécurité des patients (O.M.S, 2011) :

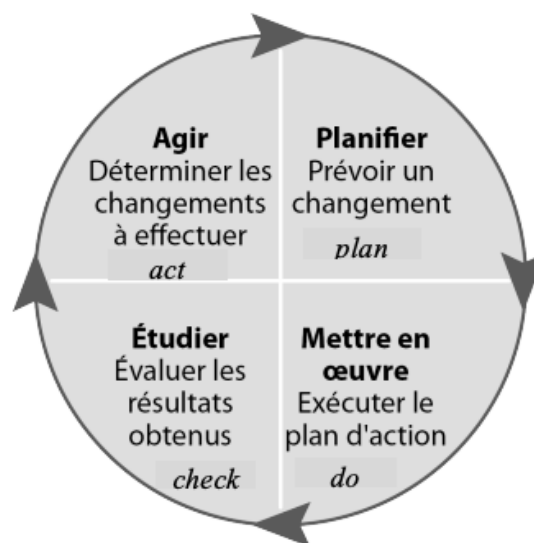


Figure 3 : Roue de Deming

Emprunté au monde industriel, la roue de Deming permet par ces 4 étapes itératives de développer une amélioration continue au sein d'une organisation.

Le temps imparti pour la réalisation de ce mémoire et l'importance de réaliser chaque étape de manière minutieuse induisent que nous nous attèlerons aux deux premières phases au travers des matériaux utilisés et décrits par après. La troisième phase « DO » impliquerait dans notre cas de tester en condition réelle l'outil créé lors d'un débriefing clinique pilote, et la dernière phase « CHECK » d'ajuster cet outil selon les éléments émergents lors de sa mise en pratique réelle.

## 4.2 Matériel et public cible

### 4.2.1 Public cible

Comme mentionné auparavant, ce mémoire-projet vise à être aussi réaliste et pragmatique que possible, c'est pourquoi l'implication des soignants du service d'urgences du Grand Hôpital de Charleroi est essentielle. Ces aides-soignant(e)s, ambulanciers, médecins et infirmier(e)s constituent la base précieuse du soin dans ce service et seront les principaux utilisateurs de l'outil de facilitation du débriefing clinique développé au terme de ce travail. Chaque maillon de la chaîne compte pour aboutir à des prises en charge de qualité. De même, il a été démontré que l'implication de chaque acteur, quel que soit son rôle dans le service de santé, doit être invité à participer au DC si l'on souhaite, entre autres, qu'il donne des résultats positifs et perdure dans le temps (Kessler et al., 2015 ; Salas et al. 2008).

Pour toutes ces raisons, nous avons décidé de concentrer notre attention uniquement sur ces quatre catégories de soignants. Ce sont celles pour lesquelles nous avons supposé qu'il existe un manque d'espace dédié répondant aux besoins spécifiques du débriefing clinique. De plus, ce sont également celles qui seront susceptibles d'utiliser notre instrument.

Selon les différentes méthodes employées et décrites plus concrètement ci-dessous, ce public cible variera en nombre mais restera donc hétéroclite en terme de profession. En effet, notre méthodologie impliquant à la fois des approches qualitatives et quantitatives, les échantillons seront plus ou moins importants selon les résultats recherchés.

## 4.2.2 Matériels

### A. Questionnaire auto-administré

- Dans un premier temps, un questionnaire auto-administré a été envoyé à l'ensemble des soignants du service<sup>6</sup> comme défini ci-dessus.
- L'objectif de ce questionnaire, préalable aux autres matériaux utilisés, était principalement de définir les pratiques actuelles du service ainsi que les besoins perçus par les acteurs définis ci-avant. Ces questions appelaient à la fois des réponses d'ordre quantitatives mais également qualitatives ; cela étant cohérent avec notre approche mixte initialement définie.
- Celui-ci a été développé en nous inspirant d'un questionnaire créé et utilisé dans le cadre d'une enquête nationale canadienne relative aux besoins en débriefing clinique post manœuvres de réanimation dans les services d'urgences pédiatriques (Sandhu et al., 2014). Nous l'avons adapté à nos besoins spécifiques en modifiant, ajoutant ou enlevant certaines questions.
- Afin de faciliter sa diffusion et le recueil des données, notre enquête a été déposée sur la plateforme en ligne « Google Forms ». Celle-ci permet notamment de créer un lien direct qu'il est aisé d'envoyer par tous les canaux disponibles à notre public cible. En terme de confidentialité et afin d'être notamment en conformité avec le R.G.P.D. (règlement général de la protection des données), le questionnaire était tout à fait anonyme. Aucune question relative à des données personnelles telles que le nom ou les coordonnées des participants n'était posée. De même, les options permettant l'anonymisation des réponses étaient sélectionnées. Les répondants étaient ainsi informés de cet anonymat et les données sont conservées par des serveurs sécurisés par Google.
- Le questionnaire comprenait douze questions, dont trois ouvertes. Parmi celles-ci, une concernant la manière avec laquelle les soignants discutent des événements critiques demandait une réponse courte. Les deux autres permettant une expression moins limitée car relative à l'expérience vécue laissaient plus libre le répondant. Les neuf autres questions étaient soit à choix multiples, soit sous forme d'échelle de Likert. Globalement, on pourrait les catégoriser en questions axées

---

<sup>6</sup> Annexe 6

d'une part sur les caractéristiques professionnelles des répondants et d'autre part sur le débriefing clinique. Les formules « fortement en désaccord », « désaccord », « neutre », « d'accord » et « tout à fait d'accord » ont été utilisées comme proposition de réponse aux affirmations présentées pour les deux questions avec échelle de Likert.

- Les questions ont été relues et approuvées par notre promoteur le Pr. Thys après y avoir apporté quelques corrections. Enfin, la version numérique mise en ligne a d'abord été testée grâce à un accès restreint afin d'éviter tout problème après sa diffusion.
- Après cette validation restreinte, nous avons envoyé le lien vers le questionnaire par le biais des adresses mail professionnelles des soignants visés ainsi que sur les groupes de réseaux sociaux (Whatsapp®) et pour maximiser encore le taux de réponse, nous nous sommes adressés à des personnes relais sur chaque site afin de répandre l'information. La difficulté principale résidant dans le fractionnement du service sur trois sites géographiques distincts. Nous avons posté le questionnaire en ligne du jeudi huit février 2024 au jeudi 29 février 2024 inclus.

#### ❖ Méthode d'analyse du questionnaire :

Ce questionnaire a la particularité de comporter des questions se rapportant aussi bien à l'approche quantitative que qualitative. La méthode d'analyse retenue sera principalement de type inductive puisqu'elle nous permettra notamment, par le biais de nos questions, d'explorer et cerner notre terrain de recherche, même si plus tard nous chercherons à confronter ces données émergentes avec la théorie.

*Une analyse majoritairement descriptive* s'applique aux questions dont les réponses évoquent une approche plutôt quantitative. Une étude plus profonde avec un test de Khi-Carré a été nécessaire dans un cas précis. Dans la continuité de cette analyse descriptive, nous aurons également procédé au calcul de la proportion de chacune des quatre professions pour l'ensemble du service des urgences, et comparé ces résultats avec la proportion de répondants pour chacune des catégories professionnelles. Cela afin de déterminer si une logique de représentativité professionnelle était respectée.

Enfin en ce qui concerne les questions avec échelle de Likert, nous avons opté dans le traitement des résultats pour un regroupement des cinq unités de propositions en trois groupes. Ainsi, « fortement en désaccord » et « désaccord » ont été regroupés, « neutre » est resté tel quel et « d'accord » et « tout à fait d'accord » liés ensemble. Ces réponses seront présentées clairement sous forme de graphique.

Une *analyse par regroupement et thématisation* sera adoptée dans les questions ouvertes à tendance qualitative permettant d'identifier les schémas récurrents et les tendances émergentes au sein des données recueillies.

## B. Focus group

- Nous avons planifié deux groupes de discussion (Focus Group) après la clôture du questionnaire avec une partie des soignants. La stratégie de cette séquence permet d'établir un guide de discussion (Topic guide) enrichi notamment par des réponses obtenues précédemment et nécessitant un approfondissement. Afin de réaliser ces focus group et d'en traiter les données extraites de manière rigoureuse, nous nous sommes inspirés d'un guide méthodologique édité par le département de santé publique du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) de Nice (Touboul, S.D.).
- La vocation de ces entretiens est de recueillir des données détaillées sur l'expérience et la perception du travail quotidien des soignants. Cette méthode de recherche qualitative utilise également la dynamique de groupe pour encourager les participants à s'exprimer plus librement et à approfondir leurs réponses, souvent étoffées par les commentaires des autres. De plus, ces discussions de groupe peuvent révéler des aspects inattendus ou des problématiques nouvelles qui n'auraient pas été identifiés par notre questionnaire « standardisé ». Ces focus groups nous apparaissent donc essentiels pour créer un outil de débriefing clinique personnalisé et adapté aux besoins spécifiques du service, assurant ainsi une meilleure acceptation et implémentation du débriefing clinique en son sein.
- Afin d'encourager une réelle liberté d'expression, nous avons choisi délibérément de ne pas convier de supérieurs hiérarchiques médicaux ou paramédicaux lors des rencontres. Cette approche permet d'éviter la crainte pour les participants de ne pas pouvoir tout dire compromettant ainsi une récolte des

données fiable. Il est évident que cela a été bien expliqué en amont aux différents responsables du service pour lesquels une présentation ultérieure de l'avancement du projet a d'ailleurs été programmée.

- Le public cible était toujours composé des soignants décrits préalablement. Certains des médecins, infirmier(e)s, ambulanciers et aides-soignant(e)s des trois sites sur lesquels sont implantés les services d'urgence du Grand Hôpital de Charleroi étaient amenés à participer. Inhérent aux préceptes de cette méthode leur nombre devait être restreint à maximum douze participants. Cette fois, deux difficultés principales se manifestaient. D'abord, pouvoir réunir des professionnelles aux horaires différents et ensuite les rassembler physiquement à un seul et même endroit.

Pour la première, nous avons opté pour une heure à laquelle tous les participants étaient en heure de travail et momentanément libérable (médecins, équipe SMUR, ..) ou commençaient leur pause l'heure suivante du focus group. L'idée étant de ne pas faire venir ces personnes lors d'un jour de congé ni de les faire rester après une garde éprouvante par exemple. Pour le second obstacle, nous avons décidé d'organiser les entrevues sur le site qui accueille le plus de patients des trois. Tout en garantissant une représentation proportionnelle, il s'agissait de faire déplacer moins de personnes des autres sites.

La méthode de sélection avait pour intention première d'obtenir un taux de participation élevé compte tenu de nos contraintes. C'est principalement sur base des horaires que le recrutement s'est opéré, avec en filigrane le souhait d'une sélection représentative et fondamentalement aléatoire quant aux caractéristiques propres de chacun(e). Les deux focus group nous permettaient d'atteindre un nombre à priori adéquat de participants pour notre projet.

Enfin, après avoir dressé une liste des candidats potentiels, les différents participants ont été invités « personnellement » à participer ; soit de manière directe, soit par un courriel envoyé sur les boîtes professionnelles. Pour motiver davantage les participants, un lunch offert par le service des urgences était prévu durant le focus group.

- Avant les rencontres, un topic guide<sup>7</sup> commun a été rédigé afin de ne négliger aucun point que nous souhaitions aborder. Si l'objectif premier de ce type de

---

<sup>7</sup> Annexe 7

méthode est de susciter la discussion et les interactions, il n'en reste pas moins essentiel de pouvoir "articuler de façon organisée les différentes questions du débat tout en respectant le temps imparti" (Touboul, S.D.).

Dans ce guide de discussion nous retrouvons :

- Une introduction dans laquelle figure l'explication de notre sujet, les remerciements ainsi qu'une explication de la méthode en soulignant la valeur de la contribution individuelle, l'objectif étant de capter une diversité d'opinions plutôt que de rechercher un accord général.

Aussi, nous avons demandé aux participants leur accord pour enregistrer de manière audio la séance en insistant sur la confidentialité et l'anonymat des données.

- Une trame d'idées, de questions ouvertes simples à adresser aux participants pour susciter des réponses « naturelles » relevant de l'expérience.

- Une conclusion reprenant une synthèse globale et une validation par les usagers. Ainsi qu'une proposition à ajouter de nouveaux éléments à cela.

A nouveau des remerciements.

Enfin, un support visuel a été utilisé par projection de quelques diapositives pour soutenir l'explication de quelques-uns des points abordés (préalables au débriefing clinique, utilisation des données, exemple d'outils déjà utilisés,...).

- Les deux groupes de discussions ont été programmés de midi à treize heures les mardis cinq et dix-neuf mars 2024 dans la salle de réunion des urgences du site de Notre-Dame à Charleroi, celle-ci étant parfaitement équipée et suffisamment spacieuse pour accueillir le nombre de participants requis. La salle a été organisée préalablement à l'entrée des soignants en table ronde et les emplacements ne leurs étaient pas désignés.

#### ❖ Méthode d'analyse des focus group :

L'enregistrement des discussions constitue la base du traitement des données. Cela permet évidemment de ne rien oublier et de citer des verbatim illustrant parfaitement certaines notions ou parlant simplement d'eux-mêmes.

Pour les deux séances, nous avons procédé dès le lendemain à leur analyse afin de réduire au maximum le biais de mémoire. Les enregistrements ont été retranscrits grâce au logiciel

Transkriptor® pour une restitution fidèle des dires de chacun. Après cela, nous avons procédé à un regroupement par thèmes des différents éléments émanant spontanément de la discussion en y incluant les verbatim les plus pertinents. Lorsque cela était possible, nous avons relié certaines des données émergentes à des concepts mis en exergue auparavant dans notre recherche théorique.

### C. Formation en débriefing clinique à Liège

Nous avons choisi de suivre et de faire figurer dans cette section pratique, une formation en débriefing clinique de l'Université de Liège pour de multiples raisons.

Le programme prometteur de cette formation allait sans nul doute nous permettre non seulement d'acquérir de nouvelles connaissances théoriques, mais surtout une approche beaucoup plus pratique et réaliste du sujet. En effet, outre les exercices réalisés lors de ces deux jours (développé plus tard dans ce travail), nous avons pu profiter d'un véritable retour d'expérience quant à l'implémentation d'un débriefing clinique dans l'institution hospitalière des formatrices. Et cela, plus particulièrement au sein d'un service d'urgence aux caractéristiques comparables au nôtre.

Aussi, « il est essentiel d'identifier et de former un champion pour démarrer, maintenir et développer un programme de débriefing clinique (...). Il devrait être chargé de recevoir une formation avancée sur les techniques de débriefing, d'éduquer les autres prestataires de soins en urgence dans l'art du débriefing (...). » (Mulan et al., 2013). Ces auteurs, comme d'autres (Kessler et al. 2015) relèvent l'importance d'une personne initiatrice et de référence qui pourra avoir un effet catalyseur en portant le projet. Son rôle étant notamment la diffusion adéquate du projet, comme le préconise une des étapes fondamentales de la science de l'implémentation illustrée ici (Arriaga et al., 2020):

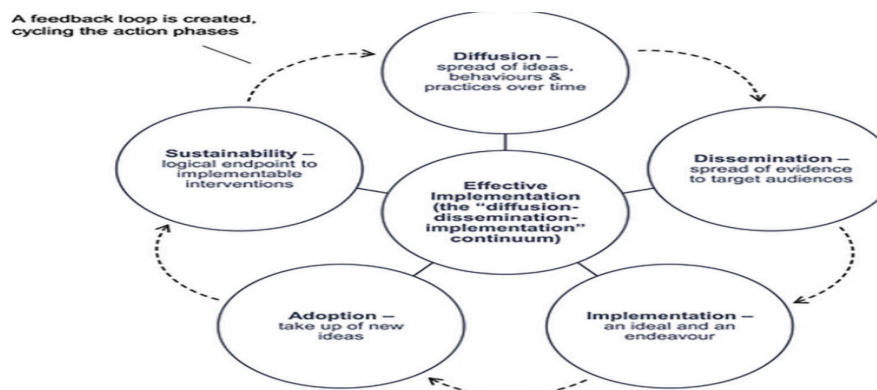


Figure 4: Etapes de l'implémentation d'une innovation

Cette formation utile à plus d'un titre donc, a été suivie du douze au treize février 2024 dans les locaux du centre de simulation médicale de L'ULiège situés sur le site du Sart-Tilmant. Elle a été dispensée par Méryl Paquay, Docteur en sciences de la santé publique dont la thèse fraîchement défendue traitait de l'implémentation des débriefings cliniques pour améliorer la sécurité des soins et enrichir l'efficacité organisationnelle, par le biais d'une approche de gestion novatrice (Paquay, 2024) et Gwenaëlle Graas qui est gestionnaire process et qualité en simulation à l'ULiège.

