

*CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DE LA
QUALITÉ DES SOINS ET DU
MAGNÉTISME ORGANISATIONNEL : À
PROPOS DE L'ESSOR DES DÉBRIEFINGS
CLINIQUES*



Méryl Paquay

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de
Doctorat en Sciences de la Santé Publique
Année académique 2023-2024

THÈSE SOUTENUE À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE LIÈGE

Défense privée soutenue le 21 décembre 2023

Défense publique soutenue le 30 janvier 2024

Devant le jury composé de :

Président du jury : Professeur Anne-Françoise Donneau, Présidente du Département de Santé Publique

Promoteurs :

- Professeur Alexandre Ghuysen, Chef du Service des Urgences CHU Liège, Directeur de la CARE de Simulation de l'Université de Liège, Professeur en Faculté de Médecine
- Professeur Robert Simon, Center for Medical Simulation, Harvard Medical School Boston

Membres du jury :

- Professeur Anne-Sophie Nyssen, Rectrice de l'Université de Liège, Professeur en Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation
- Professeur Philippe Coucke, Chef du Service de Radiothérapie CHU Liège, Professeur en Faculté de Médecine
- Professeur Pierre Gillet, Directeur Médical CHU Liège, Professeur en Faculté de Médecine
- Professeur Lahcen El Hiki, Enseignant Chercheur et Coordinateur de l'Institut des Sciences et du Management des Risques à l'Université de Mons
- Professeur François Jaulin, Président de Facteurs Humains en Santé, Co-fondateur et Président de Patient Safety Database, Co-fondateur et Directeur Général de SafeTeam Academy, France

REMERCIEMENTS

Per aspera ad astra

Au moment de soumettre ce travail en vue de son évaluation académique, il m'est donné de prendre quelques instants pour réfléchir aux montagnes gravies, aux vallées traversées, et aux nombreux guides qui ont éclairé le sentier tortueux menant à cette thèse de doctorat.

Dans cette quête incessante du savoir et avec un respect profond pour l'institution qui a autorisé ce parcours, j'éprouve au plus profond de moi une reconnaissance sincère envers ceux qui en ont posé les jalons.

« *Je n'enseigne pas, je raconte* », dit Montaigne, une phrase qui résonne en moi aujourd'hui comme le fil d'Ariane de cette aventure académique. Au Professeur Alexandre Ghuysen, **Sacha**, mentor exceptionnel, je reconnais le rôle de narrateur de mon parcours, celui qui a su tisser les fils de la connaissance avec une sagesse infinie. À travers cette thèse, je veux lui dire merci, non seulement en tant que promoteur dévoué, mais en tant qu'âme bienveillante qui voit le meilleur en chacun. Plus qu'un guide académique, il est un conteur de confiance, un leader inspirant. Sous sa supervision, je me suis sentie infaillible, prête à relever des défis que je n'aurais jamais imaginés. Il a façonné ma trajectoire, fais de moi une chercheuse curieuse, une scientifique rigoureuse mais surtout, une meilleure personne. À chaque page de cette thèse, se dévoile la gratitude d'une étudiante éclairée par le récit de ses enseignements. Il a été bien plus qu'un mentor – une source d'inspiration inégalée. À présent, j'aspire à narrer cette aventure avec toute la richesse qu'il a pu lui donner. De tout cœur, merci.

Ensuite, je souhaite rendre hommage au Professeur Robert Simon. **Robert**, malgré les milliers de kilomètres qui nous séparent, a su créer une proximité palpable, effaçant ainsi les frontières géographiques. Son accompagnement s'est fait ressentir comme une présence constante à mes côtés. Robert incarne l'excellence, la persévérance, la rigueur, et le défi intellectuel, tout en étant la personnification de la "Basic Assumption". Être sa « *mentee* » est une fierté indéfectible, et travailler à ses côtés a façonné de manière indélébile mon parcours. En lui, je trouve une inspiration constante et une figure avec laquelle je suis honorée d'être associée dans cette aventure intellectuelle. Mon cheminement académique et personnel a été enrichi grâce à lui, et je porte cette thèse avec la fierté d'avoir été guidée par un esprit aussi brillant et humain que le sien.

Je tiens aussi à exprimer ma sincère reconnaissance envers les membres éminents du comité de thèse, en particulier au **Professeur Anne-Françoise Donneau**, qui a assumé avec bienveillance le rôle de Présidente. Aux **Professeur Anne-Sophie Nyssen**, **Professeur Philippe Coucke**, et **Professeur Pierre Gillet**, qui ont occupé des positions clés. Leur dévouement inébranlable envers la supervision et le développement scientifique a constitué la fondation solide de ce travail. Leurs conseils avisés et questions stimulantes ont été des éléments catalyseurs essentiels pour ma croissance intellectuelle. Je suis profondément reconnaissante de la manière dont ils ont dirigé ce travail avec expertise et humanité. C'est grâce à leur soutien dévoué que ce parcours académique a pris une forme aussi enrichissante et épanouissante.

Au cœur de cette passionnante exploration scientifique, mes remerciements les plus sincères se dirigent vers l'équipe exceptionnelle du Centre de Simulation. À **Laure**, **Joséfine**, **Nadège**, **Zoé**, **Benoît**, **Cédric**, **Clément**, et **Jonathan**, je souhaite exprimer ma profonde gratitude. Merci de transformer la science en une aventure animée par la vitalité, les rires, et les couleurs. Une reconnaissance particulière s'élève pour ma chère **Gwen**, véritable maître Jedi de cette aventure. À, Gwen, à qui je porte une reconnaissance infinie. Sa sagesse, qui évoque celle de Yoda, a été une

source inépuisable de conseils et d'inspiration. Merci à elle, d'avoir utilisé cette lumière pour me guider lorsque, en tant que padawan, je risquais parfois de sombrer du côté obscur de la recherche!

Au service des Urgences, là où chaque minute compte et chaque geste fait la différence, mes remerciements vont tout particulièrement à ***l'ensemble de cette équipe remarquable***. Aux infirmiers, médecins, secrétariat (en particulier à ***Ophélie et Nausicaa***, dont l'efficacité a été inestimable) merci pour leur dévouement et leur soutien sans faille. Un immense merci également à tous les membres de la Cellule Stratégique (***Alyssa, Mérédith, Nathalie, Raphaëlle, Virginie, Julien, Laurent, Romain et Thomas***) pour leur leadership et à tous ceux qui ont activement participé aux débriefings. À chacun de ces acteurs incontournables des Urgences, dont la contribution a été cruciale, merci. Sans eux, l'élaboration de cette thèse n'aurait pas été possible. Une mention spéciale pour l'unique « *Impossible n'est pas Ancion* » ! À ***Aurore***, en tant que première personne à m'avoir tendu la main à mon arrivée aux Urgences, et à m'avoir apporté un soutien réconfortant et honnête lorsque j'en avais besoin. Son optimisme et détermination inébranlables ont été une source constante d'inspiration.

Je tiens ensuite à exprimer ma sincère reconnaissance envers ***mes collègues du Département de Santé Publique***, pour leur soutien inestimable qui a considérablement enrichi mon parcours. Je souhaite tout particulièrement saluer l'apport essentiel ***d'Anh, Sabrina, Sophie et Myriam***, dont la collaboration active a véritablement facilité l'évolution de mon travail.

Mes chaleureux remerciements s'adressent également à mes collègues du CHU pour leur soutien inestimable tout au long de cette période particulièrement stimulante. Leur collaboration et leur encouragement ont constitué des piliers essentiels qui ont enrichi mon travail. Plus personnellement, merci à ***Caroline, Mireille et Saadia*** pour leur influence positive.