## 5. RESULTATS

### 5.1 Questionnaire

#### 5.1.1 Caractéristiques des répondants

Au moment de la diffusion de notre questionnaire, nous dénombrons 165 soignant(e)s dans le service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi (GHdC) d'après les chiffres obtenus auprès des supérieurs hiérarchiques.

Ces 165 soignant(e)s sont répartis comme suit :

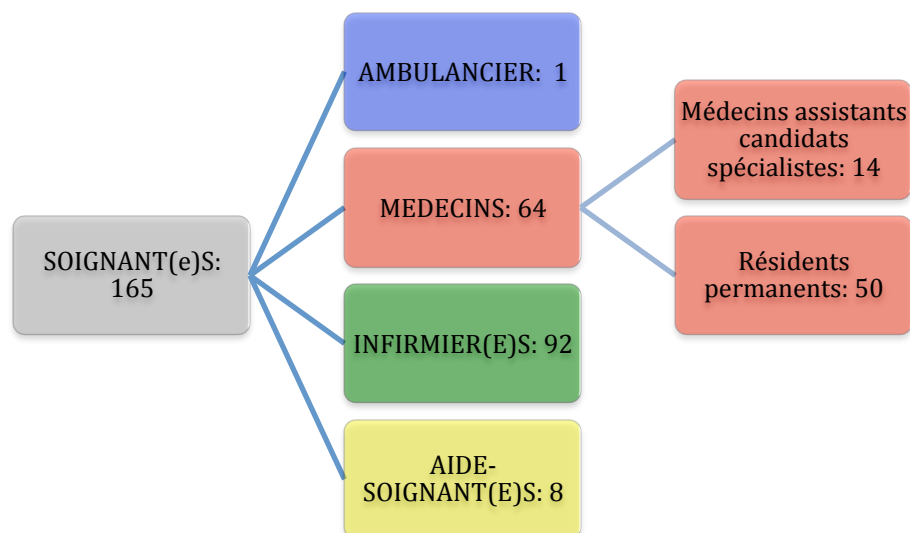


Figure 5: Distribution des soignants du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi

En ce qui concerne les ambulanciers SMUR, l'institution sous-traite une partie de ceux-ci à une société d'ambulance privée. En raison de leur « turn-over » important et d'une diffusion aléatoire à leur rencontre ; nous avons pris le parti de compter le seul ambulancier encore lié contractuellement avec le GHdC.

Comme relaté précédemment, le questionnaire a été diffusé afin que chacun de ces 165 soignants puissent le recevoir. Néanmoins, malgré la multiplication des canaux de diffusion et notre insistance, il nous était impossible de s'assurer que chacun de ces professionnels ait bien reçu le formulaire. Pour rappel, l'étude se déroulait sur trois sites et touchait quatre corps de métier différents.

Après clôture du formulaire en ligne, nous avons constaté **61 réponses (soit un taux de réponses de 36,97 %)**. Après une première analyse, il s'avérait que les 61 formulaires complétés l'étaient en totalité et qu'aucune donnée aberrante n'y apparaissait.

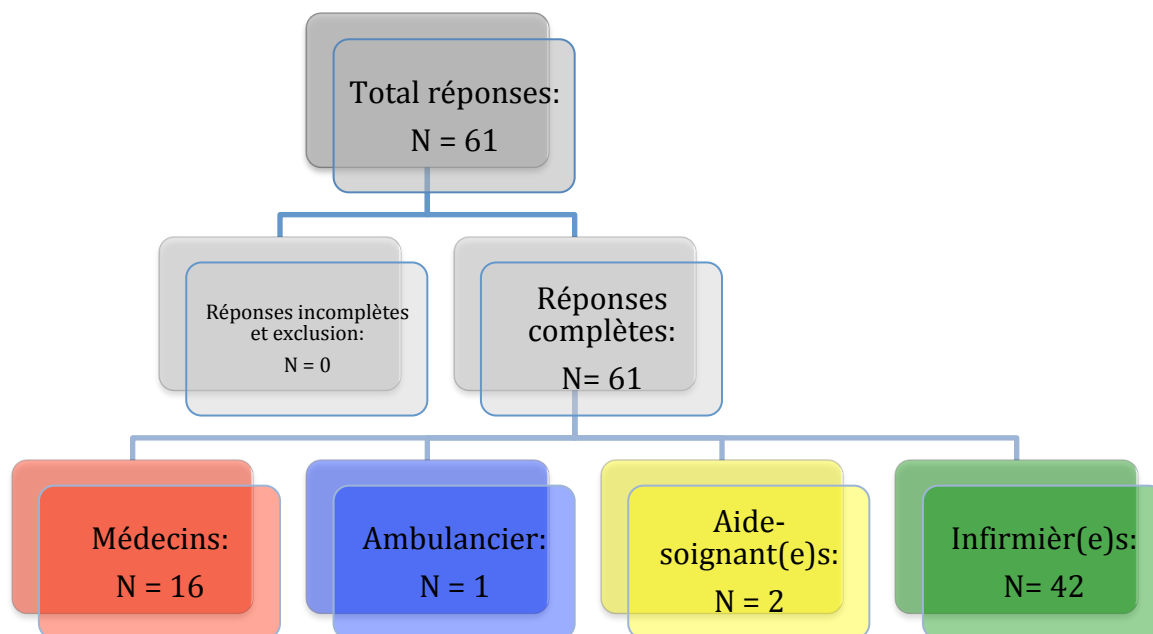


Figure 6: Distribution des répondants au questionnaire

Afin de vérifier si *la représentativité des différents corps de métiers* dans les réponses est relativement similaire à celle de la réalité, nous avons procédé à la comparaison de la proportion de chaque profession entre les réponses obtenues et la réalité.

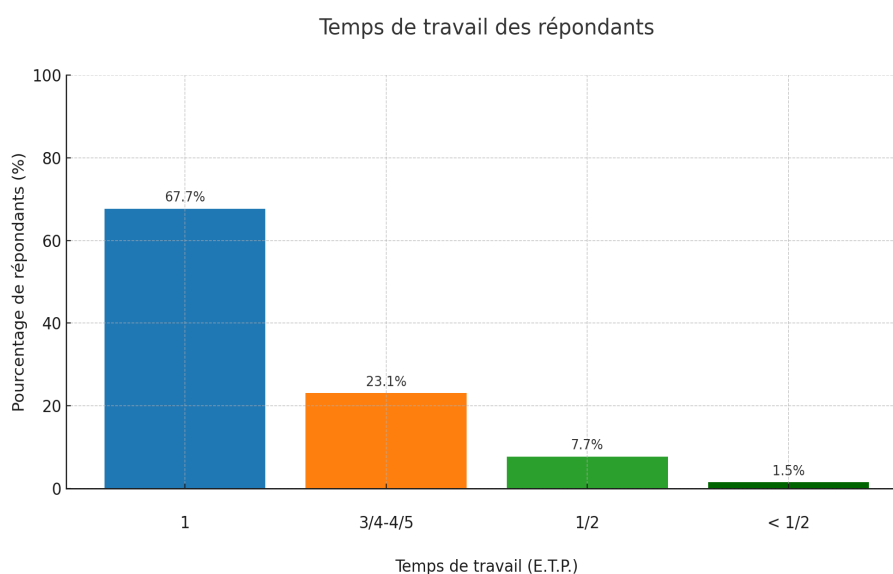
Tableau 1: Proportion de chaque profession entre les réponses obtenues et la réalité

	Soignants par profession / totalité des soignants	Réponses par profession / totalité des réponses obtenues
Infirmier(e)s	92/165 = <b>55,76 %</b>	42/61 = <b>68,85 %</b>
Aide-soignant(e)s	8/165 = <b>4,85 %</b>	2/61 = <b>3,28 %</b>
Médecins	64/165 = <b>38,79 %</b>	16/61 = <b>26,23 %</b>
Ambulancier	1/165 = <b>0,61 %</b>	1/61 = <b>1,64 %</b>

A première vue, nous pouvons nous rendre compte que les proportions sont assez respectées et que la physionomie de la composition professionnelle de nos répondants est assez similaire à celle de notre terrain de recherche.

Continuons avec la description des caractéristiques de nos répondants avec **les questions deux et trois.**

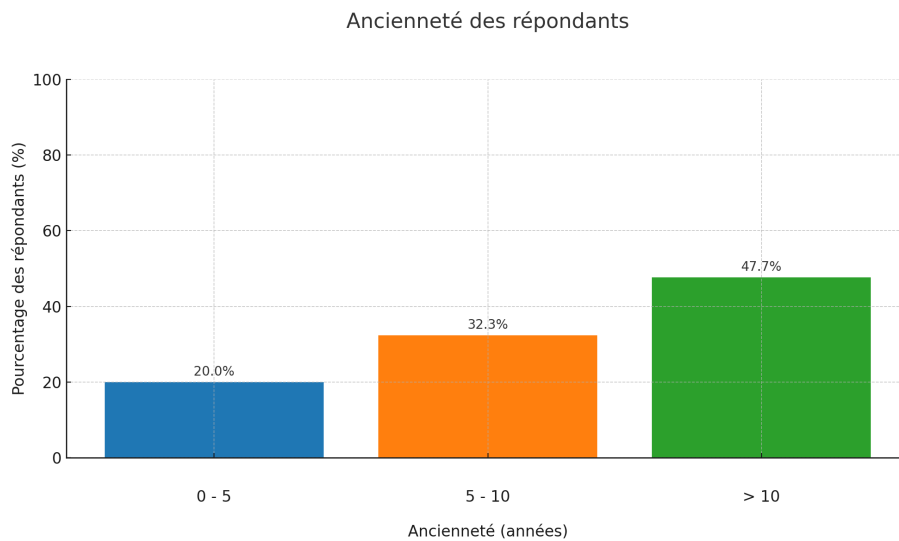
*La première* concerne le temps de travail de nos répondants :



Graphique 1: Temps de travail des répondants (équivalent temps plein)

Nous notons simplement que les équivalents temps plein l'emportent sur tous les autres temps partiels, mêmes cumulés entre eux.

*La seconde* concerne les années d'ancienneté des répondants



Graphique 2: Ancienneté des répondants (années de travail)

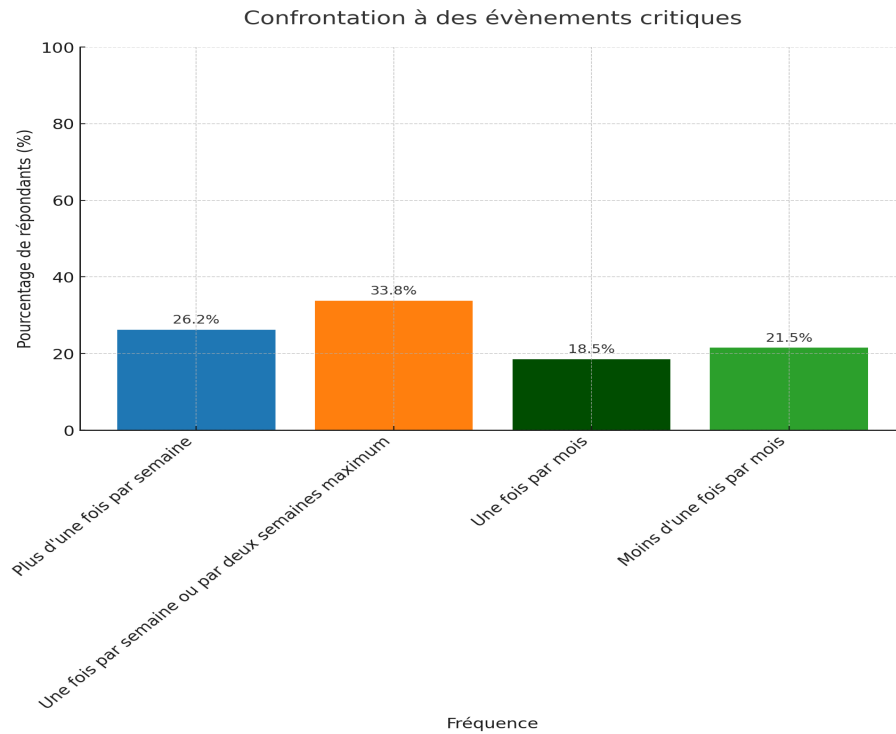
A cette question, nous retenons l'information selon laquelle une majorité de soignants ayant un minimum de dix années de carrière a répondu à notre questionnaire.

### 5.1.2 Questions faisant état de la situation actuelle et des besoins perçus

Après avoir dressé ce rapide mais éclairant portrait des répondants, nous entrons dans le vif du sujet avec **les questions quatre et cinq de notre questionnaire**.

Pour rappel, celui-ci a surtout pour objectif de constituer notre base de départ pour traiter efficacement le sujet. L'état des lieux et l'évaluation des besoins perçus constituant chacun des éléments de la phase « PLAN » du cycle de Deming relaté auparavant.

La quatrième question porte sur le nombre moyen d'évènements critiques auxquels sont confrontés les soignants de notre questionnaire.



Graphique 3: Fréquence de confrontation à des évènements critiques

Nous notons que 21,5% des répondants disent être confrontés à moins d'un événement critique par mois et 18,5 % à un événement critique par mois.

Même si cela reste inférieur au nombre de répondants ayant assistés à plus d'un évènement critique par une semaine ou deux semaines, nous nous étonnons de ce résultat.

Il est possible que la notion d'évènement critique ait été comprise différemment d'un répondant à l'autre et ce, malgré les précautions sémantiques prises lors de la rédaction de la question. Au-delà de cette supposition difficilement vérifiable, une autre plus « mathématique » pourrait expliquer ce résultat. Il serait en effet judicieux de tester l'hypothèse selon laquelle le temps de travail est lié à la fréquence à laquelle les soignants sont confrontés à des évènements critiques.

Pour cela, nous avons utilisé un test statistique de Chi carré de Pearson dont voici le résultat :

Tableau 2: Soignants occupés à temps partiel ou à temps plein en N et en % ayant été confronté à un ou moins d'un événement critique/mois OU plus d'un événement critique/mois

**EVENT \* OCCUPATION Crosstabulation**

		OCCUPATION		Total	
		TPS PARTIEL	TPS PLEIN		
EVENT	EVE CRI =ou< 1/ MOIS	Count	13	13	26
		Expected Count	8,4	17,6	26,0
		% within EVENT	50,0%	50,0%	100,0%
	EVE CRI > 1/ MOIS	Count	8	31	39
		Expected Count	12,6	26,4	39,0
		% within EVENT	20,5%	79,5%	100,0%
Total		Count	21	44	65
		Expected Count	21,0	44,0	65,0
		% within EVENT	32,3%	67,7%	100,0%

Tableau 3: Test du Chi<sup>2</sup> pour la différence du nombre de confrontation à un évènement critique par mois entre le personnel à temps partiel et le personnel à temps plein

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,202 <sup>a</sup>	1	,013		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,927	1	,026		
Likelihood Ratio	6,169	1	,013		
Fisher's Exact Test				,017	,013
N of Valid Cases	65				

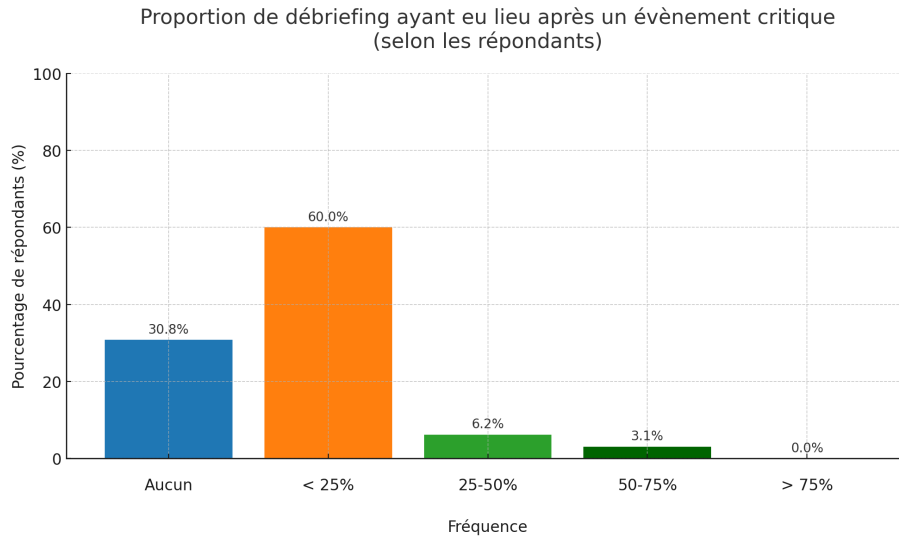
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,40.

b. Computed only for a 2x2 table

Au seuil de 5%, nos données permettent de conclure que la proportion de soignants qui a assisté à plus d'un événement critique par mois est significativement différente dans le groupe des soignants à temps plein en comparaison au groupe des soignants à temps partiel. (31/44= 70,4 % vs 8/21= 38,1 %, p= 0,013)

Le temps de travail a donc bien une influence sur le fait d'avoir assisté à un ou moins d'un événement critique par mois.

La cinquième question porte sur la proportion de débriefing ayant eu lieu après un événement critique selon l'expérience des répondants :



Graphique 4: Proportion de débriefing ayant eu lieu après un évènement critique (selon les répondants)

A cette question, nous constatons rapidement qu'une majorité de répondants (plus de 90%) dit que les situations critiques auxquelles ils ont assisté n'ont donné lieu à un débriefing qu'une seule fois sur quatre.

**La question 6** portait sur la manière avec laquelle sont discutés actuellement les évènements critiques dans le service des urgences. Il s'agissait d'une question ouverte demandant une réponse courte. Une analyse plutôt quantitative est ici réalisée permettant notamment de catégoriser et ensuite classer par ordre d'importance les réponses données. Voici le résultat final avec en premier « thème » celui qui regroupait le nombre le plus important de réponses s'y rapportant.

### *1. Discussions informelles entre collègues*

La majorité des réponses indiquent que les discussions autour des événements critiques se font de « manière informelle entre collègues ». D'après les soignants, ces échanges semblent souvent spontanés, sans structure formelle, et se déroulent principalement avec les collègues présents au moment des événements ou avec ceux qui sont disponibles pour parler.

### *2. Absence de discussion structurée*

Plusieurs participants mentionnent « l'absence de discussions structurées ou organisées » concernant les événements critiques. Cette absence est parfois soulignée comme un manque dans la pratique actuelle.

### *3. Réunions organisées*

Un petit nombre de réponses fait référence à des « réunions organisées » pour discuter des événements critiques, bien que cela semble être beaucoup moins fréquent.

### *4. Utilisation de plateformes ou de réunions spécifiques*

Deux personnes évoquent l'utilisation de plateformes formelles comme les réunions M.M.Q. évoquées précédemment ou la déclaration d'évènements indésirables pour discuter des événements critiques de manière plus structurée.

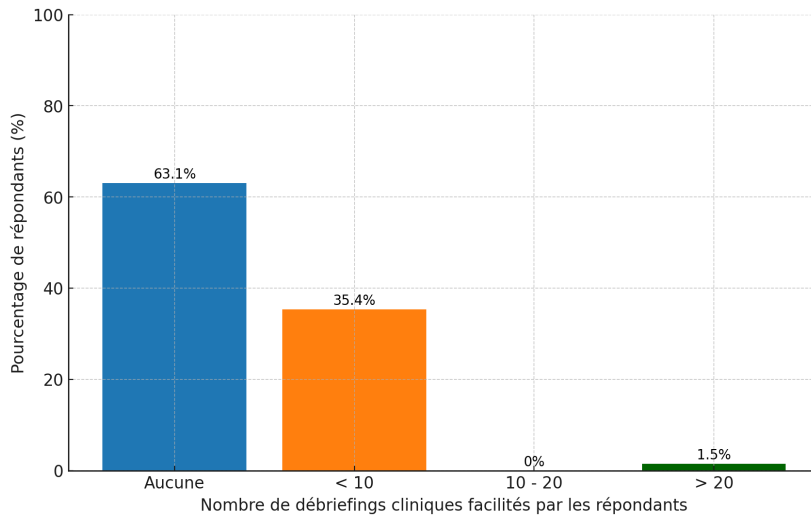
Enfin, nous devons considérer qu'en plus de ces réponses données, il est fait mention dans quelques cas de manque de suivi ou d'actions concrètes, qu'elles soient informelles ou dans le cadre de réunions organisées.

Pour cette **septième question**, notre but était de recueillir le sentiment des soignants à propos des pratiques actuelles de traitement des événements critiques. Il est clairement question d'approche qualitative ici et pour dépouiller au mieux ces réponses, nous avons choisi de créer des thèmes pour ensuite classer les réponses en gardant certains verbatim lorsque cela s'avérait pertinent.

Thèmes	Extraits pertinents
Organisation structurelle (manière de discuter actuellement les événements critiques).	« Manque de structure et de concret » « Organisation insuffisante » « Organisation absente » « Discussion désorganisée » « Effort à faire pour améliorer la discussion après les événements critiques » + « effort pour les rendre plus fréquentes et structurées »
Insatisfaction / Frustration	« Insatisfaction » « Frustration » + « frustration de ne pas pouvoir débriefer » « Insuffisante » « Catastrophique »
Besoins émotionnels	« Besoin de soutien et d'écoute » « Sentiment de libération nécessaire » « Manque d'écoute » « Il faut apprendre à gérer seul ce genre de situations » « Inconfort car la demande du psy est à l'initiative du soignant » « Besoin de réel échange »
Sentiment de sécurité et de confiance	« Nécessité d'un sentiment de sécurité et de confiance dans la possibilité de discuter » Un sondé souligne que c'est lié à « la relation avec les collègues plus qu'à la structure (...) »
Efficacité du traitement actuel / Impacts limités	« Efficacité et impacts limités des discussions actuelles » « Peu d'actions concrètes ou de modifications de pratiques » « Aucune action suite à nos discussions » « Sentiment de reproduire sans cesse les mêmes schémas » « Discussion stérile » « Discussion sans effet sur le long terme ou les changements pratiques » « Beaucoup de paroles, peu d'actes »

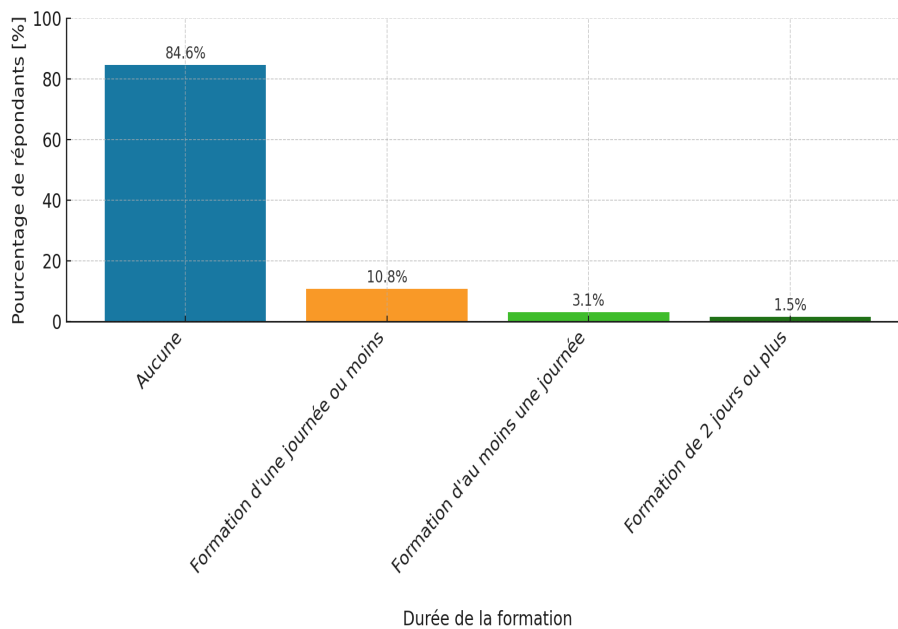
**Les questions huit et neuf**, mettent l'accent sur la « conduite » d'un débriefing clinique ainsi que la formation inhérente à cette conduite.

Proportion de répondants ayant facilité des débriefings cliniques au cours de la dernière année



Graphique 5: Proportion de sondés ayant facilité des débriefings au cours de la dernière année écoulée

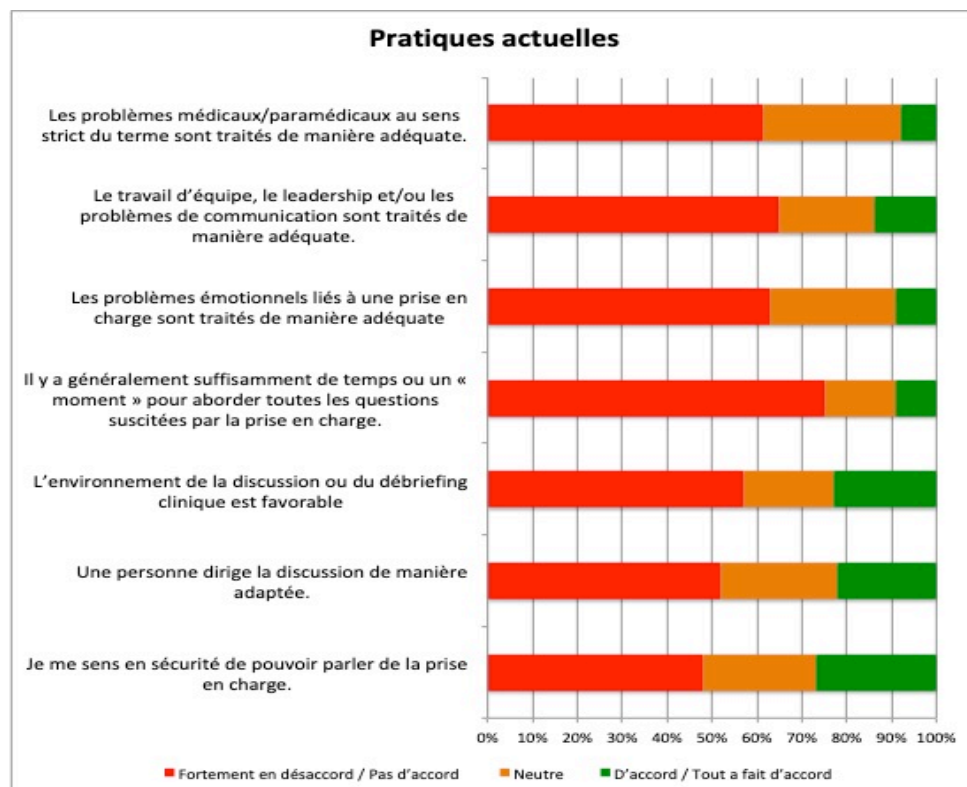
Formation des répondants en débriefing clinique



Graphique 6: Formation des répondants en débriefing clinique

A nouveau, nous constatons des résultats sans équivoque pour ces deux demandes. Pour les deux questions posées, une majorité notable indique qu'elle n'a ni reçu de formation en DC, ni dirigé de débriefings.

La question 10 abordait plus directement, via une échelle de Likert, la question des pratiques actuelles en regard de certains items clés dans la pratique du débriefing clinique mis en exergue lors de notre revue de littérature. Voici les résultats :

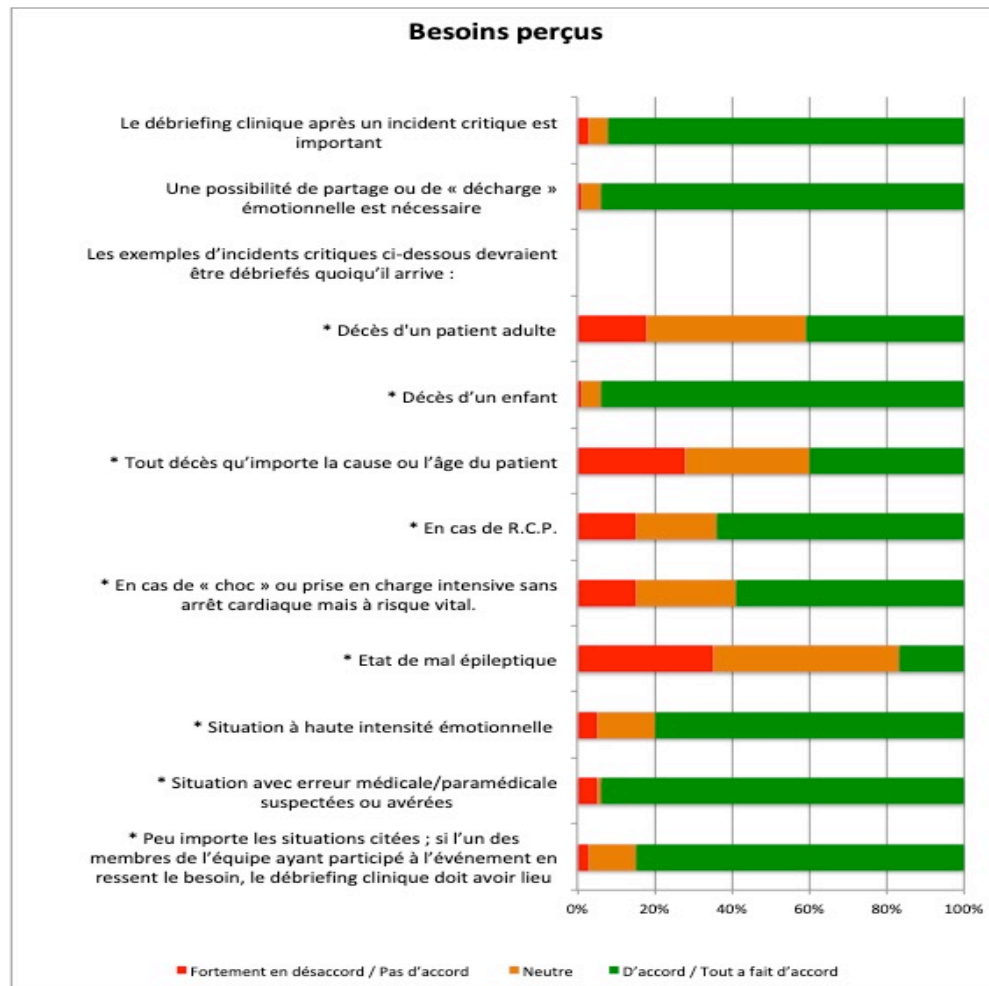


Graphique 7: Etat des lieux des pratiques actuelles en lien avec le débriefing clinique selon les répondants

Nous pouvons observer des résultats flagrants pour la première et la quatrième affirmation avec plus de 60% de réponses négatives aux affirmations et de nettes minorités de propositions positives choisies. La question du temps consacré à la discussion semble par ailleurs se dégager péjorativement de ce groupe.

Les trois dernières affirmations montrent des résultats plus mitigés pour autant que l'on regroupe les réponses « neutres » à celles à tendance positive. En particulier la dernière qui montre que le sentiment de sécurité psychologique lors de discussions ne fait pas consensus au sein des soignants.

La **question suivante (11)** se présente de la même manière que la précédente mais ce sont ici les besoins perçus par l'équipe soignante relatifs au débriefing clinique qui nous intéressent.



Graphique 8: Etat des lieux des besoins perçus des répondants en lien avec le débriefing clinique

*Des réponses unanimes positives ou négatives se dégagent de ces résultats.* Nous noterons ainsi qu'une majorité de participants juge que le DC est important après un événement critique tout comme une possibilité de partage ou décharge émotionnelle après celui-ci. De manière cohérente avec cette dernière proposition, lorsqu'une situation à haute intensité émotionnelle se présente ou si une personne en ressent le besoin, il semble important pour la plupart de nos répondants de débriefing.

Dans ces réponses sans équivoque, le DC après erreurs médicales/paramédicales fait également son apparition avec un large plébiscite en sa faveur.

Inversement, la crise d'épilepsie ne constitue pas une situation semblant demander un débriefing d'office pour les sondés.

*Nous avons ensuite utilisé des exemples de situations « cliniques » très concrets dans notre sondage. Il en ressort des résultats plus partagés.*

En ce qui concerne le *débriefing* après certains « types » de décès. Le *débriefing* après celui d'un enfant fait bien consensus auprès de nos répondants. Toutefois, le *débriefing* d'emblée après chaque décès tout comme après celui d'un patient adulte n'emporte pas la majorité des suffrages mais dévoile une part de neutralité importante à ce sujet.

Les situations avec *un patient vivant* mais dans un état critique (choc ou réanimation cardio-pulmonaire) montrent une presque égalité entre les réponses les concernant. Environ 60% des sondées estiment qu'il faut les *débriefing*.

Pour terminer ce dépouillement des résultats de notre questionnaire, **la douzième question** permettait aux soignants sondés de s'exprimer tout à fait librement. Vingt et un d'entre eux l'ont fait. La plupart de ces commentaires, comme celui qui suit, traduisaient *des encouragements* concernant le sujet de ce mémoire mais résumaient assez bien également *certaines éléments démontrés dans la littérature* : « Si important aux urgences et tellement peu considéré, on rentre parfois chez soi la boule au ventre ou la gorge nouée. Heureusement qu'on a nos proches à qui nous confier ou décharger nos émotions, mais idéalement ça ne devrait pas empiéter sur nos vies personnelles. Très bon sujet de mémoire ! ».

D'autres ont plutôt laissés des « *suggestions* » pour l'implémentation avec ce type de commentaires : « Un *débriefing* organisé est très chronophage, ne pas inclure trop de situations où un *débriefing* organisé est indiqué, sinon risque de majorer le taux d'absentéisme au *débriefing* ». Enfin, une petite minorité relate les difficultés et obstacles à cette innovation au sein de leur service. Ils relatent les difficultés particulièrement avec certains collègues, le manque de temps ou encore le fait que les différentes sensibilités créeront un besoin différent.