Enfin, mais cela va bien au-delà de la simple mention, je souhaite offrir mes remerciements les plus profonds à ***mes amis et surtout à l'ensemble de ma famille***. Tout d'abord à mes amis. À eux qui ont su m'apporter un réconfort chaleureux et un recadrage bienveillant lorsque c'était nécessaire. Je leur suis reconnaissante pour leur sincérité. Enfin, aux personnes de ma famille. À leur compréhension et leur soutien inconditionnel lors des périodes difficiles qui ont été comme une bouée d'espoir, m'aidant à naviguer et garder le cap à travers les tempêtes. Ce travail n'est pas simplement le fruit de mes efforts individuels, il est aussi une parcelle de chacun d'eux. Chaque moment partagé, chaque encouragement, chaque étreinte réconfortante a contribué à tisser la trame de cette réalisation. C'est avec émotion que je les remercie pour toutes les années d'amour, de patience et de précieux enseignements qu'ils ont insufflés dans ma vie. Ils sont le cœur vibrant qui a nourri ma persévérance, et je porte ce travail comme un témoignage de l'amour et du soutien inébranlables qui m'ont été offerts par ma précieuse famille et mes amis.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAR	After-Action Review
ANCC	American Nurses Credentialing Center
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COM	Contexte Organisationnel et Managérial
COMeT	Contexte Organisationnel et Managérial en Établissement de soins
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019 (SARS-Cov2)
CS	Cellule Stratégique
DC	Débriefing Clinique
DCR	Débriefing Clinique Routinier
DOLL	Debriefing and Organizational Lessons Learned
DWGJ	Debriefing With Good Judgment
EPI	Équipement de Protection Individuel
GQS	Gestionnaire Qualité et Sécurité
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HM	Hôpital Magnétique
IC 95%	Intervalle de confiance à 95%
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
MRP®	Magnet Recognition Program
NDB	Notre-Dame des Bruyères
OMS	Organisme Mondial de la Santé
p	P-valeur
PDCA	Plan-Do-Check-Act
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ST	Sart-Tilman
ThéOrEM	Théories Organisationnelles, Recommandations et Management
TCC	Thérapie Cognitive-Comportementale
TCI	Technologies de l'Information et de la Communication
USI	Unité de Soins Intensifs

TABLE DES MATIERES

PRÉAMBULE	13
INTRODUCTION GÉNÉRALE	15
1. L'ÉVOLUTION DU CONTEXTE HOSPITALIER : UN VOYAGE EN MER D'ULYSSE	15
2. DE CHARYBDE EN SCYLLA : LA CRISE IDENTITAIRE DU MONDE SOIGNANT, MENACES ET ENJEUX.....	16
3. LES DÉFIS D'ICARE : S'ÉLEVER AU-DESSUS DES ENJEUX DANS LE PAYSAGE CHANGEANT DE LA SANTÉ.....	17
CHAPITRE 1 DÉVELOPPER UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL MAGNÉTIQUE	23
1. INTRODUCTION.....	25
2. L'HÔPITAL MAGNÉTIQUE.....	26
3. MÉTHODES	30
4. RÉSULTATS.....	33
5. DISCUSSION.....	39
6. CONCLUSIONS	40
CHAPITRE 2 DU MAGNÉTISME HOSPITALIER EN PÉRIODE DE CRISE	41
1. INTRODUCTION.....	43
2. MÉTHODES	44
3. RÉSULTATS.....	47
4. DISCUSSION.....	53
5. CONCLUSIONS	55
CHAPITRE 3 LE DÉBRIEFING N'EST PAS UN DÉBRIEFING, C'EST LA RAISON POUR LAQUELLE NOUS L'APPELONS DÉBRIEFING	57
1. ENTRE L'INDÉFINISSABLE ET LA QUÊTE DE SENS : NAVIGUER DANS LES NUANCES DU 'DÉFINIR OU NE PAS DÉFINIR.....	59
2. DÉFINIR EN CONNAISSANCE DE CAUSE : LES FONDEMENTS ET L'HISTOIRE EN AMONT ...	59
3. DÉFINIR AVEC FINESSE : ADAPTER LES MOTS À L'OBJECTIF VISÉ	60
CHAPITRE 4 LA FORME ET LE FOND	65
1. INTRODUCTION :.....	67
2. MÉTHODES	68
3. RÉSULTATS.....	70
4. DISCUSSION.....	75

5. CONCLUSIONS.....	77
CHAPITRE 5 OPÉRATIONNALISER LE DÉBRIEFING CLINIQUE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE	79
1. INTRODUCTION	81
2. CONTEXTE	82
3. MÉTHODES	82
4. RÉSULTATS	87
CHAPITRE 6 DÉBRIEFINGS ET SÉCURITÉ : REGARDS CROISÉS	91
1. INTRODUCTION	93
2. MÉTHODES	94
3. ANALYSE DES DONNÉES	95
4. RÉSULTATS	96
5. ANALYSE ET COMPARAISON DU CONTENU	96
6. DISCUSSION	102
7. CONCLUSIONS.....	104
DISCUSSION GÉNÉRALE	105
1. À LA CROISÉE DES CHEMINS : TRANSFÉRABILITÉ ET RÉSILIENCE DES HÔPITAUX MAGNÉTIQUES FACE AUX DÉFIS DE LA CRISE	105
2. REVITALISER LE MAGNÉTISME HOSPITALIER : L'IMPACT DES DCR.....	108
3. HARMONIE CLINIQUE : L'INTÉGRATION DU DÉBRIEFING DANS L'ORCHESTRATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS.....	112
8. VERS LA CRÉATION D'UN MODÈLE HOLISTIQUE	115
CONCLUSIONS.....	119
RÉFÉRENCES	121
ANNEXES	135

PRÉAMBULE

Au seuil de cette aventure académique, je me tiens à la croisée des chemins, gestionnaire de qualité et de sécurité, infirmière par formation, artisan de la santé publique et fidèle de la simulation. Ce voyage a commencé dans les tranchées de la profession infirmière, où chaque battement de cœur et chaque souffle de vie prenaient forme. C'est là que j'ai découvert mon "*ikigai*", ma raison d'être : non seulement veiller sur le patient, mais aussi, et surtout, sur ceux qui le soignent, et ainsi forger un bouclier de sécurité autour de l'acte de soin et de celui qui le prodigue.

Cette révélation m'a guidée à travers les méandres de la santé communautaire et des sciences de la santé publique, me montrant que la qualité des soins est intrinsèquement liée au bien-être des équipes qui les délivrent. Un équilibre fragile, une danse complexe entre humanité, médecine et réalités socioéconomiques ou culturelles. Cependant, les solutions et les stratégies pour harmoniser ces mondes sont souvent cloisonnées, des étoiles solitaires dans un ciel sans constellation.

En tant que coordinatrice qualité et sécurité, je me tiens sur une ligne de front où l'humain et la médecine se croisent. Les ressources humaines, notre trésor le plus précieux, sont aussi notre talon d'Achille. La pandémie de COVID-19 a amplifié cette vulnérabilité, révélant les fissures dans les remparts qui protègent la santé publique.

Ainsi, cette quête commence, une quête pour améliorer la sécurité des soins tout en suscitant le magnétisme de notre environnement de travail. Nous plongeons dans l'art de la conceptualisation et de l'innovation organisationnelle, armés d'outils divers, tels les Débriefings Cliniques Routiniers; autant d'outils ambidextres lorsqu'ils tissent ensemble la qualité des soins et la résilience des équipes.

Ce périple intellectuel ne serait pas complet sans évoquer le rôle crucial des valeurs de la simulation dans ce cheminement. Du laboratoire de simulation au service des Urgences, ce travail cherche à transposer la philosophie de la simulation, les fondements tels l'assomption de base et l'art du débriefing avec bon jugement. Ces éléments ont été non seulement des piliers de ma formation, mais aussi des clés pour décroiser les silos traditionnels du management hospitalier.

Cette histoire, c'est aussi celle du changement, d'apprendre de nos échecs et de bâtir sur nos succès. La trame de cette thèse est le fruit d'une stratégie initiale et de son évolution au fil des découvertes et opportunités. Elle reflète un parcours scientifique motivé par la curiosité et le questionnement authentique.

En fin de compte, c'est une histoire de passion, de dévouement, et du désir profond de rendre nos services de santé plus sûrs, plus humains, et plus aimants.

Dans les pages à venir, je vous convie à m'accompagner dans cette quête, à naviguer entre les méandres de la qualité, de la sécurité, de l'engagement, et du bien-être au travail au sein du monde hospitalier tumultueux des Urgences. Au fil des chapitres, nous dessinerons les constellations en reliant ces étoiles solitaires, et nous explorerons comment cette figure stellaire, une fois formée, s'intègre harmonieusement dans un ciel hospitalier plus complexe pour mieux guider son personnel.

Bonne lecture !

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. L'évolution du contexte hospitalier : Un voyage en mer d'Ulysse

L'hôpital, tel que nous le connaissons aujourd'hui, a parcouru un chemin sinueux et complexe à travers les siècles. Pour comprendre pleinement les enjeux actuels des ressources humaines liées à l'hôpital, il est essentiel de retracer brièvement son histoire, marquée par des transformations philosophiques, socio-culturelles, économiques et technologiques majeures [1–3].

1.1. Les prémices charitables et religieuses :

Les premiers hôpitaux étaient des lieux de charité et de foi, datant des premières années du christianisme. L'Église avait pour mission de soigner les malades, mais aussi de nourrir les affamés, de s'occuper des veuves et des enfants, de vêtir les pauvres et d'offrir l'hospitalité aux étrangers [1]. Cette tradition caritative s'est perpétuée à travers les siècles, notamment avec l'essor des ordres monastiques au Ve et au VIe siècle, qui ont ajouté des ailes dédiées aux soins dans leurs monastères. Le personnel hospitalier était principalement composé de personnes animées par une mission de compassion et de service envers les malades. La gestion des ressources humaines était informelle, basée sur la volonté de servir plutôt que sur des pratiques professionnelles modernes.