## 5.2 Focus Group

Une grande part de notre recherche étant fondée sur l'expérience des futurs utilisateurs de notre outil. Il semblait naturel d'utiliser la méthode des focus group afin d'exploiter au maximum les impressions, les avis et les recommandations éventuelles des acteurs de terrain. Cette méthode utilisée après le questionnaire permet également, au travers de notre topic guide, d'approfondir certains éléments relevés dans les réponses obtenues.

Nous avons donc convié des soignants de différentes corporations mais aussi des différents sites géographiques du service des urgences pour obtenir un panel le plus représentatif de la réalité.

Deux rencontres ont eu lieu pour obtenir un nombre de participants suffisant et ont réunis en tout :

- Treize *infirmiers urgentistes* (titrés Soins Intensifs et Soins d'Urgences) des trois sites confondus dont neuf assignés également au SMUR (Service mobile d'urgences et de réanimations) et deux au PIT (Paramédical Intervention Team)
- Quatre *médecins* (trois résidents et une médecin assistante candidat spécialiste en médecine d'urgence), ces quatre médecins assignés au SMUR également.
- Un *ambulancier*
- Deux *aides-soignantes*

Après la retranscription de chacun des focus group, nous avons décidé de fusionner les données des deux rencontres et nous avons créé des thèmes qui permettaient de regrouper des éléments de discussions similaires et pertinents pour notre sujet. En voici le résultat :

Thèmes	Explication +/- extraits
Définition personnelle de ce qu'est un débriefing :	Réponse globale : Discussion, partage de l'expérience et très axé sur l'émotionnel.
Pratiques actuelles : -Contenus :  -Déclencheur :  -Expérience personnelle :	<p>Echanges, discussion informelle, ...mais sans rentrer en profondeur dans le sujet. Certains disent plus facilement discuter ensemble après l'événement s'il a été positif et d'autres plus facilement si négatifs.</p> <p>Pas de procédures formelles.            « Pour le moment, on n'a rien de structuré et systématique... (...) On débriefe de manière informelle souvent dans notre coin. »</p> <p>« Les interventions (extrahospitalières) qui ne vont pas bien on les débriefe jamais »</p> <p>« Une fois c'est un chef qui le demande parce qu'il a eu vent d'un événement traumatisant ; une fois c'est une infirmière qui en parle à un régulateur du jour pour lancer un débriefing parce que les jeunes (NDLR : infirmières) avaient l'air touché. »</p> <p>« Un débriefing que j'avais subi, c'était plus en mode moralisateur, c'était plus pour juger une situation qui s'était mal passée et pas un débriefing général sur qu'est-ce qu'on aurait pu améliorer. (...) C'était chercher, pointer du doigt un coupable et pas un réel débriefing (...) Il y avait eu un décès pédiatrique, on ne cherchait pas des pistes d'amélioration, on cherchait plus à pointer du doigt des erreurs ou à pointer les manquements de la situation sans en apporter des pistes. Il y avait un manque de bienveillance (...) »</p>
Collaboration interprofessionnelle :	<p>« Ça peut aider à changer les mentalités (...) dans le bon sens. Il y en a beaucoup qui font de « l'entre-soi » ».</p> <p>« Moi je pense que ça peut vraiment diminuer les tensions entre médecins et infis.. »</p> <p>« Moi j'ai vécu un débriefing mais pas au GHdC, qui a vraiment aidé les gens (...) c'est qu'il (le facilitateur) a donné la parole à chacun des intervenants sur base du fil de l'intervention, ce qui a permis à beaucoup de gens de comprendre pourquoi telle ou telle décision a été prise. » (NDLR : contexte d'accident de la route avec pompiers, ambulanciers équipages SMUR au débriefing)</p> <p>« C'est incroyable en fait comme truc parce que ça doit amener de l'apaisement dans les équipes »</p>

<p>Environnement sécurisant et sécurité psychologique (Sujet suscitant de longues et vives discussions)</p>	<p>Peur de dire des choses touchant au management devant hiérarchie</p> <p>Peur de relever les erreurs des autres SURTOUT avec certaines personnes (plus qu'avec hiérarchie par ailleurs) =&gt; les caractères ou l'ancienneté (« on a toujours fait comme ça ») sont mis en avant mais le groupe s'accorde sur le fait que ces personnes sont minoritaires.</p> <p>MAIS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de crainte de dire si erreur(s) personnelle(s) commise(s) ni de sanctions liées.</li> </ul> <p><i>Les notions de confiance, de confidentialité et d'anonymat sont bien comprises et acceptées =&gt; « c'est un gros jeu de confiance en réalité »</i></p>
<p>Emotions (contrôle, expression, ..)</p>	<p><i>L'idée d'un espace de décharge émotionnelle est bien accueillie, il y a une véritable demande =&gt; « Il faut qu'on puisse laisser ça au travail et pas être énervé chez soi... »</i></p> <p><i>Crainte de ne pas pouvoir maîtriser sa colère dans débriefing à chaud =&gt; « Je me connais et ça risque d'être difficile.)</i></p>
<p>Quand (faire le débriefing) ?</p>	<p><i>Evocation d'un biais de mémoire lors d'un cold débriefing vécu par un participant =&gt;</i></p> <p><i>« (...) Il y avait énormément de frustration de la part des intervenants, parce que chacun a dû prendre des décisions parfois très compliquées, qui ont parfois mis en difficulté d'autres intervenants. Chacun ayant pu retracer son fil et refaire son film a pu dire « bah donc il s'est passé ça » et donc il y a des gens qui se sont inventés une histoire, un film, mais pas celui qui s'est passé. »</i></p> <p>Autres évocations:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Débriefing réalisé une semaine après une intervention importante en extra hospitalier =&gt; il n'y avait pas les pompiers car difficile de réunir tout le monde alors que leur présence était nécessaire.</li> <li>- D.C. un mois et demi plus tard pour une prise en charge problématique aux urgences mais problèmes de mémoires, de présence de certains, etc...</li> </ul>
<p>Où (faire le débriefing) ?</p>	<p><i>Salle de réunions citées quasi à l'unanimité pour le site Notre-Dame =&gt;</i></p> <p><i>« (...) ici (salle de réunions des urgences), ça fait quitter le service. Il y aura beaucoup moins de personnel que dans le décho (salle de déchoquage des urgences) ou dans le bureau de Claire (infirmière chef de service) (...) ici, il y aura moins de problèmes de confidentialité»</i></p>

<p>Qui ?</p> <p>-Participants au débriefing</p>	<p>Cas réel relaté par un participant d'une infirmière qui ne trouve pas qu'un débriefing soit utile après une situation positive.</p> <p>Réponse unanime du groupe : « le débriefing se fait et redemander si elle souhaite ou non y participer »</p> <p>Et un participant d'ajouter « même si 90% des intervenants présents assistent au débriefing, faisons-le et ça fera des petits... »</p> <p>- Demande général d'un débriefing ouvert à tout intervenant d'une situation même hors service des urgences : « Mais on pourrait l'élargir à tout l'hôpital alors ! »</p>
<p>-Animateur du débriefing</p>	<p><i>Crainte sans facilitateur externe d'un manque de neutralité :</i> « (...) mais tu resteras encore toujours avec des gens qui, si tu n'as pas d'éléments extérieurs qui peuvent apporter un regard neutre, .. » =&gt; crainte sans facilitateur externe de manque de neutralité</p> <p><i>Facilitateur présent à chaque pause :</i> « Tu pourrais avoir une dizaine, une quinzaine d'ambassadeurs, ce qui fait qu'à chaque garde, il y en a au moins un ou une, qui est présent et cette personne qui est formée selon les préceptes. »</p> <p>Les participants se sentiraient assez à l'aise, pour autant de disposer <i>d'un outil et d'une courte formation</i>, de mener un débriefing.</p>
<p>Exploitation des données</p>	<p>« Avoir un suivi réel de nos demandes, et voir le truc « en cours » c'est déjà voir que nous sommes entendus »</p> <p>« Tu dis que c'est confidentiel et anonyme mais il y a des choses intéressantes pour l'équipe qui peuvent sortir de la... (du débriefing) »</p> <p><i>Positivement surpris</i> en voyant un exemple de l'application de gestion des données du débriefing du Sart-Tilman à Liège =&gt; « je vois qu'ils mettent deux phrases, ce n'est donc pas très long quoi »...</p>
<p>Implémentation :</p> <p>- Leviers :</p>	<p>« Oui, mais je pense qu'on est aussi dans une dynamique qu'on essaie de construire. (..) et donc, il faut profiter des fois où ça ira bien et que ça va faire des petits »</p> <p>« ...peut-être qu'il faut commencer avec de jeunes médecins qui se remettent en question plus facilement qu'un plus ancien qui a 40 ans de métier... (...) je pense que c'est progressif »</p> <p>« Il faudrait une formation pour chacun sur le débriefing.. »</p> <p>« Il faut absolument informer le personnel sur le débriefing avant de commencer... on a tous une définition différente »</p>

<p>- Freins :</p>	<p>« (...) le respect interpersonnel quoi. (...) « T'es un con parce que tu ne m'as pas écouté », si ça commence comme ça, c'est fini. (...) »</p> <p>« Moi je pense que je risque de m'emporter parfois... »</p> <p>« S'il y a un niveau (NDLR : un corps professionnel) qui ne se sent jamais écouté ...alors ça n'ira pas »</p> <p>« En fait c'est une question de respect, c'est du savoir-vivre... (...) Je pense que ce sera le seul truc qui pourrait être compliqué... »</p>
-------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les discussions approfondies tenues lors des focus group ont mis en lumière la valeur perçue et les défis liés à l'implémentation de débriefings cliniques au sein de notre service d'urgences. Il ressort clairement que, malgré les variations dans les pratiques actuelles et les inquiétudes concernant l'environnement de débriefing, il existe un consensus fort sur l'importance de ces sessions réflexives pour le partage d'expériences, la gestion des émotions et l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle. La nécessité d'un cadre structuré, respectueux et sécurisant pour ces débriefings est unanimement reconnue, soulignant la volonté collective d'adopter une démarche formelle et systématique. Les témoignages soulignent également le potentiel des débriefings à transformer positivement les dynamiques de travail, à condition qu'ils soient correctement facilités et inclusifs. Ces résultats dressent un panorama réaliste des perspectives, des défis et des aspirations liés à l'implémentation des débriefings cliniques dans notre service d'urgences, soulignant l'engagement des participants à améliorer la qualité des soins et le bien-être professionnel par le biais de cette pratique réflexive.

### 5.3 Formation intitulée « Le débriefing comme outil d'apprentissage organisationnel » dispensée par le centre de simulation médicale de l'Université de Liège.

La formation se concentrait sur l'implémentation du débriefing clinique des équipes comme outil d'apprentissage organisationnel, visant à l'intégrer comme un processus d'amélioration continue au sein d'un service.

Elle s'est déroulée sur deux journées et alternait entre aspects théoriques et exercices pratiques dont des simulations de débriefings cliniques.

La première journée, très pratique, était surtout consacrée à la manière de réaliser un débriefing clinique simple ou difficile avec une équipe. La deuxième se concentrait, elle, sur « l'intégration du débriefing dans un service comme processus d'amélioration continue » (Graas & Paquay, 2024).

Un pacte de confidentialité établi lors de cette formation nous empêche de relater en détails les éléments présentés. Néanmoins, nous pouvons en dévoiler certaines grandes lignes en rapport avec notre projet.

Lors de ces deux journées, nous avons compris le lien existant entre les risques inhérents à un hôpital (erreurs médicales...) et certaines manières de les diminuer (culture de la sécurité,..) par le biais du débriefing clinique. Cela établissant un pont entre le débriefing, la sécurité et la qualité des soins.

Nous avons pu, grâce à une structure simple inspirée d'outils existants et aux précieux conseils des formatrices, nous exercer à mener des débriefings simples ou plus difficiles. Ce training a été réalisé par séance de simulation très réalistes.

Au-delà de cette approche très pratique de nous former à débriefer une équipe, la visée de la formation était également d'implémenter le débriefing dans nos services respectifs.

Pour cela, différentes bases de management nous ont été enseignées telle que la gestion de projet par exemple. Comprendre le fonctionnement d'une équipe, la manière d'implémenter un projet tout en visant une amélioration continue pourrait résumer cette partie conséquente de la formation. Ainsi, l'exploitation des données extraites des débriefings constitue une base essentielle de cette amélioration continue et nous avons appris à pouvoir les utiliser de manière efficiente afin notamment de pérenniser l'emploi du débriefing clinique dans les équipes.

Pour conclure, nous pouvons dire que cette formation était parfaitement adaptée à notre sujet et nous pouvons même ajouter qu'il y a eu un « avant/après ». En effet, notre vision du débriefing a réellement évolué lors de ces deux jours, notamment au sujet du challenge que représente son introduction de manière durable dans une équipe.

## 6. DISCUSSION

Dans cette discussion, nous procéderons à une analyse plus approfondie de nos résultats empiriques en les confrontant à notre revue de littérature. Afin d'obtenir une vue directement « exhaustive » lors de cette partie, nous allons utiliser sans distinction les résultats de toutes nos approches pratiques (questionnaire, focus group et formation). Cependant, nous allons structurer notre discussion sur base de traits prégnants émergents depuis le début de ce travail.

Ceux-ci étant des points d'attention qui nous aiguillerons concrètement pour la suite de ce projet. Ultérieurement, en rapport avec nos réflexions, nous développerons l'outil qui constitue la finalité « opérationnelle » de ce travail et nous aborderons les projections futures liées à celui-ci.

### *Pratiques actuelles :*

Une première constatation flagrante est le lien cohérent qui existe entre les études relatives à la pratique du débriefing clinique et notre recherche locale dans le service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi. On observe, en effet, qu'une part majeure de nos répondants (plus de 90%) affirment n'avoir participé à un débriefing après un événement critique qu'une fois sur quatre. Cela correspond aux résultats de différentes études à plus grandes échelles qui montrent une sous-utilisation des débriefings dans divers contextes. (Coggins et al., 2021 ; Toews et al., 2021 ; Sandhu et al. 2014).

Si un débriefing clinique tel que nous l'entendons désormais ne semble pas avoir lieu systématiquement sur le terrain, plus de 60% des soignants du service des urgences déclarent que les événements critiques font plutôt l'objet de discussions informelles entre collègues. Ce résultat quantitatif est rejoint par les réponses obtenues lors de nos focus group, lesquelles mettent en avant des partages d'expérience non cadrés très axés sur l'émotionnel. Nous pouvons supposer que cela laisse place à une pratique assez aléatoire comme le laisse

d'ailleurs penser les commentaires entendus lors des focus group. Certains discutent plus aisément après une prise en charge sans difficulté alors que d'autres ne le feraient que si des problèmes sont survenus. Ce comportement reflète un écart entre la perception du débriefing comme un outil réactif plutôt que proactif et la notion théorique du débriefing en tant que pratique régulière intégrée et préventive, comme décrit par Fanning & Gaba (2007). De plus, nous avons souligné avec les travaux de Diaz-Navarro et al. (2021) que *les discussions structurées sont essentielles pour une analyse constructive et pour l'amélioration continue des performances cliniques*. Des conversations ad hoc, bien qu'importantes, pourraient ne pas être suffisantes pour déclencher des changements systématiques ou pour répondre de manière complète aux besoins des soignants.

Cette conclusion est renforcée par d'autres chiffres parlants de notre enquête, qui montrent que plus de 60% des sondés estiment que les problèmes médicaux et/ou paramédicaux ainsi que ceux liés au travail d'équipe, au leadership et à la communication ne sont pas traités de manières adéquates.

### ***Besoins perçus et déclencheurs de débriefing clinique :***

On le constate avec notre recherche, les soignants éprouvent vraisemblablement un besoin d'espace permettant de discuter de manière structurée d'événements passés à des fins diverses et variées. Cela rejoint, par ailleurs, les conclusions de certaines études mises en exergue dans notre cadre théorique selon lesquelles des professionnels de la santé éprouvent le besoin de voir les débriefings cliniques implantés ou perfectionnés dans les établissements où ils ne sont pas encore pratique courante (Theophilos et al., 2009 ; Sandhu et al., 2014).

Cependant, si l'idée de réaliser des débriefings semble faire l'unanimité (plus de 90% des répondants l'estiment « important ») ; les besoins spécifiques pour le déclencher ne sont pas identiques pour chacun. A cette même question onze, prenons l'exemple du décès d'un patient adulte dont le score est très partagé avec une grande part de réponse « neutre ». Faudrait-il dès lors mener un débriefing clinique d'emblée après tout décès d'un patient adulte ? A l'inverse, nous obtenons un consensus fort pour réaliser un DC d'office après le décès d'un enfant.

Notre étude montre bien que les sensibilités et les expériences de chacun sont différentes et qu'il n'existe probablement pas de manière de faire « universelle » lorsque l'on parle du déclencheur d'un débriefing. Mais ces réponses ne considèrent-elles pas uniquement l'aspect émotionnel de la prise en charge ? Les répondants n'ont-ils pas omis les autres

objectifs attendus d'un débriefing clinique tels que l'apprentissage (Kessler et al. 2015) ou encore l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle (Tannenbaum & Cesaroli, 2013)? Lorsque nous avons demandé, lors des focus group, comment chacun définirait personnellement le terme débriefing, nous avons rapidement constaté que pour la majorité des participants, il s'agissait d'un partage d'expérience axé uniquement sur le traitement des émotions. Cela expliquerait les réponses à notre question onze.

Alors, pour répondre efficacement à ce qui pourrait déclencher un débriefing de manière inconditionnelle, il est peut-être utile de se raccrocher aux plus de 80% des sondés qui pensent que *tant qu'un des membres de l'équipe en ressent le besoin alors il faut faire un débriefing*. Cela peut être complété par l'affirmation très large de Thiagarajan (1992) disant qu'il est nécessaire à partir du moment où des enseignements utiles pourraient être tirés. Nous comprenons, dès lors, que cela ouvre grand le spectre des situations après lesquelles mener un débriefing.

### ***Traitement des émotions :***

Nous l'avons vu, le traitement des émotions est une préoccupation majeure présente aussi bien dans la littérature que sur le terrain lorsqu'on parle de débriefing clinique. Il est d'ailleurs mis en avant dans toutes nos méthodes de recherches.

Dans le questionnaire, 95% des soignants répondent à la onzième question qu'une possibilité de décharge ou de partage émotionnelle est nécessaire (cela rejoint l'étude de Cincotta et al. (2021)) alors qu'à la question précédente, à peine 10% estime que les problèmes émotionnels sont traités de manière adéquate dans leur pratique actuelle. Aussi, lors des focus group, comme nous venons de le voir, c'est la décharge émotionnelle qui définit le débriefing pour la plupart des soignants. De même, ils estiment qu'il est essentiel de pouvoir laisser les problèmes au travail avant de rentrer chez soi.

Enfin, lors de la formation, cet aspect a été abordé également mais il semble mineur par rapport aux autres objectifs, les formatrices insistant sur le peu de temps à y consacrer lors des simulations. En effet, nous verrons plus tard que lors d'un débriefing, s'il est nécessaire de sonder le groupe sur les émotions ressenties, cela ne constitue pas le but ultime de la méthode, et cette étape doit se faire rapidement afin de ne pas « phagocyter » le reste de la rencontre. Il s'agit donc, d'une part, de prendre en considération les émotions de chacun pour potentiellement diriger un soignant en difficulté vers des mains expertes (Sandhu et al. 2014)

et d'autre part de rappeler que le débriefing ne fait pas office de psychothérapie de groupe (Crocq, 2001 ; Kolbe, 2021).

*Ce contraste entre les réponses obtenues et la théorie sur le sujet montre bien la nécessité de former, même succinctement, les équipes sur les objectifs du débriefing clinique avant de vouloir l'implémenter.*

### ***Sentiment de sécurité psychologique :***

Ce point a probablement été celui le plus longuement débattu lors des discussions de focus group. Il est également apparu spontanément dans les réponses au questionnaire.

A ce sujet, il convient de distinguer deux éléments qui constituent cette sécurité psychologique relatés par les soignants mais également mis en avant par de nombreux auteurs (Fanning & Gaba, 2007 ; Rose & Cheng, 2018 ; Toews et al. 2021).

Le premier, c'est la notion de confiance liée notamment à la confidentialité qui est à la base des débriefings. En effet, les soignants ont bien compris que pour que la méthode leur soit utile et pérenne, il faut pouvoir tout y raconter. Pour cela, il est primordial de se sentir en confiance et d'avoir l'assurance que les propos resteront confidentiels ou anonymes pour autant qu'ils soient utilisés hors du débriefing. L'image du château de carte a ainsi été utilisée afin de montrer que chaque élément est indispensable au groupe et que la confiance en est le lien. L'un d'entre eux s'exclamera d'ailleurs à propos du débriefing: « Ah oui, c'est un gros jeu de confiance en fait... »

Le second, c'est la peur de la réaction des autres intervenants mais également de la hiérarchie. Les soignants présents lors des focus group, ainsi que quelques réponses à la septième question du formulaire ont fait écho à cette crainte. C'est surtout la réaction d'autres collègues connus pour leur caractère difficile ou leur ancienneté qui fait défaut. La peur de dire des choses liées au management en présence de la hiérarchie étant plutôt secondaire.

Lors de la formation organisée par le centre de simulation médicale de l'Université de Liège, ce fut un point d'attention mis en avant par les formatrices, et ce « mantra » est d'ailleurs lu à voix haute avant chaque débriefing afin de rappeler aux participants l'essentiel :

« Nous pensons que toutes les personnes (...) sont intelligentes, capables, soucieuses de faire de leur mieux et désireuses de s'améliorer ». Celui-ci appelé originellement « the basic assumption » est emprunté au centre de simulation médicale de l'Université d'Harvard qui

l'utilise également au départ de toutes ses formations afin d'aider à créer un climat de sécurité psychologique pour les participants.

Evidemment, une incantation ne peut suffire, seule, à rassurer et c'est toute une culture positive institutionnelle qui doit soutenir ce sentiment de sécurité. Le service publique fédéral santé publique le rappelait en 2023 dans un dossier concernant la sécurité du patient : « *une ouverture et une transparence pour un climat positif permettant aux prestataires de se livrer sans crainte de jugements ou représailles* ». (SPF santé publique, 2023).

Pour clore ce point relatif à la confidentialité du débriefing, je relaterai la réflexion pertinente d'une participante qui s'inquiète des éléments positifs émergents pouvant être utilisés dans d'autres situations : « Tu dis que c'est confidentiel et anonyme mais il y a des choses intéressantes pour l'équipe qui peuvent sortir de là... (du débriefing) ».

Cela nous renvoie à l'utilisation des données issues des débriefings.

#### ***Utilisation des données et suites du débriefing :***

Dans notre questionnaire, nous posions la question ouverte du sentiment des soignants quant à la manière de traiter les événements critiques actuellement. Un nombre considérable de réponses évoquait le manque d'actions derrière les paroles. On y retrouvait notamment des extraits percutants tels que « discussion stérile » ou « sentiments de reproduire sans cesse les mêmes schémas ». Avant toute chose, il est utile de nuancer cela en rappelant que la plupart des soignants ont répondu préalablement que les événements critiques étaient surtout discutés de manière informelle entre collègues, sans plus de structure. Il est donc assez logique de retrouver cette sensation de manque d'action après les discussions. Au-delà de nous rappeler la nécessité d'établir un cadre pour traiter de l'événement discuté auparavant, il s'agit ici de mettre l'accent sur le traitement des informations qui émaneront de ces débriefings.

Cela transparait donc clairement dans notre approche pratique mais est également bien présent comme facteur primordial de réussite d'implémentation du DC dans la revue de littérature. L'utilisation des données renforce ainsi le sentiment d'être écouté et considéré (Cincotta et al., 2021 ; Kessler et al., 2015), comme le remarque cette soignante « avoir un suivi réel de nos demandes, et voir le truc « en cours » c'est déjà voir que nous sommes entendus ».

Nous y reviendrons plus en détails dans nos perspectives, mais l'utilisation des données est largement explorée dans la formation que nous avons suivie. En effet, nous y avons appris que si le moment du débriefing n'est pas à négliger, il ne constitue que 30% de tout le processus, le reste étant consacré à l'exploitation des informations issues de DC. Cette phase majeure s'apparente d'ailleurs à l'étape « CHECK » de la roue de Deming illustrée précédemment et qui consiste à diffuser, explorer et utiliser les données afin de produire des améliorations (Paquay et al., 2022).

### **« Faciliter » un débriefing :**

La formation nous a appris, entre autres choses, qu'il n'était pas si aisé de mener un débriefing d'équipe surtout lorsque les circonstances étaient délicates. Ce sujet s'avère primordial pour la suite de notre sujet. Quelle personne pour mener les débriefings que nous souhaiterions implémenter?

C'est ici que la théorie issue de la formation et de certains articles ((Brazil et al., 2021 ; Edwards et al., 2021 ; Toews et al., 2021), qui voudraient que chaque « débriefeur » soit formé et la réalité du terrain s'affrontent car il est évident qu'au départ et comme l'indique les résultats de notre questionnaire, la plupart des soignants n'ont ni expérience, ni formation en débriefing. Constat établi également par l'étude de Sandhu et al. (2014) et Zinns et al. (2015). Enfin, cela rejoint, par ailleurs, notre hypothèse de départ postulant que peu ou pas de soignants avaient suivi une formation en débriefing clinique. C'est pourquoi notre stratégie consistait avant tout à mettre au point notre outil au terme de ce mémoire, et dans une perspective ultérieure à ce travail à former les volontaires. Si l'on en croit les résultats obtenus auprès de nos soignants lors des focus group, la plupart de ceux-ci se disent assez à l'aise pour mener un débriefing, pour autant qu'il y ait un outil et ne serait-ce qu'une courte formation préalable. Il est toutefois utile de rappeler qu'un essai randomisé contrôlé (Boet et al., 2013), a toutefois démontré que des améliorations pouvaient survenir après des D.C. menés par des membres non formés de l'équipe.

### **Collaboration interprofessionnelle :**

Il a été démontré que les divergences de point de vue pouvaient coïncider intrinsèquement avec la profession du soignant (Makary et al., 2006 ; Sandhu et al., 2014). Un participant d'un focus group a illustré cela en expliquant que, grâce à un débriefing auquel

il avait participé, chaque acteur avait pu comprendre les actions ou demandes d'un autre en retraçant le fil de l'intervention. Cela désamorçait des tensions liées aux positions de chacun.

Lors de nos rencontres, les participants ont spontanément soulevé ce problème de tensions régulières entre les différents métiers et notamment entre les infirmier(e)s et les médecins du service des urgences. Après avoir reçu quelques explications concernant le débriefing clinique, les réactions positives allaient de « Ça peut aider à changer les mentalités (...) dans le bon sens. Il y en a beaucoup qui font de « l'entre soi » à « C'est incroyable en fait comme truc parce que ça doit amener de l'apaisement dans les équipes » et rencontraient les conclusions de différents auteurs allant dans ce sens (Salas et al. 2008 ; Coggins et al., 2020).

## 7. ELABORATION DE L'OUTIL ET PERSPECTIVES

Après ce travail de recherche théorique et pratique (l'étape « PLAN » de Deming) dans le but d'obtenir une base solide pour la poursuite de notre objectif, nous aboutissons à la concrétisation de celui-ci. Comme nous l'avons déjà développé, l'élaboration du produit suivant n'est qu'une partie d'un tout qui, nous l'espérons, facilitera l'introduction du débriefing clinique au sein du service des urgences du GHdC. Cette seconde phase, correspondante au « DO » du cycle de l'amélioration continue, pourra de fait s'appuyer sur cet outil mais également sur un ensemble d'actions à entreprendre, que nous aborderons dans nos perspectives.

### 7.1 Elaboration de l'outil

Comme nous l'avons déjà souligné dans notre cadre théorique, l'utilisation d'un outil permet aux utilisateurs mêmes non formés (Boet et al., 2013) de mener un débriefing simple en équipe. Pour rappel, de nombreuses autorités de santé telle que la Haute Autorité en Santé française ou l'Académie Américaine de Pédiatrie recommandent l'utilisation d'outils de débriefing clinique dans une démarche d'amélioration de qualité et sécurité des soins. (H.A.S., 2018 ; Krug & Frush, 2007). En se basant sur les informations empiriques et théoriques collectées depuis le commencement de cette étude, il semble possible de développer un instrument qui soit non seulement rigoureux sur le plan scientifique, mais aussi

personnalisé pour répondre aux spécificités de la situation qui nous occupe. L'outil que nous avons élaboré se trouve en annexe 8 de ce travail. Il sera édité en format « livret ».

Seul, il ne peut donner lieu à une culture du débriefing naturelle et durable au sein de l'équipe même s'il en constitue une première pierre nécessaire. C'est pourquoi, de manière très réaliste, nous sommes conscients que ce mémoire, initiateur d'un projet plus considérable, doit se prolonger sur le terrain avec quelques repères pour ce faire. Ce sont de ces quelques jalons dont il sera question dans le point suivant.

## 7.2 Perspectives

Les suites de ce travail seront essentielles et ne pourront être négligées si l'on veut atteindre notre but. En effet, la terre étant maintenant préparée, les graines bien semées et l'outil affuté, il sera primordial dans la continuité de notre recherche de régler d'autres éléments pour que germe le fruit de ce projet.

Si nombre de repères ont été décelés lors de notre revue de littérature, la formation suivie à Liège aura permis de comprendre l'importance de certains d'entre eux en pratique. En effet, les formatrices ont une expérience probante d'implémentation de DC réussie au sein de leur institution (Paquay et al., 2023) et nous avons cette chance de pouvoir nous en inspirer. Parallèlement à l'introduction de notre outil, il s'agira d'abord de *sensibiliser le personnel soignant au débriefing clinique*. Il n'est pas question ici de formation pour apprendre à mener un débriefing, mais simplement d'une sensibilisation à ce qu'est un débriefing ainsi qu'à ces objectifs visés et ses éléments constitutifs. Comme nous avons pu nous en apercevoir lors de nos focus group, mais également dans notre revue de littérature (Johnson, 2021 ; Rose & Cheng 2018), cette étape est incontournable simultanément au lancement de notre outil.

Ensuite, pour permettre une « diffusion » correcte et efficace de notre innovation, comme le préconise la science de l'implémentation (Arriaga et al., 2020), il est utile d'identifier des « champions » qui peuvent porter le projet et le promouvoir (Kessler et al., 2015 ; Mullan et al., 2013). Pour ces soignants volontaires, *une formation pour faciliter un débriefing* peut être dispensée par un collègue ayant lui-même suivi l'enseignement « officiel » tel que nous l'avons suivi (les formatrices approuvent cela). L'engouement perçu lors des focus group mais également au quotidien concernant notre sujet permet d'indiquer, espérons-le à raison, qu'il devrait être simple de trouver des volontaires.

Enfin, nous l'avons déjà abordé mais *l'utilisation des données* extraites des débriefings est sans doute le facteur clé de la durabilité. Au Centre Hospitalier Universitaire de Liège d'où proviennent nos deux formatrices, il existe un « circuit » permettant une utilisation rationnelle de ces informations dont voici l'illustration (Paquay et al., 2023).

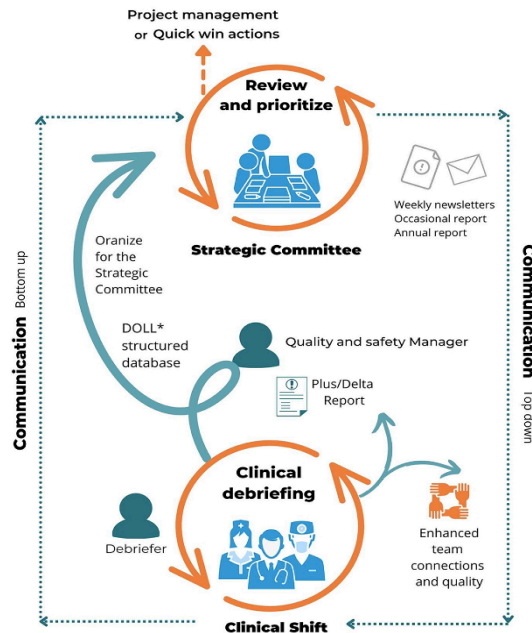


Figure 7: Intégration du débriefing clinique dans un processus systémique

Comme nous l'avons vu, il est clair que le débriefing en lui-même ne constitue qu'une première étape de la chaîne. Nous voyons apparaître ensuite la mention « D.O.L.L. » pour « Debriefing and Organizational Lessons Learned » sur ce schéma : il s'agit d'une méthode (Paquay et al., 2022) permettant de catégoriser et classer les données extraites afin de les utiliser au mieux ensuite. Une sorte de premier tri qui, d'après les auteurs, « augmente la valeur potentielle des débriefings cliniques car il organise les résultats en domaines exploitables ».

On note également la présence d'un « comité stratégique » qui, composé de responsables médicaux et infirmiers mais également de référents, étudie ensuite ces données afin d'y apporter des réponses en mettant en place différentes actions.

Un compte rendu de celles-ci sous forme de newsletter hebdomadaire est ensuite envoyé vers le personnel soignant qui a ainsi une vue sur les suites de leur débriefing.

Enfin, afin d'appuyer tout ce processus, une application informatique a été créée avec le soutien du département informatique du Sart-Tilman.