1.2. Vers une professionnalisation et une médicalisation :

Au Moyen Âge, les universités italiennes et allemandes sont devenues des centres de formation médicale, marquant une transition vers une approche plus scientifique des soins de santé. Les hôpitaux ont progressivement évolué d'espaces religieux vers des établissements médicalisés. La notion que la guérison était possible s'est renforcée, et au XVIIIe siècle, les traitements médicaux et chirurgicaux ont pris le pas sur les soins religieux [1]. La gestion des ressources humaines a dû s'adapter pour répondre aux besoins de professionnalisation, notamment par le recrutement de professionnels qualifiés et la création de programmes de formation.

1.3. L'ère de la modernisation et de la technologie :

Au début du XXe siècle, les hôpitaux ont connu une période de professionnalisation accrue. Les infirmières ont joué un rôle essentiel dans cette transformation, contribuant à remodeler la texture quotidienne de la vie hospitalière. Les écoles d'infirmières ont été créées, et les infirmières ont appris sous le système d'apprentissage, avec les hôpitaux utilisant des étudiantes pour fournir une grande partie des soins aux patients, tandis que les infirmières diplômées se tournaient vers des services de soins privés. Le personnel hospitalier est devenu de plus en plus diversifié au fil des décennies.

De nouvelles professions de la santé ont vu le jour, des techniciens médicaux aux thérapeutes spécialisés. La gestion des ressources humaines a dû s'adapter pour inclure ces nouvelles catégories de personnel, en mettant l'accent sur la coordination interprofessionnelle et la collaboration pour offrir des soins complets aux patients [2]. Ces diverses évolutions et remaniements dans le secteur hospitalier, qu'ils soient liés à des facteurs politiques, sociaux, générationnels ou culturels, ont progressivement contribué à façonner la situation actuelle et participent aux défis actuels et futurs en matière de gestion des ressources humaines et de santé mentale dans le domaine de la santé [3].

2. De Charybde en Scylla : La crise identitaire du monde soignant, menaces et enjeux

Les systèmes de santé du monde entier font face à d'importantes difficultés, notamment celles liées à la limitation des ressources humaines résultant, au moins en partie, d'une gestion défaillante, assortie de résultats décevants dans de nombreux pays [4–7]. Bien que de nombreux gouvernements aient accru le financement des systèmes de santé, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre comment les changements ciblés influent sur la perception publique des systèmes de santé [8,9]. Les hôpitaux et les institutions de soins doivent s'adapter aux évolutions sociétales pour maintenir le succès organisationnel. Les administrateurs hospitaliers font face à divers défis, allant du manque de personnel aux préoccupations en matière de sécurité [10].

Il semble justifié de s'interroger sur la véritable crise identitaire qui s'avère toucher nos soins de santé, ses acteurs et sa structure. En effet, cette crise identitaire se manifeste par une prévalence alarmante de problèmes de santé mentale parmi les professionnels de la santé en Europe, résultant d'un épuisement professionnel généralisé. Les taux de burnout chez les infirmières varient de 25 % à 37 % en fonction de leur domaine de spécialisation [11]. Les médecins, quant à eux, sont également touchés par des taux élevés de burnout, atteignant même 50 % dans certaines spécialités [12,13]. De plus, les managers hospitaliers responsables de garantir ce bien-être global de leur personnel tout en cherchant à atteindre leurs objectifs organisationnels se voient souvent dans l'impossibilité de combler l'écart entre ces deux aspirations [14]. Pour que les services de santé répondent efficacement aux attentes du public, il est essentiel de fidéliser des professionnels de santé satisfaits et qualifiés, ce qui peut accroître la capacité de la main-d'œuvre, améliorer les résultats pour les patients et rehausser la qualité des soins prodigués.

L'apport essentiel des professionnels de la santé, tant les infirmières que les médecins, à l'échelle mondiale, est largement reconnu. Par conséquent, investir dans des initiatives visant à améliorer leur bien-être pourrait apporter des avantages substantiels à la société, notamment en améliorant les résultats pour les patients, en réduisant les coûts de la santé et en favorisant un meilleur accès aux soins. Préserver un environnement de travail positif et favorable représente un investissement de

grande valeur, susceptible d'accroître la performance et l'efficacité, et par conséquent, d'avoir un impact positif sur l'ensemble des systèmes de santé [6,7].

Diverses études mettent en lumière que promouvoir l'engagement organisationnel parmi les professionnels de la santé est une démarche stratégique qui exerce un impact significatif sur l'amélioration de leur performance, la réduction du burnout et de l'absentéisme, et l'augmentation des taux de rétention, en favorisant un engagement organisationnel empreint d'affectivité et une forte implication au travail [15–17]. Un autre élément clé influençant l'engagement organisationnel est l'épanouissement au travail. Les professionnels comblés sont davantage investis dans leur organisation et plus déterminés à atteindre les objectifs fixés [18–20].

3. Les défis d'Icare : S'élever au-dessus des enjeux dans le paysage changeant de la santé.

En accord avec le Cadre européen d'action pour la santé mentale et le bien-être, il semble désormais opportun de déplacer l'attention de la recherche des causes et les corrélations de la mauvaise santé mentale vers l'élaboration et l'évaluation de modèles visant à améliorer le bien-être des professionnels de la santé [16,19,20]. Ce qui se révèle essentiel à présent, ce sont des interventions efficaces, économiquement abordables et durables, destinées à favoriser la santé mentale et le bien-être au sein de cette catégorie de travailleurs, afin de rompre le cycle caractérisé par un épuisement professionnel élevé, la prévalence des troubles mentaux, les départs anticipés à la retraite, la diminution de la productivité, et les risques accrus en matière de qualité des soins.

Les mesures pour contrer le burnout peuvent être catégorisées en deux grandes approches : l'orientation vers le bien-être psychologique d'une part, visant à amoindrir l'impact d'un environnement délétère, et la reconfiguration de l'environnement organisationnel, ou redesign organisationnel, d'autre part, visant à mieux comprendre les mécanismes sous-jacents de celui-ci et de l'améliorer en l'alignant davantage à la mission initiale de l'institution.

3.1.Approche Individuelle

Les approches psychologiques au niveau individuel englobent un éventail de méthodes visant à renforcer la résilience et les compétences en gestion du stress d'une personne [21–24]. Parmi ces approches, on trouve notamment la pleine conscience, qui est devenue de plus en plus populaire ces dernières années, ou encore la thérapie cognitive-comportementale (TCC). La TCC vise à identifier et à modifier les schémas de pensée négatifs et les comportements inadaptés qui contribuent au stress et au burnout. Elle enseigne aux individus des techniques pour reconnaître les pensées irrationnelles et les remplacer par des pensées plus positives et réalistes. D'autres approches individuelles peuvent inclure la thérapie de soutien, où les professionnels de la santé mentale fournissent un espace sûr pour discuter des défis liés au travail et aux émotions, ainsi que la formation à la gestion du stress, qui enseigne des compétences pratiques pour faire face aux facteurs de stress au quotidien. Cependant, ces approches psychologiques présentent certaines limitations [23]. Tout d'abord, leur efficacité n'est pas uniformément démontrée dans toutes les situations. Les résultats de nombreuses études sont mitigés, ce qui suggère que ces méthodes peuvent ne pas fonctionner de manière constante pour tous les individus ou dans tous les contextes professionnels.

De plus, ces approches sont souvent centrées sur l'individu, sans prendre pleinement en compte les facteurs environnementaux et organisationnels qui contribuent au burnout. Les problèmes de stress au travail sont souvent liés à des facteurs structurels, tels que des charges de travail excessives, un manque de ressources, ou des pressions organisationnelles, et les approches psychologiques ne règlent pas toujours ces problèmes sous-jacents.

Enfin, leur mise en œuvre peut être complexe et exiger du temps, ce qui peut constituer un obstacle à leur adoption généralisée. Il est donc important de considérer ces limitations lors de la mise en place de stratégies visant à lutter contre le burnout au niveau individuel [25].

En mettant l'accent sur le développement des stratégies individuelles visant à améliorer le bien-être au travail, de nombreuses organisations ont parfois commis l'erreur de confondre la fin et les moyens [26]. En réalité, le bien-être au travail ne devrait pas être l'objectif principal de l'organisation, mais plutôt un moyen pour celle-ci de fournir une vision claire et de créer du sens dans ses actions.

En effet, l'orientation vers l'amélioration du bien-être au travail s'est imposée comme un impératif au sein de nombreuses organisations hospitalière, sous prétexte d'associations positives avec une productivité accrue, une satisfaction du personnel renforcée et une meilleure rétention des employés. Cette quête du Graal « bien-être au travail » peut toutefois détourner l'organisation de l'objectif réel et amène simplement à des mesures superficielles. Il n'est pas question de mettre en place des programmes ou des politiques de bien-être au travail à seule fin de répondre à des tendances contemporaines. Une telle approche risquerait de créer un effet de "greenwashing" dans lequel l'organisation feint de s'investir dans le bien-être au travail sans engager de transformations authentiques. Ainsi, il est capital de comprendre que le bien-être au travail ne saurait être atteint de

manière exhaustive par le biais d'initiatives de surface, telles que des activités de teambuidling ou l'intégration d'installations de loisirs et divertissements au sein de l'environnement de travail. En dépit de l'effet positif que de tels éléments peuvent avoir sur l'ambiance au travail, ils se révèlent incapables de résoudre les problématiques profondément ancrées liées au bien-être [26,27]. Celui-ci se trouve intrinsèquement lié à des facteurs bien plus fondamentaux, à savoir la qualité du travail effectué, le sentiment de contribution significative et la manière dont ce dernier est perçu et valorisé.