Dans le but de déjà préparer la suite de ce projet hors cadre académique et en prenant exemple sur le travail liégeois, nous avons pris contact avec l'infirmier qualicien responsable pour le service des urgences Mr Arnaud Lixon ainsi qu'avec le département informatique du GHdC.

Au-delà du lien désormais évident entre la qualité des soins et le débriefing, nous avons contacté Mr Lixon car il s'occupe de tous les événements indésirables relatifs aux urgences. Afin d'éviter de potentielles confusions entre ceux-ci et les données extraites des D.C., il s'avère donc nécessaire de travailler ensemble. Ce premier contact a été l'occasion de montrer, sur base de l'expérience liégeoise, qu'il n'existe pas d'interférences entre les événements indésirables déclarés et les données de débriefing. En effet, les contenus sont « complémentaires mais non-concurrents » (Paquay et al. 2023). Nous en sommes venus à la conclusion que les débriefings cliniques, s'ils fonctionnent pourraient engendrer des déclarations d'événements indésirables plus qualitatifs.

Un premier contact uniquement par courriel a également été pris avec le département informatique, afin de savoir s'il leur était possible de développer une application similaire à celle utilisée à Liège, pour exploiter les données facilement. Notre interlocuteur nous indiquait de contacter d'abord la direction médicale car il s'agit d'exploiter des données patientes. Nous pensons que notre demande n'a pas été bien comprise et nous devons encore les recontacter à ce stade.

Voici un exemple extrait du syllabus de formation de ce à quoi ressemble l'application de traitements des données d'un débriefing clinique (Graas & Paquay, 2024). Des données ont été floutées pour respecter la confidentialité.

Date : [blanc]  
 Débriefeur : [blanc]  
 Site :  Sart-Tilman  N.-D. des Bruyères  
 Type : Plus Delta    
 Description : [blanc]

---

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

Date de début de l'analyse : [blanc]

Dimension :  Patient  Individus  Organisation des Urgences  Procédures  Environnement de travail  Autres unités hospitalières et services support  Institution

Sous-dimension "Organisation des Urgences" :  Rôles, tâches et responsabilités  Communication  Ressources humaines et matérielles

Y a-t-il une DEI liée? : Oui Non

Vu en cellule stratégique? : Oui Non

Date de la cellule stratégique : 05/09/2023

Suivi :  amélioration continue  intervention immédiate  projet  remontée vers les instances supérieures  recensement  aucun

Descrives le suivi : [blanc] : Enquête réalisée, nouvelle stratégie à mettre en place en octobre  
 Personne référente : [blanc]  
 Date de clôture de l'analyse : [blanc]




Figure 8: Application de traitement des données du débriefing clinique

C'était annoncé et nous le constatons, les suites à donner à ce projet ne manquent pas mais elles sont prometteuses, et le fil conducteur déjà tissé permet de se réjouir de la suite.

## 8. LIMITES

### 8.1 Généralisation des résultats / Validité externe

Notre étude utilise une méthode mixte, ce qui restreint par défaut la généralisation des résultats. Les données obtenues de manière qualitative reflètent principalement les perspectives des soignants du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi, ce qui est fortement influencé par leur contexte spécifique. Ce mémoire-projet ayant pour vocation d'étudier l'implémentation d'un débriefing clinique sur ce terrain spécifique, cette limite reste relative. Néanmoins, il serait intéressant de vérifier si l'outil développé, ainsi que les données obtenues par nos méthodes qualitatives, seraient applicables dans d'autres contextes (services d'hospitalisation, bloc opératoire, etc.).

Quant au volet « quantitatif » ; sur une période plus longue, nous aurions pu obtenir davantage de réponses à notre questionnaire pour en augmenter la validité externe au sein même du service des urgences étudié. Comme déjà évoqué, la répartition du service sur trois sites différents, les horaires complexes et la diversité des professions représentées ont rendu difficile la collecte d'un plus grand nombre de réponses.

### 8.2 Contraintes temporelles

Le temps a été une contrainte majeure pour ce mémoire. Nous avons été limités aux deux premières phases du cycle de Deming, alors que le processus complet nécessiterait plusieurs autres étapes pour véritablement instaurer une culture de débriefing clinique. Même si, a posteriori, cela semblait utopique, nous avions espoir au début de ce travail de pouvoir tester notre outil élaboré afin d'en ajuster potentiellement certains paramètres. Cette phase, comme d'autres, sera à explorer hors du cadre de ce mémoire.

### 8.3 Variabilité de la compréhension des termes

La compréhension de certaines notions ou termes, comme « incident critique », peut varier d'un individu à l'autre, ce qui a pu influencer les réponses au questionnaire. Il aurait peut-être été judicieux d'explicitier davantage ces termes lors de l'administration du questionnaire pour assurer une compréhension uniforme.

Par ailleurs, certaines questions de notre enquête, comme la onzième, sollicitent des réponses fortement influencées par les émotions personnelles des participants. Étant donné que la majorité des participants au focus group définissent le DC principalement comme un moyen de libération émotionnelle, il est possible que les réponses à cette question soient biaisées, car elles concernent des situations chargées émotionnellement (décès, etc.). Là aussi, une précision préalable de ce qu'est un débriefing aurait été pertinente.

### 8.4 Biais de sélection

Les soignants qui ont répondu au questionnaire (diffusé largement) étaient peut-être ceux les plus intéressés par le sujet. Il est difficile lors du choix de cet outil de contrôler ce biais, même si nous avons encouragé la participation de tous indépendamment de certaines caractéristiques (ancienneté, profession, etc.).

Nous notons, cependant, que la répartition des professions chez les répondants au questionnaire reflète la proportion réelle observée sur le terrain. Aussi, les intervenants des focus group ont été incités à participer aléatoirement sur la seule base de leur horaire de travail, et les prises de paroles étaient assez homogènes lors de la tenue des deux rencontres.

## 9. CONCLUSION

Ce mémoire-projet a exploré l'implémentation d'un débriefing clinique après un événement critique au sein du service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi comme moyen d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et ce, à l'aide d'un outil se voulant simple et intuitif...

Le chemin parcouru depuis le début de la rédaction de ce travail nous a permis de vérifier qu'il existe bien un besoin de retour d'expériences, mais aussi que l'ensemble du processus nécessitera du temps et de la persévérance avant de parvenir à une utilisation « naturelle » du DC! Plusieurs défis demeurent donc en ce qui concerne l'intégration régulière et systématique du débriefing dans les routines du service d'urgences. Le manque de temps, la charge de travail élevée et la nécessité d'une formation spécifique sont des obstacles significatifs qui devront notamment requérir des solutions organisationnelles et éducatives adaptées. A cela s'ajoutent l'établissement d'une culture positive et bienveillante indispensable à la sécurité psychologique des participants et une utilisation des données extraites des DC comme gage de pérennité. L'engouement des soignants concernés perçu tout au long de ce travail, les nombreux avantages démontrés par notre revue de littérature, l'expérience liégeoise probante et enfin le regroupement dans un futur proche de tous les sites du GHdC en un seul nous permettent de rester optimiste quant à la continuité de ce mémoire. Récemment, notre projet a par ailleurs été présenté lors du comité de gestion du service des urgences lors duquel sont présents tous les responsables infirmiers et médicaux. En plus des leviers cités précédemment, nous pourrions dès lors compter sur le soutien indispensable de l'ensemble de nos responsables de service pour avancer. Pour garder le cap, certaines étapes seront néanmoins à respecter. Par exemple, dans un premier temps, les DC devront être testés et des ajustements effectués (Phases « CHECK » et « ACT » de Deming).

Un dernier enseignement émergeant de cette recherche est que le débriefing peut également être bénéfique après des événements positifs. Cela permet non seulement de cimenter les bonnes pratiques, mais également d'instaurer une dynamique psychologique positive au sein de l'équipe. Cette approche supplémentaire encouragera l'amélioration continue des pratiques de soins.

L'avenir de ce mémoire nous semble lumineux et à travers lui, c'est l'espérance de perspectives réjouissantes et enrichissantes pour le service des urgences du Grand Hôpital de Charleroi qui semble se profiler...

En trois mots prometteurs :

To be continued ...

## BIBLIOGRAPHIE

American Heart Association (2023), Get With The Guidelines-Resuscitation Clinical Tools. Disponible sur: <https://www.heart.org/en/professional/quality-improvement/get-with-the-guidelines/get-with-the-guidelines-resuscitation/get-with-the-guidelines-resuscitation-clinical-tools> [Consulté le:8 novembre 2023].

Arriaga A.F., Szyld D. and Pian-Smith M.C.M., 2020. Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality. *Anesthesiology Clinics*, 38(4), pp.801-820.

Belgique (2019) *Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé*. Moniteur belge [en ligne] Disponible sur: [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019042220&table\\_name=loi](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019042220&table_name=loi) [Consulté le 31/10/2023].

Berchtenbreiter K., Innes K., Watterson J., Nickson C. P. & Wong, P. (2023) 'Intensive care unit nurses' perceptions of debriefing after critical incidents: A qualitative descriptive study', *Australian Critical Care*, S1036-7314(23)00085-1.

Boaden R., Harvey G., Hannibal C. & Proudlove N., 2008. *Quality Improvement: Theory and Practice in Healthcare*.

Boet S., Bould M.D., Sharma B. et al., 2013. Within-team debriefing vs instructor-led debriefing for simulation-based education: a randomized controlled trial. *Ann Surg*, 258(1), pp.53-58.

Bower P., Campbell S., Bojke C. & Sibbald B., 2003. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality and Safety in Health Care*, 12, pp.273-279.

Brazil V., Symon B. & Twigg S. (2021) 'Clinical debriefing in the emergency department', *Emergency Medicine Australasia*, 33(5), pp. 778-779.

Centre de simulation médicale, Université de Liège. (2023). Débriefing clinique. Disponible à l'adresse [https://www.caresimulation.uliege.be/cms/c\\_9887598/fr/caresim-debriefing-clinique](https://www.caresimulation.uliege.be/cms/c_9887598/fr/caresim-debriefing-clinique) [Consulté le 24 novembre 2023].

Carlier I. V.E., Voerman A.E. & Gersons B.P.R., (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 87-98.

Cincotta D.R., Quinn N., Grindlay J., Sabato S., Fauteux-Lamarre E., Beckerman D., Carroll T. & Long E. (2021). Debriefing immediately after intubation in a children's emergency department is feasible and contributes to measurable improvements in patient safety. *Emerg Med Australas*, 33(5), 780-787.

Clark R. & Mclean C. (2018). The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 47, 78–84.

Committee on Pediatric Emergency Medicine, American Academy of Pediatrics, Krug, S. E., & Frush, K. (2007). Patient safety in the pediatric emergency care setting. *Pediatrics*, 120(6), 1367-1375. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2902>

Coggins A., Santos A.D.L., Zaklama R. et al. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emergency Medicine*, 20, 79.

Couper K., Salman B., Soar J., Finn J. & Perkins G.D. (2013) 'Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis', *Intensive Care Medicine*, 39(9), pp. 1513–1523.

Cristina Diaz-Navarro, Esther Leon-Castelao, Andrew Hadfield, Sonia Pierce & Demian Szyld, Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments, *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, Volume 40, 2021, Pages 4-8, ISSN 2210-8440

Crocq Louis. (2004). Histoire du debriefing. *Pratiques Psychologiques*, 10(4), 291-318. ISSN 1269-1763. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.09.004>.

Edwards J.J., Wexner S. & Nichols A. (2021) 'Debriefing for Clinical Learning', *Patient Safety Network*. Disponible sur: <https://psnet.ahrq.gov/primer/debriefing-clinical-learning> [Consulté le 24 octobre 2023].

Fanning R.M. & Gaba D.M.. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simul Healthc*. 2007 Summer;2(2):115-25.

Flin R., Winter J., Sarac C. & Raduma Tomas M.A., 2009. Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools. World Health Organization, Disponible sur: <[https://www.henrythehand.com/wp-content/uploads/2011/02/human\\_factors\\_review.pdf](https://www.henrythehand.com/wp-content/uploads/2011/02/human_factors_review.pdf)> [Consulté le 15 novembre 2023].

Gardner R. Introduction to debriefing. *Semin Perinatol*. 2013 Jun;37(3):166-74. doi: 10.1053/j.semperi.2013.02.008. PMID: 23721773.

GHDC, (2022). Rapport annuel d'activité du Grand Hôpital de Charleroi pour l'année 2022. Charleroi, Belgique: GHDC.

Graas G. & Paquay M. (2024). *Le débriefing comme outil d'apprentissage organisationnel* [Document de formation]. Université de Liège.

Haute Autorité de Santé, 2016. Briefing et débriefing: Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. [en ligne] Disponible à: <[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2657908/fr/briefing-et-debriefing](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2657908/fr/briefing-et-debriefing)> [Consulté le 15 novembre 2023].

Haute Autorité de Santé, 2018. Module Leadership. [en ligne] Disponible à : <[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2852414/fr/module-leadership](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852414/fr/module-leadership)> [Consulté le 22 novembre 2023].

Healy S. & Tyrrell M., 2013. Importance of debriefing following critical incidents. *Emerg Nurse*, 20, pp.32-37.

Hokanson M. & Wirth B. (2000). The critical incident stress debriefing process for the Los Angeles County Fire Department: automatic and effective. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(4), 249-257.

Johnson T. J., Millinchamp F. J. & Kelly, F. E. (2021). Use of a team immediate debrief tool to improve staff well-being after potentially traumatic events. *Anaesthesia*, 76(7), 1001-1002. <https://doi.org/10.1111/anae.15437>

Kessler D. O., Cheng A. & Mullan P. C. (2015). 'Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide', *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), pp. 690–698.

Kolbe M., Schmutz S., Seelandt J.C., Eppich, W.J. & Schmutz, J.B. (2021). Team debriefings in healthcare: aligning intention and impact. *BMJ (Clinical research ed.)*, 374, n2042.

Lacerenza C.N., Marlow S.L., Tannenbaum S.I. & Salas E., 2018. Team development interventions: evidence-based approaches for improving teamwork. *American Psychologist*, 73(4), pp.517-531. Disponible à : <<https://doi.org/10.1037/amp0000295>> [Consulté le 16 novembre 2023].

Langlois-Pelletier N. (2019) *L'approche mixte en recherche*. [en ligne] Disponible sur: <https://inclusion-eps.uqam.ca/wp-content/uploads/sites/123/Lapproche-mixte-en-recherche.pptx> [Consulté le 18 mars 2024].

MacKinnon R. & Gough S. (2014). 'What can we learn about debriefing from other high-risk/high-stakes industries?', *Cureus*, 6(4), Article e174. Disponible sur : <https://doi.org/10.7759/cureus.174> [Consulté le 23 novembre 2023].

Makary M.A., Sexton J.B., Freischlag J.A., Holzmueller C.G., Millman E.A., Rowen L. et Pronovost P.J., 2006. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, [online] 202(5), pp.746-752.

Marshall S.L.A. (1947). *Men Under Fire: The Problem of Battle Command in Future War*. Vol. 1. New York: William Morrow and Co.

May C. (2013). Towards a general theory of implementation. *Implementation Science: IS*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-18>

Mitchell A.M., Sakraida T.J. & Kameg K. (2003). Critical incident stress debriefing: implications for best practice. *Disaster Manag Response*, 1(2), 46-51. DOI: 10.1016/s1540-2487(03)00008-7. PMID: 12704320.

Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... the critical incident stress debriefing process. *JEMS : a journal of emergency medical services*, 8(1), 36-39

Mitchell J. T. & Everly G. S., Jr. (1995). The critical incident stress debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In G. S. Everly, Jr. & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 267–280). Plenum Press.

Mullan P.C., Kessler DO, Cheng A. Educational opportunities with post-event debriefing. *JAMA*. 2014;312(22):2333–4.

Mullan P.C., Wuestner E., Kerr T.D. et al., 2013. Implementation of an in situ qualitative debriefing tool for resuscitations. *Resuscitation*, 84, pp.946-951.

Nadir N. A., Bentley S., Papanagnou D., Bajaj K., Rinnert S. & Sinert R. (2017). Characteristics of Real-Time, Non-Critical Incident Debriefing Practices in the Emergency Department. *The western journal of emergency medicine*, 18(1), 146–151.

Organisation Mondiale de la Santé, 2011. *Patient Safety Curriculum Guide – Multi-professional Edition*. [pdf] Disponible sur: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250728/9782111395572-fre.pdf>> [Consulté le 17 mars 2024].

Organisation Mondiale de la Santé (s.d.) 'Qualité des soins', *World Health Organization*. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab\\_3](https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_3) [Consulté le 16/10/2023].

Ormerod J. (2002). Current research into the effectiveness of debriefing. In British Psychological Society, *Psychological debriefing*, May.