Le bien-être au travail s'entrelace étroitement avec la perception de la qualité et de la signification du travail accompli. Les agents doivent ressentir que leur contribution revêt une importance significative pour l'organisation et la société en général [27]. Lorsqu'ils sont confrontés à des tâches monotones, insignifiantes ou perçues comme dénuées de qualité, leur bien-être en pâtit. Dans l'ensemble, l'amélioration du bien-être au travail ne se résume pas à la simple mise en œuvre d'initiatives ponctuelles. Elle requiert la création d'un environnement de travail où les employés se considèrent comme valorisés, impliqués et acteurs d'activités porteuses de sens. Cette démarche implique une réflexion approfondie sur la culture organisationnelle, la qualité du travail, la reconnaissance des employés et leur participation à la prise de décision.

Une approche globale du bien-être au travail s'impose pour obtenir des résultats durables et significatifs. Ainsi, une approche plus globale, prenant en compte à la fois les facteurs individuels et organisationnels, peut s'avérer plus efficace.

3.2.Redesign organisationnel : de l'art de la conceptualisation et de l'innovation

Le redesign organisationnel, dans le contexte hospitalier, représente une démarche méticuleuse visant à instaurer des modifications substantielles au sein d'un établissement de santé [28,29]. Cette initiative a pour objectif central l'amélioration de l'efficacité, de l'efficience et des performances globales. Elle se déploie à travers une série d'initiatives stratégiques, toutes orientées vers l'optimisation de la prestation des services de santé, l'amélioration des résultats des patients, et l'atteinte d'une excellence opérationnelle. Par exemple, cette transformation peut se traduire par la restructuration des départements et des équipes, visant à simplifier les flux de travail, réduire les redondances et favoriser une communication plus fluide entre les professionnels de la santé [29]. De même, elle peut entraîner des améliorations dans les processus cliniques et administratifs, conduisant à une diminution des temps d'attente, à une allocation plus judicieuse des ressources, et à une expérience patient plus satisfaisante.

L'intégration de technologies avancées, telles que les systèmes d'information de santé et les dossiers médicaux électroniques, constitue également un volet essentiel du redesign organisationnel [30]. Ces avancées technologiques sont conçues pour renforcer le partage de données, éclairer la prise de décision et améliorer la coordination des soins. Par ailleurs, le redesign organisationnel peut englober des initiatives dédiées à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [31]. Il peut s'agir de l'élaboration de lignes directrices cliniques, de la création de protocoles spécifiques, ou encore du déploiement de programmes de sécurité des patients. Enfin, il est important de souligner que le succès du redesign organisationnel nécessite une gestion du changement efficace. Cette dernière vise à permettre aux professionnels de la santé de s'adapter aux modifications sans perturbation majeure, garantissant ainsi une transition en douceur vers le nouveau modèle organisationnel. De récentes recherches indiquent que le redesign organisationnel représenterait une stratégie prometteuse en vue d'améliorer le bien-être des cliniciens dans le domaine de la santé [32–34]. En effet, le constat que les causes de l'épuisement professionnel chez les infirmières et les médecins sont similaires et liées à leur environnement de travail [35–37] renforce la nécessité de mettre en avant la révision des conditions de travail dans les hôpitaux. Cette approche vise à prévenir les problèmes de santé mentale parmi le personnel de santé plutôt que d'agir uniquement sur les conséquences.

Au fil des dernières années, l'Hôpital Magnétique (HM), ou « Magnet Hospital » est, entre autres, apparu comme un modèle en termes de redesign organisationnel favorisant un environnement de travail positif [32]. À la lumière des éléments précédemment exposés, il apparaît clairement que la gestion hospitalière, la santé mentale de son personnel et les problématiques liées aux ressources humaines sont des priorités cruciales pour le secteur de la santé. Face à ces défis, l'adoption de stratégies de redesign organisationnel se présente comme une voie plus que prometteuse. Si l'on en vient à privilégier une approche visant la prévention, axée sur des principes positifs tels que celui de l'HM, plusieurs zones d'ombre persistent. Tout d'abord, la transférabilité de ces concepts reste une question essentielle, que ce soit à l'échelle pluridisciplinaire ou géographique. Il est nécessaire de déterminer dans quelle mesure ces modèles peuvent être adaptés à des contextes différents et à diverses spécialités médicales [32,38]. De plus, l'applicabilité concrète de ces modèles demeure un défi, et il convient d'explorer comment ils peuvent être intégrés de manière efficace dans la réalité des établissements de santé [38,39]. Ces interrogations diverses et les enjeux majeurs qui y sont associés nous ont amenés à entamer notre démarche de recherche et d'en centrer l'intérêt sur l'exploration des voies potentielles de transfert et d'application des concepts d'hôpitaux magnétiques et de redesign organisationnel dans le contexte de la santé qui est le nôtre. Dans le cadre de cette recherche, notre attention s'est en effet portée principalement sur les interventions et les stratégies de gestion liées à la coordination et au management hospitalier de proximité. L'objectif ultime de notre démarche était d'envisager les modalités possibles de dépassement des frontières traditionnelles entre les notions de bien-être au travail et de sécurité des soins de manière à créer un

cadre d'action plus holistique, favorisant une synergie entre les différentes forces de magnétisme et les impératifs de sécurité des soins. En effet, ces deux domaines, bien que distincts, nous ont semblé étroitement liés dans la quête d'une amélioration globale de la qualité des soins et du bien-être des professionnels de la santé. À la lumière des développements antérieurs nous avons voulu tester l'hypothèse générale suivante : nous postulons en effet que *l'empreinte magnétique d'une institution hospitalière peut être modifiée au travers du développement d'un système de rapport et d'enquête appréciative visant la promotion de la sécurité des soins.*

Au fil de cette dissertation, nous nous attacherons à illustrer nos travaux visant l'étude des mécanismes permettant de transférer la philosophie des HM vers d'autres contextes hospitaliers, tout en étudiant comment les interventions liées au management et à la coordination pourraient être adaptées pour optimiser les résultats en matière de qualité des soins et de satisfaction du personnel. En somme, notre démarche tentera de jeter des ponts entre ces deux domaines, afin d'envisager contribuer à l'évolution des pratiques hospitalières, en allant vers un modèle plus intégré, où le magnétisme hospitalier et la sécurité des soins coexistent harmonieusement pour le bénéfice de tous les acteurs de la santé. La présente thèse repose sur une structure, articulée autour d'une série d'articles publiés, orchestrant une progression logique et cohérente, afin d'explorer de manière approfondie le sujet sous-jacent. Notre parcours scientifique dans ce sens s'est articulé autour de différentes interrogations fondamentales permettant de circonvenir les éléments de réponses eu égard à notre hypothèse. Tout d'abord, nous nous sommes questionnés sur la *question de la transférabilité* du concept de l'Hôpital Magnétique, afin de comprendre dans quelle mesure les principes et les pratiques qui caractérisent les hôpitaux magnétiques pourraient être adaptés et appliqués dans divers contextes hospitaliers, au-delà de leur origine américaine (Chapitre 1). Nous amorçons donc ce voyage en entreprenant une analyse de la transférabilité du concept de l'*Hôpital Magnétique* dans les conditions spécifiquement préconisées par ses initiateurs, à savoir au sein du département infirmier. Alors que nous étions en pleine avancée de nos recherches, la crise de la COVID-19 a éclaté. Cependant, nous avons rapidement perçu que cette crise constituait en elle-même une opportunité de recherche exceptionnelle, étant donné les perturbations qu'elle engendrait dans le milieu de travail. Nous nous sommes donc posé la question de l'évolution des caractéristiques d'un *environnement de travail magnétique dans un contexte de crise*. En examinant comment les hôpitaux et services magnétiques maintenaient leur magnétisme et leur qualité de soins lorsqu'ils étaient confrontés à des défis exceptionnels, nous avons cherché à identifier les éléments clés qui favorisent la résilience et la performance dans des circonstances critiques (Chapitre 2). À la lumière de ces travaux initiaux, notre démarche scientifique s'est orientée vers l'exploration d'un aspect plus pragmatique : l'élaboration d'un outil opérationnel favorisant un redesign organisationnel, à savoir le Débriefing Clinique Routinier. Cet instrument avait été hautement plébiscité par les équipes au cours de la période marquée par la pandémie de COVID-19. Dès lors, il est apparu évident d'approfondir notre

compréhension des phénomènes sous-jacents à cette pratique et de déterminer les moyens de consolider ce processus. À la suite d'une brève parenthèse dédiée à l'établissement des définitions du débriefing et à sa fonction au sein du management (Chapitre 3), nous nous intéresserons particulièrement à la phase post-débriefing et son intégration dans une stratégie organisationnelle plus globale. Notre curiosité s'est portée sur la question de *l'utilisation des Débriefings Cliniques Routiniers en tant qu'outil managérial* afin de promouvoir le magnétisme.

Notre interrogation était alors celle de savoir comment pareilles séances de rétroaction et de pratique réflexive pouvaient-elles être intégrées de manière efficace dans la gestion quotidienne des établissements de santé pour renforcer la culture de la sécurité et de la qualité des soins (Chapitre 4). Ensuite, alors que l'épidémie du COVID-19 s'effaçait peu à peu, les stratégies jadis acclamées par nos équipes, déployées en réponse à cette situation inattendue, commençaient à perdre de leur éclat et de leur emprise sur les succès d'antan. Dans ce contexte en constante mutation, notre projet de recherche suivant a vu le jour, en plongeant au cœur des mécanismes du changement et de l'adaptation de notre environnement organisationnel face à cette évolution inéluctable. Nous avons alors entamé un processus d'amélioration continue, une quête méthodique *visant à faciliter la transition de la période de crise vers une routine plus prévisible*. Loin de nous l'idée de gommer les enseignements précieusement acquis au fil de cette crise ou de reproduire les stratégies déployées durant cette période à l'identique. Au contraire, nous avons adopté un cheminement d'apprentissage organisationnel, une exploration approfondie de notre propre processus de débriefing. Cette stratégie a ainsi permis d'explorer les mécanismes sous-jacents à notre capacité d'adaptation en période de crise, tout en développant une stratégie d'évolution progressive et durable pour notre organisation. Elle incarne notre engagement à évoluer de manière proactive, en capitalisant sur les enseignements du passé pour bâtir un avenir organisationnel plus résilient et plus efficace (Chapitre 5). Au fil de nos pérégrinations, notre quête s'est intensifiée pour opérationnaliser la création d'un environnement de travail véritablement magnétique, capable d'attirer et d'inspirer nos équipes. Au cœur de cette transformation, un instrument managérial a émergé : le Débriefing Clinique Routinier. Trois années de pratique assidue ont scellé notre conviction en la puissance de cet outil. Notre curiosité s'est alors portée sur l'analyse du lien potentiel entre les débriefings et la gestion de la qualité et de la sécurité. C'est ainsi que notre quête s'est élargie pour découvrir comment polir cet outil, le rendre plus affûté dans sa contribution à l'excellence que nous ambitionnons.

Nous aborderons finalement la question de *l'intégration du débriefing clinique routinier dans un processus global de qualité et de sécurité des soins* (Chapitre 6). Nous étudierons les mécanismes permettant de lier ces séances de réflexion clinique à d'autres initiatives de gestion de la qualité, de manière à créer une approche globale et cohérente pour améliorer la sécurité des patients et le bien-être des professionnels de la santé

CHAPITRE 1

DÉVELOPPER UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL MAGNÉTIQUE

De la transférabilité du modèle Hôpital Magnétique

Paquay M, Boulanger JM, Locquet M, Dubois N, Ghuysen A. *Exploring the feasibility of the Magnet Hospital concept within a European university nursing department: a mixed-methods study*. *Contemp Nurse* 2021;57:187–201. doi:10.1080/10376178.2021.1987939.

« Tel est le chemin éternel de l'humanisme : comment l'homme a cherché à se construire, à grandir, entrelacé avec ses comparses, pour grandir le tout, et non seulement lui-même, pour donner droit de cité à l'éthique, et ni plus ni moins aux hommes. Quand la civilisation n'est pas soin, elle n'est rien. Soigner, la chose est ingrate, laborieuse ; elle prend du temps, ce temps qui est confisqué, ce temps qui n'est plus habité par les humanités. Ici se déploie une tentative de soigner l'incurie du monde, de poser au cœur du soin, de la santé, et plus généralement, dans nos relations avec les autres, l'exigence de rendre la vulnérabilité capacitaire et de porter l'existence de tous comme un enjeu propre, dans toutes les circonstances de la vie. »

Cynthia Fleury

1. Introduction

Dans le contexte hospitalier, le personnel de santé joue un rôle fondamental dans la prestation de soins de qualité. La gestion des ressources humaines, visant à attirer et à retenir des professionnels de la santé de haut niveau, constitue ainsi une préoccupation majeure pour la plupart des établissements hospitaliers [6,7]. Au fil des années, cette gestion s'est trouvée confrontée à un double défi, à savoir la rotation fréquente du personnel et la pénurie croissante de travailleurs de la santé [40].

Les raisons de cette pénurie sont variées, et tous les pays sont confrontés à des obstacles divers, notamment le sous-investissement, les problèmes de formation, de rétention et de performance des travailleurs de la santé, qui contribuent à perpétuer cette situation [41,42]. Et comme en miroir à ces exigences, une véritable crise identitaire est apparue au sein des professionnels de santé, fondée par un sentiment de perte de sens, d'utilité et de dissonance entre valeurs, éthique et morale eu égard au vécu professionnel dans l'environnement présent [43]. La Belgique n'est pas exemptée de cette crise. La rétention du personnel de santé au sein des institutions demeure un défi de taille, étant donné les nombreux facteurs influençant le taux de rotation, qu'ils soient liés à l'établissement de santé ou au choix individuel des professionnels, qui cherchent un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle [44]. Dans ce contexte, il devient impératif pour ces établissements de développer ou de redéfinir une stratégie de recrutement et de fidélisation visant à attirer et à retenir un personnel de santé de haute qualité.

2. L'Hôpital Magnétique

Le concept d'Hôpital Magnétique (HM) a vu le jour au début des années 1980 aux États-Unis en réaction à la pénurie de professionnels de la santé. Des experts, parmi lesquels Margaret McClure, professeure en sciences infirmières, ont alors pris conscience de l'ampleur de ce défi [45]. Sous la direction de McClure, un groupe de chercheurs en soins infirmiers a abordé la problématique de manière novatrice. Au lieu de se focaliser sur les établissements en difficulté, McClure a orienté son étude vers les institutions qui parvenaient à recruter et à fidéliser aisément leur personnel. C'est à partir des conclusions de cette étude qualitative que les termes "Hôpital Magnétique" et « forces de magnétismes » ont été forgés [46]. Cette recherche a symbolisé un changement de paradigme en abordant les enjeux des ressources humaines de manière proactive et constructive [47].

La littérature ne présente pas de définition standard du Magnet Hospital. Cependant, depuis sa genèse, plusieurs auteurs ont tenté d'enrichir la définition du concept [48]. L'ouvrage de Margaret McClure « *Magnet Hospitals : Attraction and Retention of Professional Nurse* », pose les jalons de la définition. Ainsi, l'HM y est défini comme « un établissement regroupant les caractéristiques organisationnelles et managériales favorables à la fidélisation et à l'attractivité des infirmières » [46]. Vingt ans après sa première parution, Lundmark définit l'HM comme « *un contexte organisationnel qui rend possible la meilleure performance de chaque professionnel de santé* » [49]. Plus récemment, aux États-Unis, le centre d'accréditation, l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) définit l'HM « *d'établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques RH, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimales l'exercice professionnel des soignants* » [50].

Avec cette dernière définition, le concept devient un outil au service de la performance managériale. Au fil des années, un grand nombre de variables ont été corrélées à l'HM [46,51]. Cependant, c'est le modèle du Magnet Recognition Program®, structuré autour de 5 domaines et de 14 forces d'attraction, qui a finalement prévalu en tant que norme de référence.