Paquay M., Dubois N., Diep A.N., Graas G., Sassel T., Piazza J., Servotte J.-C., & Ghuysen A. (2022). “Debriefing and Organizational Lessons Learned” (DOLL): A Qualitative Study to Develop a Classification Framework for Reporting Clinical Debriefing Results. *Frontiers in Medicine*, 9.

Paquay M., Simon R., Ancion A., Graas G. et Ghuysen A. (2023). A success story of clinical debriefings: lessons learned to promote impact and sustainability. *Frontiers in Public Health*, 11:1188594.

Paquay M. (2024). *Contribution à l'étude de la Qualité des Soins et du Magnétisme Organisationnel : à propos de l'essor des débriefings Cliniques*. Thèse de doctorat en sciences de la santé publique non publiée, Université de Liège, Liège.

Phillips E. C., Smith S. E., Tallentire V. & Blair S. (2023). Systematic review of clinical debriefing tools: attributes and evidence for use. *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2022-015464. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-015464> [Consulté le 20 octobre 2023].

Rose S.C., Ashari N.A., Davies J.M. et al., 2022. Interprofessional clinical event debriefing-does it make a difference? Attitudes of emergency department care providers to INFO clinical event debriefings. *CJEM*, 24(7), pp.695-701.

Rose S., Bisson J., Churchill R. & Wessely S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560.

Rose S. & Cheng A., 2018. Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *CJEM*, 20(5), pp.781-785. doi: 10.1017/cem.2018.369. [Publié pour la première fois en ligne le 7 mai 2018]. PMID: 29733001.

Rudolph J.W., Simon R., Raemer D.B. & Eppich W.J., 2008. Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Acad Emerg Med*, 15(11), pp.1010-1016.

Salas E., Klein C., King H. et al. (2008) 'Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips', *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34, pp. 518-527.

Sandhu N., Eppich W., Mikrogianakis A., Grant V., Robinson T. & Cheng A. (2014). Postresuscitation debriefing in the pediatric emergency department: A national needs assessment. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 16(5), 383-392.

Schmutz J.B. & Eppich W.J., 2017. Promoting Learning and Patient Care Through Shared Reflection: A Conceptual Framework for Team Reflexivity in Health Care. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(11), pp.1555-1563.

Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (2023) 'Droits des patients', *Santé Belgique*. [en ligne] Disponible sur: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/droits-des-patients/quels-sont-les-droits> [Consulté le 31 Octobre 2023].

Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (2023) 'FAQ - 9 questions sur la mission de la sécurité des patients', [en ligne] Disponible sur: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/faq\\_-\\_9\\_questions\\_mission\\_patient\\_safety.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/faq_-_9_questions_mission_patient_safety.pdf) [Consulté le 31 Octobre 2023].

Servotte J.-C., Welch-Hora T.B., Mullan P., Piazza J., Ghuysen A. et Szyld D., 2020. Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Advances in Simulation*, [e-journal] 5(1), 32. Disponible à : <<http://doi.org/10.1186/s41077-020-00150-0>> [Consulté le 16 octobre 2023].

Seys D., Wu A.W., Van Gerven E., et al. (2013). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the Health Professions*, 36, 135-162.

Sjöberg F., Shönning E. & Salzmänn-Erikson M. (2015). Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: A qualitative study. *Journal of Critical Nursing*, 24, 2522-2528.

Skellett S et al., (2021) Paediatric Advanced Life Support Guidelines. Resuscitation Council UK. Disponible à: <https://www.resus.org.uk/library/2021-resuscitation-guidelines/paediatric-advanced-life-support-guidelines> [Consulté le: 8 novembre 2023].

Spencer S.A., Nolan J.P., Osborn M. & Georgiou A. (2019). The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation*, 142, 175-181.

SPP Intégration Sociale. (s. d.). Belgique - Contexte. Récupéré sur [https://www.mis.be/fr/contexte#:~:text=La%20Belgique%20a%20une%20ville,et%20Li%C3%A8ge%20\(188.907%20habitants\).](https://www.mis.be/fr/contexte#:~:text=La%20Belgique%20a%20une%20ville,et%20Li%C3%A8ge%20(188.907%20habitants).) [Consulté le 25 février 2024].

Tan H., 2005. Debriefing after critical incidents for anaesthetic trainees. *Anaesth Intensive Care*, 33(6), pp.768-772. DOI: 10.1177/0310057X0503300611. PMID: 16398383.

Tannenbaum S. I. & Cerasoli C. P. (2013). Do team and individual debriefs enhance performance? A Meta-analysis. *Human Factors*, 55(1), 231–245. <https://doi.org/10.1177/0018720812448394> [Consulté le 20 octobre 2023].

Theophilos T., Magyar J., Babl F.E., & Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative (PREDICT), (2009). Debriefing critical incidents in the paediatric emergency department: current practice and perceived needs in Australia and New Zealand. *Emergency Medicine Australasia*, 21(6), 479-483.

Thiagarajan S. (1992). Using Games for Debriefing. *Simulation & Gaming*, 23(2), 161-173.

Tiri L., Thys F., Vermeiren E. & Reynaert M.S. (2001). Le stress ressenti par les infirmières lors de l'intervention SMUR. *Urgences et accueil*, 2001. 2(5), 4-8.

Thys F., & Vermeiren E. (2002). Condamné à perpétuité ? *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 2(2), 119-120.

Toews A.J., Martin D .E., Chernomas W.M.. Clinical debriefing: A concept analysis. *J Clin Nurs*. juin 2021;30(11-12):1491-501

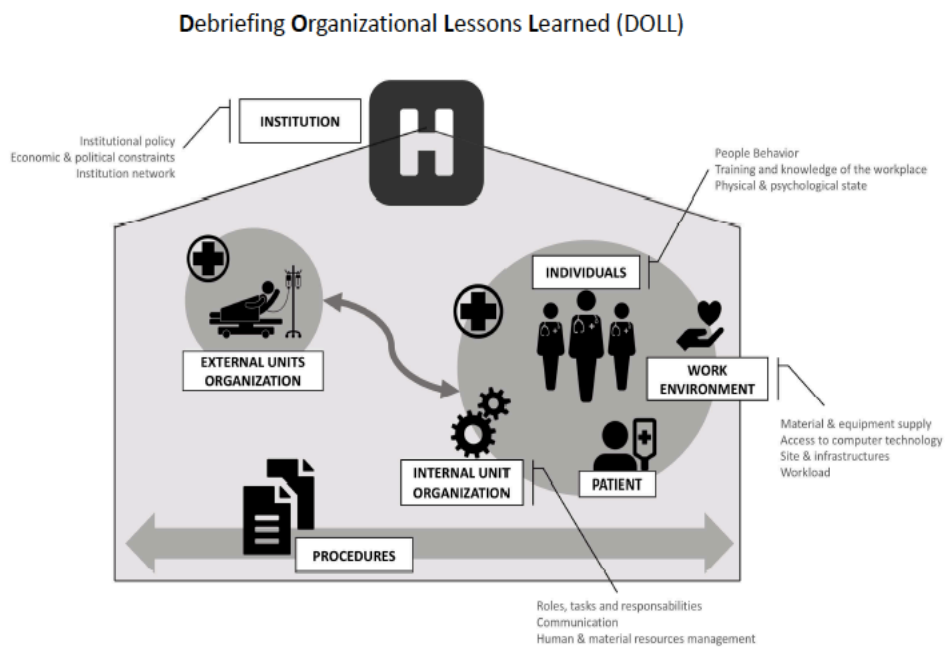
Touboul P. (s.d.) *La méthode des Focus Groupes: Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale*. Département de Santé Publique, CHU de Nice. Disponible à: [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf) [Consulté le 19 janvier 2024].

Twigg S., (2020). Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Current Opinion in Pediatrics*, 32, 337-342.

Vermeiren E., & De Clerq M. (2001). Debriefing psychologique des intervenants. In De Clercq M., Lebigot F. (Eds.), *Les traumatismes psychiques* (pp. 189–200). Masson, Paris.

Zinns L. E., O'Connell K. J., Mullan P. C., Ryan L. M., & Wratney A. T. (2015). National survey of pediatric emergency medicine fellows on debriefing after medical resuscitations. *Pediatric Emergency Care*, 31(8), 551–554.

## Annexe 1 : Debriefing Organizational Lessons Learned



Paquay M, Dubois N, Diep AN, Graas G, Sassel T, Piazza J, Servotte J-C, Ghuyssen A (2022). "Debriefing and organizational lessons learned" (DOLL): A qualitative study to develop a classification framework for reporting clinical debriefing results. *Frontiers in Medicine*

## INFO

### DEBRIEFING TOOL

**Basic Assumption:**  
 "We believe that everyone participating in patient care is intelligent, capable, cares about doing their best and wants to improve"  
Adapted from the Center for Medical Simulation, Boston.

<p style="text-align: center;"><b>SUGGESTED FLOW</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Thank group for taking time to gather</li> <li><input type="checkbox"/> Allocate scribe and timekeeper</li> <li><input type="checkbox"/> Go through INFO mnemonic i.e. the rules</li> <li><input type="checkbox"/> Ask each participant for feedback making sure they do both plus and delta before moving on to the next person.</li> <li><input type="checkbox"/> Document feedback</li> <li><input type="checkbox"/> Record any recommendations that the group decides on</li> <li><input type="checkbox"/> Remind group of resources if more support is needed</li> <li><input type="checkbox"/> Note - INFO does not replace normal process</li> <li><input type="checkbox"/> Ask if there are any final questions</li> <li><input type="checkbox"/> Thank group for taking part in INFO</li> </ul>	<p><b>NB - It is not the objective of an INFO session to assess or evaluate personal performance during this resuscitation</b>  <b>INFO</b></p> <p><b>I - Immediate</b> - as soon as possible after the event.</p> <p><b>N - Not for personal assessment</b> - INFO is a safe environment.</p> <p><b>F - Fast</b> - 10-15 minutes maximum /</p> <p><b>Feedback</b> - expected that all members of the team will take part in a "plus / delta" format i.e. plus = what went well / delta = what could be done differently.</p> <p><b>Facilitated</b> - by the nurse clinician in charge of the unit for the shift.</p> <p><b>O - Opportunity</b> - to ask questions / clarify events / identify areas to improve patient care.</p>
<p style="text-align: center;"><b>PLEASE REMEMBER</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• INFO does not replace the normal process surrounding critical events</li> <li>• It is not the objective of an INFO session to assess or evaluate personal performance during this resuscitation</li> <li>• Try to identify participants who you think would benefit from further counselling and approach them with the details for EFAP or PFSP</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>FOLLOW UP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Employee and Family Assistance Program (EFAP) 1-877-273-3134 (AHS Staff)</li> <li><input type="checkbox"/> The Physician and Family Support Program (PFSP) 1-877-767-4637 (AMA )</li> <li><input type="checkbox"/> RLS</li> </ul>
<p><b>RECOMMENDATIONS FROM GROUP</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Dr. Stuart Rose

Figure 1. INFO clinical debriefing tool.

## INFO DEBRIEFING TOOL

PLUS (What went well)	DELTA (What you would like to do differently)

**FEEDBACK**

Time INFO session started : \_\_\_\_\_(00h00 format)  
 Choose **1 or 2** topics from above and discuss why it went well or what could be done differently.  
 Please record topics and relevant comments.

-----  
 -----  
 -----

Time INFO session ended: \_\_\_\_\_(00h00 format) Total Time: \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><b>DEMOGRAPHICS</b></p> <p>Site - RGH    FMC    SHC    PLC</p> <p>Date (YY/DD/MM)</p> <p>-----</p> <p>Indication for INFO Session</p> <p><input type="checkbox"/> CPR</p> <p><input type="checkbox"/> Intubation</p> <p><input type="checkbox"/> Level 1 Trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Requested</p> <p>Reason requested</p> <p>-----</p> <p>Location of resuscitation</p> <p>-----</p> <p>Final ER diagnosis</p> <p>-----</p>	<p style="text-align: center;"><b>TEAM MEMBERS</b></p> <p>RN Facilitator (RNF) _____</p> <p>Physician Team Leader (PTL) _____</p> <p>-----</p> <p style="text-align: center;">Present at INFO session</p> <p><input type="checkbox"/> ER MD</p> <p><input type="checkbox"/> ER RN</p> <p><input type="checkbox"/> ER NA</p> <p><input type="checkbox"/> Social worker</p> <p><input type="checkbox"/> Residents</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ER</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratory Therapists</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>Total number people present _____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dr. Stuart Rose

Figure 1. Continued.

## Annexe 3 : T.A.L.K.

**T** **Step 1: Target**  
What shall we discuss to improve patient care?  
Share your perspective.



**A** **Step 2: Analysis**  
Explore your agreed target, if appropriate consider:  
1. What helped or hindered...  
communication / decision making / situational awareness?  
2. How can we repeat successful performances or improve?

**L** **Step 3: Learning Points**  
What can the team learn from the experience?

**K** **Step 4: Key Actions**  
What can we do to improve and maintain patient safety?  
Who will take responsibility for actions? Who will follow up?

### Values



**Positivity:** Identify positive strategies and behaviours.  
Avoid negative comments, choose neutral expressions.  
**Focus on finding solutions,** rather than pointing out blame.  
**Professional communication,** valuing everybody's input.  
**Step by step:** Identify small objectives and follow up outcomes.

This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 734753

[www.talkdebrief.org](http://www.talkdebrief.org)



### TALK steps.

Step	Description	Recommended questions
1: Target	The first step is to choose the focus of the discussion, being as specific as possible. Team members share their perspective and agree on what is important to discuss.	"What shall we discuss to improve patient care?"
2: Analysis	Team members review the agreed target and explore how to repeat successful outcomes or identify areas for improvement. They are encouraged to consider what helped or hindered communication, decision making and/or situational awareness. As part of this step, team members propose improvement actions.	"This went very well, how can we do this again?" "This was challenging, how can we do things better?"
3: Learning points	New insights gained during the clinical experience or the conversation are shared by the team members.	"What can the team learn from this experience?" "What have we learned during the conversation?"
4: Key actions	Team members agree on solutions. They also take responsibility to carry them out and follow them up.	"What are we going to do?" "Who is going to do it?" "How will we all know that it has been done?"

# Annexe 4 : PEARLS

## PEARLS Scripted Debriefing Tool – Quickstart Guide

Walter Eppich, MD, MEd, Adam Cheng, MD

### PEARLS Debriefing Framework

<b>REACTION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “How did that feel?”</li> </ul>		
<b>DESCRIPTION</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Can someone summarize what the case was about from a medical point of view? What were the main issues you had to deal with?”</li> </ul>		
<b>ANALYSIS</b>		
Pick one of the three methods below		
<b>Learner Self-Assessment (e.g. Plus-Delta)</b> “What aspects of the case do you think you managed well?” “What aspects of the case would you want to change?”	<b>Directive feedback and teaching</b> I noticed you <i>[insert performance gap here]</i> . Next time, you may want to ... <i>[close gap]</i> ...because <i>[provide rationale]</i>	<b>Focused Facilitation (e.g. Advocacy-Inquiry)</b> <i>Elicit underlying rationale for actions: see page 2 for approach</i>
Are there any outstanding issues we haven't discussed yet before we start to close?		
<b>APPLICATION/SUMMARIZING</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Learner Driven: “I like to close the debriefing by having each of you state one or two take-aways that will help you in the future”.</li> </ul>		

### Advocacy-inquiry: pairing your point of view with a question to get trainees' perspective

ADVOCACY - INQUIRY			
STEP 1: EXPLORE PERFORMANCE GAPS	Observation about a performance gap	Express your point of view about the observed performance gap	Ask about the perspective
	I noticed that... <i>I heard you say...</i>	<b>Appreciation</b> I liked that....  <b>Appreciation or concern</b> I was thinking...  <b>Concern</b> I felt uncomfortable because... I was worried/concerned...	How do you see it? I wonder what your thoughts were at the time? What was going through your mind?
STEP 2: UNDERSTAND RATIONALE AND CLOSE PERFORMANCE GAPS	Clarify understanding of the trainee's rationale for action	Explore the rationale and close the performance gap	Help learners generalize
	So what I'm hearing is that <i>[insert performance gap]</i> was related to <i>[insert frame here]</i> ....	Teach to close performance gap when learning need is clear	What strategies do you see going forward that would be helpful here? How will this impact your performance next time?