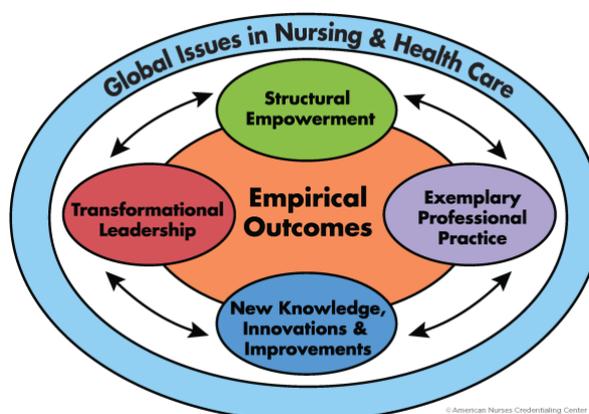


Figure 1 : Domaines du Modèle de l'Hôpital Magnétique

Le premier domaine sur lequel est basé ce modèle est celui du **leadership transformationnel**, qui préconise qu'un dirigeant accompagne ses collaborateurs dans l'accomplissement de la mission, des valeurs, et de la stratégie organisationnelle, tout en se préparant également aux futurs défis du domaine de la santé. Selon cette approche, ce type de leader devrait être une figure respectée, dotée d'une solide expertise et capable de s'adapter aux évolutions tout en encourageant son équipe à en faire autant. Il doit posséder un pouvoir d'influence et être un moteur de changement, en communiquant efficacement, en écoutant attentivement et en apportant des preuves tangibles de résultats [52]. La littérature abonde en articles démontrant les effets positifs de ce type de leadership sur la qualité des soins prodigués aux patients et sur les conditions de travail [53,54]. Récemment, un article a été publié, proposant un modèle basé sur le leadership transformationnel dans l'optique de renforcer la résilience des établissements hospitaliers face aux situations de catastrophe [55]. Cette dimension est représentée par les forces de magnétisme suivantes : **la qualité du leadership infirmier et le style de management.**

Le second domaine est celui dit d'autonomisation **structurelle** (ou empowerment structurel) impliquant que les organisations devraient créer un environnement propice à la pratique infirmière. Cet environnement est rendu possible grâce à la mise en place de politiques et de programmes qui s'alignent sur les valeurs, la mission et la vision de l'établissement hospitalier.

L'autonomie structurelle requiert également des relations solides et une collaboration entre les professionnels de divers secteurs de l'établissement, le tout dans le but d'améliorer les résultats pour les patients [56]. De nombreux articles mettent en évidence les avantages potentiels de cette autonomie structurelle [57,58]. Cette dimension est représentée par les forces de magnétisme suivantes : **la structure organisationnelle, la politique et le programme du personnel, l'organisation de la communauté et des soins de santé, l'image des soins infirmiers et le développement professionnel.**

La **Pratique professionnelle exemplaire** correspond au 3^{ème} domaine du Modèle. Cette composante promeut une pratique infirmière de premier plan, exigeant du personnel infirmier une maîtrise de leur profession et une responsabilité accrue. Ils devraient ainsi pouvoir exercer leur métier en conformité avec la législation nationale qui régit leur profession. L'engagement dans l'établissement, l'amélioration et l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes sont primordiaux.

De plus, ils doivent collaborer activement au sein d'une équipe interdisciplinaire pour élaborer des protocoles et garantir des soins centrés sur le patient et sa famille, tout en assurant la sécurité et la qualité des prestations [59]. Enfin, les infirmiers sont appelés à assumer un rôle de leader informel, non seulement dans leur propre développement professionnel et les décisions relatives à leur domaine, mais aussi en tant qu'enseignants, chercheurs et collaborateurs [59]. Cette dimension est représentée par les forces de magnétisme suivantes : **le modèle de soins professionnels, la consultation et les ressources, l'autonomie, les infirmiers enseignants et les relations interdisciplinaires.**

Quatrième domaine, les **Nouvelles connaissances, innovations et améliorations**. Les hôpitaux magnétiques portent une responsabilité éthique et professionnelle majeure envers les soins prodigués aux patients, l'organisation hospitalière, et le développement de la profession, notamment en matière de connaissances, d'innovation et d'amélioration continue.

Dans cette optique, ils doivent mettre en œuvre de nouveaux modèles de soins, appliquer les preuves scientifiques disponibles, les maintenir à jour, et contribuer à la promotion de la science infirmière [60]. Cette dimension est représentée par la force de magnétisme suivante : **l'amélioration de la qualité**. Enfin, les **Résultats empiriques**. L'organisation doit instaurer un système de mesure des résultats, comprenant une gamme d'indicateurs, qu'ils soient de nature quantitative (comme le taux de rotation du personnel infirmier) ou qualitative (comme la satisfaction des patients). Ces résultats jouent un rôle crucial pour se distinguer des autres établissements hospitaliers [61]. Cette dimension est représentée par la force de magnétisme suivante : **les soins de qualité**. Cette structure originale, composée initialement de 14 forces distinctes, a été réorganisée pour se structurer en cinq composantes clés. Cette transformation a ultérieurement conduit à l'établissement du programme de reconnaissance Magnet Recognition Program (MRP). Depuis son inauguration en 1990, le MRP® a été volontairement adopté par près de 10 % des établissements hospitaliers aux États-Unis. Ce label a été attribué à 591 hôpitaux, attestant ainsi de la qualité des soins, de l'excellence des pratiques infirmières, ainsi que de l'innovation dans le domaine des soins infirmiers. Une étude menée en 2017, l'« *US News Best Hospitals in America Honor Roll* » a révélé que parmi les 20 meilleurs hôpitaux du classement, 18 d'entre eux étaient titulaires du label MRP® [47,48].

Diverses études, principalement menées aux États-Unis, ont tenté de valider les bienfaits du modèle d'HM. Ces effets ne se limiteraient pas à l'amélioration du bien-être du personnel, mais imprèneraient profondément le fonctionnement global de l'établissement de santé. Parmi ces retombées, on compte une réduction significative de l'épuisement professionnel, un renforcement palpable de la satisfaction au travail, une nette diminution de l'intention de quitter leur poste [62–64], des avantages financiers évidents pour les organisations hospitalières [65,66], une satisfaction accrue des patients [67,68], ainsi qu'une amélioration notable des résultats cliniques [69,70]. Ces constatations confirment la pertinence du modèle d'HM comme référence en matière de qualité, suscitant un intérêt croissant de la part des établissements de santé à la recherche de cette certification, dans l'intérêt de leur personnel, de leurs patients, et de leur performance globale. Ces résultats ont suscité un intérêt croissant au-delà des frontières américaines. Bien que la majorité des recherches et des mises en œuvre de ce modèle proviennent des États-Unis, d'autres pays ont commencé à explorer la pertinence et la faisabilité de l'application du concept dans leur propre système de santé. Cette expansion progressive est le reflet de la quête mondiale d'amélioration de la qualité des soins de santé, de la satisfaction des patients, et du bien-être des professionnels de la santé.

Dans des pays comme le Canada, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Suède, l'Australie, ou encore la Belgique, des hôpitaux et des établissements de santé ont entrepris des démarches pour évaluer et adopter certaines composantes du modèle d'HM [71,72].

L'objectif est de tirer parti des enseignements tirés des expériences américaines pour améliorer la qualité des soins et l'environnement de travail du personnel de santé local. Dans l'ensemble, le concept de l'HM a transcendé les frontières américaines pour devenir une source d'inspiration et un objectif pour de nombreux établissements de santé à travers le monde, dans leur quête d'amélioration continue de la qualité des soins et de la satisfaction des patients. Cette diffusion internationale témoigne de la valeur perçue de ce modèle dans la transformation des soins de santé à l'échelle mondiale. Actuellement, la question de la transférabilité du modèle de l'HM demeure empreinte d'incertitudes. Malgré la connaissance du concept, l'intégration de ce modèle au sein des départements infirmiers suscite encore des débats et des questionnements persistants. Différents éléments peuvent expliquer cette frilosité. Des voix critiques se sont rapidement élevées à l'égard du système d'accréditation associé, aux États-Unis, à l'obtention du statut d'HM, une démarche qui se révèle coûteuse et financièrement exigeante [39]. Cette exigence restreint de facto l'accès à cette reconnaissance aux établissements de santé dotés de ressources financières et d'une envergure suffisantes.

Une seconde critique se fonde sur le caractère potentiellement superficiel de l'accréditation. Certains chercheurs avancent que des réorganisations hiérarchiques peuvent être mises en place sur le papier sans qu'elles soient véritablement intégrées dans la pratique quotidienne. En dehors du processus d'accréditation, l'une des critiques les plus fréquentes concerne son orientation principalement infirmière [32]. Le modèle met l'accent sur la reconnaissance des pratiques infirmières d'excellence, ce qui peut négliger d'autres membres du personnel de santé et d'autres aspects de l'environnement hospitalier. Certains estiment que le modèle devrait adopter une approche plus pluridisciplinaire pour prendre en compte l'impact global sur le milieu de travail et la prestation des soins.

Une autre critique importante concerne les limites des études existantes sur les hôpitaux magnétiques. De nombreuses recherches se sont concentrées sur des hôpitaux américains dotés de ressources suffisantes pour poursuivre l'accréditation « Magnet ». Cela soulève des questions quant à la possibilité de généraliser pareils résultats, car les hôpitaux de différentes tailles et avec des ressources limitées peuvent rencontrer des défis différents dans la mise en œuvre du modèle [73]. De plus, les études ont souvent une portée limitée dans le temps et sont principalement transversales, ce qui peut rendre difficile l'évaluation de l'impact à long terme du modèle sur la qualité des soins, la sécurité des patients et le bien-être du personnel de santé [32].

Le modèle d'HM suscite également des interrogations sur sa transférabilité à l'échelle internationale. Peu d'hôpitaux en dehors des États-Unis se sont lancés dans le processus d'accréditation, malgré la connaissance du concept. Cette réticence à adopter le modèle dans des contextes internationaux remet en question sa pertinence et sa viabilité au-delà des frontières américaines. Malgré ces critiques, le modèle d'HM continue d'attirer l'attention en tant qu'approche visant à améliorer la qualité des soins de santé. Il est important de poursuivre la recherche dans ce domaine, en réalisant des études plus approfondies et en examinant de près l'impact du modèle sur divers aspects de la prestation des soins de santé, tout en tenant compte des contextes locaux et des ressources disponibles. Les raisons sous-jacentes de l'apparent échec actuel à généraliser l'adoption du concept d'HM demeurent encore floues. Si la compréhension du concept semble solide, le principal obstacle semble résider dans le manque de compétences nécessaires à sa mise en pratique au sein des institutions hospitalières. Étonnamment à cet égard, le point de vue des professionnels de la santé sur leur environnement ou sur la mise en œuvre du concept demeure très peu interrogé.

En quête de réponse à cette question fondamentale, nous avons voulu, dans la présente étude évaluer la transférabilité du concept d'HM au sein d'un département de soins infirmiers, du point de vue des professionnels de la santé. Étant donné la complexité inhérente à la mesure et à la compréhension du magnétisme, qui englobe un ensemble de variables, notre investigation s'est centrée sur les aspects organisationnels et managériaux de la transférabilité de ce concept. Plus précisément, notre travail s'est attaché à analyser comment le Contexte Organisationnel et Managérial (COM) était susceptible d'influencer celui-ci.

A cette fin, nous avons, dans un premier temps, procédé à l'évaluation quantitative du niveau de magnétisme au sein d'un service de soins infirmiers au sein d'une structure hospitalière académique de notre pays, en prenant en compte ses caractéristiques spécifiques. Dans un second temps, notre démarche qualitative a visé à identifier les obstacles potentiels et les éléments facilitateurs qui pouvaient influencer la faisabilité du transfert conceptuel concerné, en nous appuyant sur les perspectives des responsables des soins infirmiers

3. Méthodes

3.1. Design

Nous avons adapté une approche d'évaluation mixte de type convergente afin de favoriser une précision accrue, les deux méthodologies étant exécutées de façon simultanée et non conditionnelle de manière à enrichir la collecte et l'analyse des données.

Afin d'améliorer l'analyse, deux types d'intégration des données ont été effectuées : l'intégration par complémentarité et l'intégration par tension dialectique.

Dans le cadre de la phase quantitative, une exploration transversale du magnétisme hospitalier a été réalisée à l'aide de questionnaires administrés au personnel infirmier. La phase qualitative consistait en des entretiens avec les infirmiers en chef afin d'identifier les facilitateurs et les obstacles à la faisabilité du modèle d'HM. L'étude a été guidée par le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [74]. Le CFIR a été développé pour orienter l'évaluation des contextes d'implémentation et couvre cinq domaines qui influencent la réussite de la mise en œuvre d'une intervention :

1. Les caractéristiques de l'intervention ;
2. L'environnement interne ;
3. L'environnement externe ;
4. Les caractéristiques des individus ;
5. Le processus d'implémentation.

Étant donné qu'il s'agissait d'une étude de pré-implémentation, le cinquième domaine n'a pas été étudié.

3.2. Site de l'étude

Les données ont été collectées à partir de deux des sept sites d'un seul hôpital universitaire belge. La charge quotidienne de patients de l'institution (pour les sept emplacements) est composée d'environ 3500 patients en consultation, 250 en urgence, 250 en hospitalisation de jour et 180 en hospitalisation standard. Plus de 3500 professionnels de la santé répartis dans 50 unités assurent des soins spécialisés dans toutes les disciplines médicales. Au cours de l'étude, le service infirmier employait un total de 1744 infirmiers.

3.3. Population de l'étude

Pour la phase quantitative, les infirmiers de toutes les unités des deux sites ont été sondés par un échantillon de convenance, à l'aide de courriers électroniques et de l'intranet de l'hôpital, pour remplir un questionnaire en ligne de mesure du magnétisme.

Pour la phase qualitative, un échantillon de convenance des infirmiers en chef de toutes les unités des deux sites a été recruté par courrier électronique pour participer à des entretiens en face à face, étant donné qu'ils sont considérés comme des éléments clés du magnétisme. Aucun critère d'exclusion n'était requis.

3.4. Collecte et analyse des données

Le chercheur principal (MP) était responsable de la collecte et de l'analyse des données et a mis en œuvre ces processus. Les infirmiers des deux sites ont été sondés en mars et avril 2018 pour la phase quantitative, et de septembre à décembre 2017 pour la phase qualitative. Cette dernière s'est achevée lorsque la saturation des données a été atteinte.

3.5.Phase quantitative

La phase quantitative a consisté en une étude de type transversal. Afin de mesurer le niveau de magnétisme lié au COM, le questionnaire « Contexte Organisationnel et Managérial dans les Établissements de Santé » (COMEt) a été utilisé [75]. L'outil COMEt présente l'avantage d'être spécifique aux contextes organisationnels et managériaux de la santé, avec des propriétés psychométriques robustes (coefficient alpha de Cronbach global de 0,93).

Le questionnaire, composé de 83 items, explore la perception des professionnels de la santé concernant les aspects opérationnels de leurs unités à travers six dimensions et 21 sous-dimensions, avec une section pour les données socio-démographiques (âge, expérience professionnelle et équivalent temps plein). Les participants sont invités à répondre aux 83 items en utilisant une échelle de Likert de 1 "fortement en désaccord" à 5 "fortement en accord". Les dimensions, les sous-dimensions et les items sont présentés dans l'Annexe 1. Les scores ont ensuite été déterminés en fonction des règles de notation des auteurs du COMEt. Pour obtenir un score pour une sous-dimension donnée, la moyenne des pourcentages de réponses positives ("Fortement en accord" et "En accord") de chaque question de la sous-dimension a été calculée. Pour ces fréquences positives, la moyenne donne le score de la dimension (score sur 100). Chaque sous-dimension a été classée comme "Développée" lorsque les sous-dimensions ont un score de 75 ou plus, tandis que les sous-dimensions "Sous-développées" sont composées de sous-dimensions avec un pourcentage de score strictement inférieur à 50. Pour trois sous-dimensions (1c - Aspirations professionnelles, 3f - Méthodes de gestion des conflits, 3g - Type de comportement encouragé au sein du service), les auteurs du questionnaire suggèrent des qualificatifs comme réponse au lieu d'un score numérique. Le résultat final de ces trois sous-dimensions correspond à l'adjectif qualificatif (réponse à l'item) ayant le score positif le plus élevé.

3.6. Phase qualitative :

Cette phase s'appuyait sur des entretiens semi-directifs avec les infirmiers en chef d'une durée de 30 à 45 minutes. Le cadre du CFIR a aidé à élaborer le guide d'entretien grâce à un outil proposant un ensemble de questions couvrant les concepts et un manuel de codage détaillant les définitions des concepts.

Les entretiens ont été enregistrés ont été entièrement retranscrits à l'aide du logiciel de transcription et d'analyse qualitative Sonal® (version 2.1.41). Une grille de codage a été conçue en fonction des domaines et des concepts du CFIR. Chaque entretien a été examiné, et pour chaque verbatim, un code a été attribué. Ces codes, résultant du CFIR et de ses définitions, ont tous été inclus dans un manuel de codage. Chaque nouveau code apparaissant dans les données a été ajouté à la grille de codage.

L'ensemble du corpus a ensuite été systématiquement examiné par un membre de l'équipe de l'étude et validé par un deuxième membre (MP, JMB). En utilisant un processus itératif, les examinateurs ont réduit à la fois le nombre de codes analogues en les fusionnant logiquement. Enfin, chaque structure a été définie comme facilitateur, obstacle ou neutre. Le degré d'importance des concepts a ensuite été déterminé en fonction du nombre de citations.

3.7. Analyse statistique

Le logiciel Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS® version 24) a été utilisé pour l'ensemble de la phase quantitative. Les variables nominales ont été exprimées en fonction de leur distribution de fréquence. Des statistiques descriptives ont été effectuées pour décrire les caractéristiques de l'échantillon, et des tests de Shapiro ont été réalisés pour examiner la normalité de la distribution des variables quantitatives. Ces variables ont ensuite été exprimées sous forme de moyenne et d'écart type pour les variables avec une distribution normale, et sous forme de médiane, de 25e et 75e percentiles pour les distributions asymétriques.

Le test de Mann-Whitney ou le test Student (t test) ont été utilisés pour comparer les différences d'âge, d'ancienneté et de temps de travail au sein des groupes des sept sous-dimensions sous-développées. Le niveau de signification a été fixé à un niveau standard de 5 % pour toutes les interprétations statistiques.