## Annexe 5 : T.I.D.

# Team Immediate Debrief

Royal United Hospitals Bath

NHS Foundation Trust

Preparation

- Assemble team in corner of theatre or ICU
- Take 2 mins max
- Leader introduce themselves to the team

Debrief

- Thank everyone for their input
- Explain what happened in 1-2 sentences
- If the leader found the situation difficult, it will help the team if they feel able to say so
- Explain that it is normal to feel shook up and that a TRIM referral will be made

Actions afterwards

- Everyone involved to write their full names down straightaway
- Most senior doctor and nurse to email this list to the TRIM team: [rub-tr.TRIM@nhs.net](mailto:rub-tr.TRIM@nhs.net)
- Everyone stop work for a cup of tea and to read the information overleaf as they do so
- Inform theatre coordinator or ICU NIC if any PPE breaches occurred or if any staff members were injured

Milnechamp P, Gouldson S, Johnson T, Edmondson M, Osborn M, Shatwell S, Herremans K, Greenberg N, Kelly PE. 25<sup>th</sup> January 2021

# Post event team review at work

Royal United Hospitals Bath

NHS Foundation Trust

It is completely normal to feel shook up and upset after traumatic events

Don't go home straightaway

Talk to someone that you trust & speak about your experiences today- focus on something positive you will do once you have left work

Having nightmares & intrusive thoughts is normal for a while

These will normally get better over a few days or weeks- seek help if they not improving or have not improved within a month

Consider writing things down

Focus on the facts of what happened in a chronological order. Stay factual rather than emotive. Keep this for your own use only

Treat yourself as you would your best friend

Put non-essential tasks on hold, get plenty of sleep, avoid alcohol, exercise is good, talk to people that you trust

Consider who could be affected after a traumatic event

Cast your net widely  
Look out for the quieter members of your team

Beware prolonged duress

Sustained engagement with repeated challenges can produce similar challenges & more fatigue than that triggered by a single event

Look out for your team....and they will look out for you

Milnechamp P, Gouldson S, T Johnson, Edmondson M, Osborn M, Shatwell S, Herremans K, Greenberg N, Kelly PE. 25<sup>th</sup> January 2021

## **Annexe 6 : Questionnaire auto-administré**

Cher(e)s Collègues,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en master de sciences de la santé publique à l'UCLouvain, je me consacre à l'étude de l'implémentation d'un débriefing clinique au sein de notre service d'urgences. Cette recherche vise à décrire les implications du débriefing clinique en matière d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins mais aussi à développer un outil qui faciliterait la réalisation d'un débriefing clinique après des événements critiques au sein de notre service d'urgences de manière simple et intuitive.

D'un point de vue pratique, la méthode employée est celle d'une recherche participative. C'est pourquoi votre contribution à mon projet par le biais de ce questionnaire me sera évidemment très utile mais surtout, elle permettra de vous faire entendre sur ce sujet. Ce questionnaire, qui ne devrait pas vous prendre plus de 10 minutes, aborde divers aspects de vos expériences et perceptions liées au débriefing clinique.

Les informations recueillies seront traitées de manière anonyme et me permettront ainsi d'établir un « état des lieux » de la pratique actuelle mais aussi d'éventuelles besoins exprimés. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses, il s'agit bien de votre expérience !

Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre précieuse contribution à mon, notre projet !

Loïc Massart

### **1° Quel est votre rôle actuel aux urgences :**

- a) Aide soignant
- b) Infirmier
- c) Ambulancier
- d) Médecin

### **2° Quel est votre temps de travail :**

- a) Temps plein
- b) 4/5<sup>e</sup> ou 3/4 temps
- c) 1/2 temps
- d) moins d'un mi temps (exemple : mi temps + dispenses de prestation)

### **3° Depuis combien d'années pratiquez-vous :**

- a) 0-5
- b) 5-10
- c) >10

**4° Selon la littérature un « événement critique » peut être défini de différentes manières :**

« Evènement extraordinaire qui survient soudainement, sans avertissement, et perturbe le sentiment de contrôle d'une personne ou la foi en son environnement... » (Mitchell et al., 2003) ou encore « un événement qui aurait pu conduire ou a conduit à un évènement indésirable » (Tan, 2005).

Enfin, dans le contexte des urgences, des exemples concrets de ce que peut être un événement critique sont : « Décès d'un enfant, épisode de violence chez un patient, effort de réanimation,.. ». (Toews et al., 2021).

Notons, que ces définitions ne sont pas exhaustives et qu'un événement peut être critique à partir du moment où vous le considérez comme tel pour des raisons qui peuvent vous être propres.

A combien d'évènements critiques êtes vous confrontés ou participez vous chaque année ?

- a) Plus d'une fois par semaine.
- b) Une fois par semaine ou par deux semaines maximum
- c) Une fois par mois
- d) Moins d'une fois par mois

**5° Le débriefing clinique est défini comme étant une réflexion guidée qui permet de discuter de manière cadrée d'un événement en particulier (ici « événement critique »).**

Il permet notamment de générer des informations à utiliser dans des scénarios similaires ultérieures pour améliorer la prise en charge mais aussi d'extérioriser des émotions liées à l'événement critique vécu.

(Il ne s'agit pas, par exemple, d'une discussion informelle entre collègues à propos d'un cas vécu sans « leader » ni « cadre »).

**Selon vous, quelle proportion de débriefing clinique a eu lieu suite à des « événements critiques » que vous auriez vécus dans l'exercice de votre profession ?**

- a) aucun
- b) < 25%
- c) 25-50 %
- d) 50-75%
- e) > 75%

**6° De quelle manière discutez vous les évènements critiques actuellement dans votre pratique (réunion organisée, discussion informelle entre collègues, ...) ?**

**7° En quelques mots, comment décririez vous votre sentiment par rapport à la manière de discuter des évènements critiques au sein de votre service ?**

**8° Au cours de la dernière année, combien de séances de débriefing clinique tel que défini (question 5) auparavant avez vous vous mêmes menées après un « événement critique ».**

- a) aucune
- b) < 10
- c) 10-20
- d) >20

**9° Quelle formation avez vous reçue le cas échéant en débriefing clinique ?**

- a) Aucune
- b) Formation d'une journée ou moins
- c) Formation d'au moins une journée
- d) Formation exclusivement basée sur le débriefing clinique de 2 jours ou plus

**10° Notez ces affirmations de 1 à 5 selon cette échelle:**

- 1 : Fortement en désaccord
- 2 : Pas d'accord
- 3 : Neutre
- 4 : D'accord
- 5 : Tout à fait d'accord

**Actuellement, après un événement critique :**

- Les **problèmes médicaux/paramédicaux** au sens strict du terme (erreurs, prise en charge, procédure,...) sont traités de manière adéquate.
- Le travail d'équipe, le leadership et/ou les problèmes de **communication** sont traités de manière adéquate
- Les problèmes **émotionnels** liés à une prise en charge sont traités de manière adéquate
- Il y a généralement suffisamment de **temps** ou un « moment » pour aborder toutes les questions suscitées par la prise en charge
- L'**environnement** de la discussion ou du débriefing clinique est favorable (calme, pas de sollicitations,...)
- Une personne (quelque soit la fonction) **dirige** la discussion de manière adaptée (structuré, distribue le temps de parole,...)
- Je me sens en sécurité de pouvoir parler de la prise en charge (ne pas avoir peur des répercussions, pouvoir me livrer sans peur de jugement,..)

**11° Notez ces affirmations de 1 à 5 selon cette échelle:**

- 1 : Fortement en désaccord
- 2 : Pas d'accord
- 3 : Neutre
- 4 : D'accord
- 5 : Tout à fait d'accord

Selon vous :

- Le débriefing clinique tel que définit auparavant (question 5) après un évènement critique est important
- Une possibilité de partage ou de « décharge » émotionnelle est nécessaire
- Les exemples d'incidents critiques ci dessous devraient être débriefés quoiqu'il arrive :

Décès d'un patient adulte

Décès d'un enfant

Tout décès qu'importe la cause ou l'âge du patient

En cas de R.C.P.

En cas de « choc » ou prise en charge intensives sans arrêt cardiaque mais à risque vital.

Etat de mal épileptique

Situation à haute intensité émotionnelle (selon votre propre ressenti)

Situation avec erreur médicale/paramédicale suspectées ou avérées

Peu importe les situations citées ; si l'un des membres de l'équipe ayant participé à l'évènement en ressent le besoin, le débriefing clinique doit avoir lieu

**12° Commentaire libre**

# Annexe 7 : Topic Guide pour Focus Group sur l'Implémentation du Débriefing Clinique

## Introduction

- Remerciements pour la participation.
- Assurance de l'anonymat et explication de l'enregistrement.

## Phase 1 : Compréhension du sujet et objectifs

- Introduction du sujet de mémoire: Débriefing clinique après événements critiques ou positifs.
- Discussion sur la perception et les expériences personnelles liées au Débriefing Clinique (D.C.).
  - Pourriez-vous décrire ce que représente le Débriefing Clinique selon votre propre perspective ?
  - Pourriez-vous partager une expérience que vous avez vécue lors d'un Débriefing Clinique ?
- Définition et objectifs du D.C.:
  - Amélioration du bien-être des soignants
  - Relations interprofessionnelles.
  - Apprentissage et amélioration des processus de soins.
  - Approche participative (bottom-up) à travers questionnaires et focus groups.

## Phase 2 : Théorie et pratiques liées au D.C.

- Citation de quelques éléments fondamentaux du D.C. avec discussion ouverte pour chaque point.
  - Que pensez vous de :
    - Timing: Faisabilité du "Hot Debriefing" immédiat versus "Cold Debriefing" retardé.
    - Durée: Pertinence d'une durée courte pour un service d'urgences ? Possibilité de s'extraire des soins même un court laps de temps ?
    - Fréquence: Discussion sur la fréquence appropriée et réalisme d'un débriefing 10 minutes après un événement.
    - Participants:
      - Éviter la perception hiérarchique et ne pas forcer la participation.
      - Stratégies pour encourager une participation active de tous les membres de l'équipe.
  - Comment pourrions-nous encourager chaque membre de l'équipe à participer activement au débriefing clinique après un événement ?
- Confidentialité et sécurité lors des D.C.
  - Quelles sont vos impressions ou inquiétudes concernant la gestion de la confidentialité et de la sécurité des informations échangées pendant les débriefings cliniques ?

## Phase 3 : Participation active et construction de la culture

- S.W.O.T. pour l'implémentation du D.C. :
  - Quels avantages et quelles difficultés percevez-vous au sein de notre service qui pourraient influencer la mise en place et la réussite des débriefings cliniques ?

- Quels sont, d'après vous, les facteurs externes qui pourraient menacer ou favoriser la pratique des débriefings cliniques dans notre contexte ?
- Discussion sur la culture actuelle de discussion des prises en charge et sur les sujets à aborder durant le D.C.
- Déclencheurs du D.C.:  
Discussion sur les situations requérant un D.C. et sur l'opportunité de débriefer des expériences non-critiques.
- Pratiques actuelles: Choix du lieu pour le D.C. et considération de l'environnement sécurisant.

#### **Phase 4 : Structuration des outils de D.C. et utilisation des données (Slides à projeter pour outils et utilisation des données)**

- Discussion sur les phases générales du D.C. faisant consensus dans la littérature:
  1. Réaction : Exprimer les émotions.
  2. Description : Relater objectivement l'événement.
  3. Analyse : Examiner les actions.
  4. Application : Planifier des améliorations.
- Exposer les outils existants
  - Dans quelle mesure seriez-vous disposé à utiliser des outils spécifiques pour diriger un débriefing clinique par vous-même ?
  - Pouvez-vous partager vos sentiments ou réflexions sur votre niveau de confort à l'idée de conduire un débriefing clinique ?

- Mot sur l'utilisation des données et ressenti des participants par rapport à cela.

#### **Conclusion**

- Résumé des points clés et validation
- Expression libre sur l'expérience du focus group. Ajout ?
- Explication des prochaines étapes.
- Remerciements

## Annexe 8 : OUTIL (éditer en « livret » de 4 faces)

(Feuillet 1)

### DEBRIEFING

« Nous pensons que tous ceux qui participent sont intelligents, capables, soucieux de faire de leur mieux et souhaitent s'améliorer.» (Center for medical simulation of Harvard University, Boston MA)

**Le débriefing est** une méthode positive dont le seul et unique but est d'améliorer ce qui peut l'être. Il doit se dérouler en toute bienveillance en considérant que chacun peut faire des erreurs.

**Le débriefing n'est pas** un « tribunal » ou l'on cherche à désigner des fautifs.

Même s'il peut permettre une décharge émotionnelle ou d'identifier un soignant en difficulté, un débriefing ne doit pas se consacrer uniquement à cela.

Le débriefing n'est pas un remède miracle à tous les problèmes.

<b>DECLENCHEUR ?</b>	Lorsqu'un membre de l'équipe ayant participé à la prise en charge en fait la demande ET/OU Si des enseignements utiles pourraient être tirés lors de la discussion d'une situation.
<b>OÙ ?</b>	Un endroit séparé mais à proximité des soins pour éviter les distractions et améliorer l'intimité. CALME et SANS DISTRACTION (Eventuellement se munir d'un dect. pour une urgence) Disposition en cercle, le facilitateur intégré au groupe (pas d'impression de hiérarchie !)
<b>QUI ?</b>	Débriefeur : Toutes personnes qui se sent à l'aise de le faire, priorité aux membres formés au débriefing, pas de priorité à la hiérarchie. Participants : Tous les membres de l'équipe ayant participé à la prise en charge, quelle que soit leur fonction, peuvent participer.
<b>QUAND ?</b>	Délai : IMMEDIATEMENT APRES LA SITUATION (au max. dans la même pause) Durée : 10 minutes idéalement / MAXIMUM 15 minutes.
<b>CONTENU :</b>	Contenu relatif à la situation vécue, pas d'extrapolation ! La gestion clinique, les compétences techniques, le travail d'équipe et le comportement par exemple => éviter les questions plus structurelles (gestion des lits, soucis de brancardages, ..)

(Feuillet 2)

**Préalable au débriefing :**

Accueil et remerciements des participants

Rappel de la confidentialité et de l'anonymat relatifs aux informations données (château de carte)

RAPPEL de la bienveillance : « Le débriefing constitue un espace sur ou chacun peut s'exprimer sereinement. »

**Contenu du débriefing :**

1° REACTIONS => **RAPIDE des émotions / PAS de tour de table**

Demander AU GROUPE : « comment vous sentez vous ? »

**Le débriefeur peut détecter un soignant en détresse émotionnelle.**

**Si situations à haute intensité émotionnelle et/ou soignants en difficulté => psy et cellule d'appui**

2° DESCRIPTIONS => **DECRIRE les faits, préciser les concepts flous, demander à illustrer les propos / rester sur la situation vécue et recadrer si nécessaire**

**PLUS** (Ce qui s'est bien déroulé)

**DELTA** (Ce qui peut être amélioré ? Ce qui vous a mis en difficulté ?)

**Si problèmes le nécessitant=> Cold débriefing / M.M.Q. / Périscope**

3° ANALYSE => **Pistes de solutions pour améliorer UN delta ou pérenniser UN plus ?**

Des pistes de solutions sont envisagées PAR L'EQUIPE pour un plus ou un delta

4°SYNTHESE par le débriefeur de ce qui a été dit

Remerciement

(Feuillet 3)

**FICHE A REMETTRE**

**DATE :**

**HEURE de début de débriefing :**

**TYPE DE SITUATIONS (description courte : Quand ? Où ? Qui (sans nom !) ? Quoi ?):**

(ex : crise asthme sévère chez enfant de huit ans secteur pédiatrique et ensuite déchoquage le matin vers 9h)

**PROFESSIONNELS PRESENTS (pas de noms) :**

<b>Profession</b>	<b>Nombre</b>
AIDE-SOIGNANT :	
MEDECIN(S) :	
AMBULANCIER(S) :	
INFIRMIER(S) :	
AUTRES :	

**PHASE DE DESCRIPTIONS :**

<b>PLUS</b>	<b>DELTA</b>

**PHASE D'ANALYSE (réflexion d'équipe sur un ou deux plus/delta) :**

**HEURE de fin de débriefing :**

(Feuillet 4)

**INFOS UTILES :**

\* M.M.Q. (= Réunion Morbidité Mortalité Qualité); *Propre au service*. Envisagée suite à des incidents majeurs sur un mode d'analyse des causes profondes, se tiennent à distance de l'événement. → Demande à faire aux responsables du service des urgences.

\* PERISCOPE (= Déclaration d'événement indésirable) : *Institutionnelle*. « Un événement indésirable est un événement survenant de manière imprévue durant le processus de soins et qui a provoqué (ou aurait pu provoquer) un dommage pour le patient. » (GHdC, 2024)

→ Procédure via intranet.

**COORDONNEES :**

\* Soutien psychologique du personnel GHdC : 071/ 10.46.84 ou 0490/65.22.84

\* Cellule A.P.I. Hainaut (=appui psychologique aux intervenants) : « Soumis au secret professionnel, a notamment pour mission d'organiser des débriefings émotionnels collectifs et/ou individuels. il peut ainsi aider les membres des services de sécurité et de secours à surmonter et intégrer les événements bouleversants vécus lors d'interventions. Cet appui n'est pas limité dans le temps et pourra donc être maintenu autant que nécessaire. » (APPIH, 2024) : [appih.contact@hainaut.be](mailto:appih.contact@hainaut.be) + numéros sur le site