4. Résultats

4.1.Phase quantitative

Au total, 224 infirmiers (sur 1675) ont participé à la phase quantitative, amenant un taux de réponse de 13%. Les données sociodémographiques de ces participants sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des 224 participants

CARACTÉRISTIQUES	CATÉGORIES	NOMBRE (%)	MOYENNE ± SD MÉDIAN [IQR]
Age (années)			37.0 [30.0-48.5]
Equivalent Temps Plein (ETP) (%)			87.9 ± 17.3
Expérience professionnelle (années)			9.0 [4.0-16.0]
Acceptation des normes	Bonne acceptation	116 (51.8)	
	Acceptation limitée	108 (48.2)	
Satisfaction du travail	Satisfait	95 (42.4)	
	Insatisfait	129 (57.6)	
Charge de travail	En surcharge	135 (61.3)	
	Pas en surcharge	89 (39.7)	
Considération de l'individu au sein du collectif	Bonne considération	98 (43.7)	
	Considération insuffisante	126 (56.3)	
Relations entre et avec les médecins	Satisfait	109 (48.7)	
	Insatisfait	115 (51.3)	
Coordination au sein du service	Bonne coordination	106 (47.3)	
	Coordination insuffisante	118 (52.7)	
Épuisement professionnel	En état d'épuisement	133 (59.4)	
	Absence d'épuisement	91 (40.6)	

Le Tableau 2 révèle les scores des 21 sous-dimensions explorées par le questionnaire. Sept sous-dimensions sont considérées comme sous-développées, onze sous-dimensions ne sont ni sous-développées ni développées, et trois sous-dimensions sont développées.

Tableau 2 : Les 21 dimensions du Contexte Organisationnel et Managérial scorées par les 224 répondants

DIMENSIONS	SCORE (/100) *	CATÉGORIES**	ADJECTIFS RÉFÉRENTS
1A. Engagement envers le service	71		
1B. Acceptation des normes	37	S	
1C. Aspirations professionnelles	-		Intérêt des patients
2A. Satisfaction au travail	46	S	
2B. Propension à rester	74		
2C. Absence de surcharge de travail	27	S	
2D. Absence d'épuisement professionnel	41	S	
2E. Efficacité perçue du service	53		
3A. Prise en compte de l'individu dans le collectif	38	S	
3B. Faibles pratiques discriminatoires	90	D	
3C. Attribution des tâches et des objectifs	61		
3D. Apprentissage organisationnel	51	S	
3E. Faible fréquence des conflits	50		
3F. Modalités de gestion de conflits	-		Stratégie de convention collective
3G. Type de comportements encouragés au sein du service	-		Productivité
4A. Relations entre les paramédicaux	75	D	
4B. Relations entre et avec les médecins	43	S	
4C. Coordination au sein du service	43	S	
4D. Diffusion de l'information	51		
5. Relations avec le patient et sa famille	75	D	
6. Soutien hiérarchique	59		

* Score élevé indique plus de positivité dans la dimension

** S=Sous-développé ; D=Développé

La relation entre les sept sous-dimensions sous-développées et l'âge, l'ancienneté et le temps de travail est illustrée dans le tableau 3. La variable "âge" présente des différences significatives concernant les sous-dimensions "Réception des normes", "Satisfaction au travail" et "Relation satisfaisante avec et entre les médecins". L'équivalent temps plein semble être significativement différent pour les sous-dimensions "Prise en compte de l'individu dans le collectif" et "Coordination efficace des services". Une différence significative en expérience professionnelle est également observée concernant les sous-dimensions "Réception des normes" et "Relation satisfaisante avec et entre les médecins".

Tableau 3 : Analyses univariées entre les Dimensions sous-développées, l'âge, le temps de travail et l'ancienneté

DIMENSIONS MOINS DÉVELOPPÉES		ÂGE (ANNÉES)	P	EQUIVALENT TEMPS PLEIN (%)	P	EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE (ANNÉES)	P
Acceptation des normes	<i>Oui (n=108) Non (n=116)</i>	34.5 (28.5-45.5) 41.0 (30.0-53.5)	<0.001	86.9±18.5 87.8±17.5	0.860	7.7 (3.0-14.0) 10.0 (6.0-18.0)	0.013
Satisfaction au travail	<i>Oui (n=95) Non (n=129)</i>	38.0 (30.0-52.0) 34.0 (29.0-47.0)	0.031	88.8±16.3 86.6±19.0	0.845	10.0 (6.0-18.0) 8.0 (3.5-14.0)	0.104
Surcharge de travail	<i>Oui (n=135) Non (n=89)</i>	36.0 (30.0-47.0) 40.0 (30.0-53.0)	0.223	85.9±18.7 89.5±16.1	0.193	9.0 (5.0-15.0) 8.9 (2.6-18.0)	0.672
Prise en compte de l'individu dans le collectif	<i>Oui (n=98) Non (n=126)</i>	37.0 (30.0-47.0) 37.0 (29.0-51.0)	0.950	91.6±13.8 84.0±19.8	0.005	8.0 (3.0-15.0) 9.0 (5.0-18.0)	0.294
Relations satisfaisantes entre et avec les médecins	<i>Yes (n=109) No (n=115)</i>	36.0 (28.0-46.0) 40.0 (31.0-52.2)	0.027	88.4±16.8 86.3±18.7	0.439	7.0 (3.0-9.0) 10.0 (1.8-15)	0.014
Coordination efficace au sein de l'équipe	<i>Yes (106) No (n=118)</i>	36.0 (29.0-48.0) 36.5 (29.5-48.0)	0.359	89.9±17.3 84.0±18.2	0.017	8.0 (3.0-15.0) 10.0 (5.5-17.5)	0.470
Epuisement professionnel	<i>Yes (n=133) No (n=91)</i>	37.0 (30.0-50.0) 37.0 (30.0-48.0)	0.847	88.1±16.7 86.6±19.2	0.774	9.0 (4.0-18.0) 8.0 (4.5-14.0)	0.236

4.2.Phase qualitative

La collecte de données qualitatives s'est basée sur 17 infirmiers en chef (sur 69), représentant 25 % de la main-d'œuvre de gestion infirmière. La population se composait de 11 femmes et 6 hommes, avec un âge moyen de 43,8 ans ($\pm 10,6$) et une ancienneté de 6 ans ($\pm 9,8$) dans leur poste d'infirmier en chef.

Sur les 29 concepts CFIR, 25 ont été identifiés comme influençant le processus de mise en œuvre : neuf concepts ont été catégorisés comme facilitateurs, neuf comme obstacles et sept neutres, ni facilitateurs ni obstacles. L'ensemble de ces éléments est présenté dans le Tableau 4.

Concepts facilitateurs

"Demandes et ressources des patients" a été identifié comme un facilitateur majeur par dix répondants, qui ont signalé des améliorations dans les résultats, la qualité des soins et la communication.

Dix infirmiers en chef (59 %) estimaient qu'il était nécessaire d'innover en direction des concepts du magnétisme infirmier ("Besoin d'innovation"). Neuf répondants (53 %) considéraient l'innovation en adéquation avec les valeurs, les besoins et les normes de leur institution ("Compatibilité").

Concepts inhibiteurs

Quatorze répondants (83 %) ont signalé une perturbation ou une perte d'identité concernant l'institution ("Identification de l'individu à l'organisation"). Quinze répondants (88 %) ont noté un manque de communication et d'harmonie entre différentes unités de soins infirmiers et entre les niveaux hiérarchiques ("Réseaux et communication"). Sept répondants (41 %) ont exprimé un manque de transparence et de considération concernant les objectifs du projet ("Objectifs et retour d'information"). Treize répondants (77 %) ont indiqué un manque de soutien de la part des dirigeants ("Engagement de la direction").

Concepts neutres

Sept répondants (41 %) considéraient l'HM comme une priorité, tandis que cinq estimaient qu'il était nécessaire de terminer les projets en cours avant d'entreprendre une nouvelle innovation ("Priorité relative"). "Disponibilité des ressources" se divise en trois sous-thèmes : les ressources matérielles et financières, les ressources humaines et la gestion des ressources humaines (GRH). Deux répondants (12 %) se sont dits satisfaits de la GRH, tandis que quinze répondants (88 %) considéraient le département de GRH comme un obstacle majeur au bien-être du personnel. Les principales raisons évoquées étaient le manque de connaissance de la situation sur le terrain par le personnel de la GRH, le manque de spécificité concernant le travail infirmier et le fait que le département de GRH était considéré comme excessivement administratif et rigide.

Tableau 4 : Synthèse des facilitateurs et obstacles à l'implémentation du modèle Hôpital Magnétique

CADRE EXTERNE		CARACTÉRISTIQUES DES INDIVIDUS	
Besoins des patients et ressources	++	Connaissance et croyance au sujet de l'innovation	++
Politiques extérieures et incitatifs	-	Autres caractéristiques personnelles	++
Cosmopolitanisme	Non	Statut de changement de l'individu	±
Pression par les pairs	Non	Auto-efficacité	±
		Identification de l'individu par rapport à l'organisation	--
CONTEXTE INTERNE			
Compatibilité	++	Accès aux connaissances et à l'information	-
Besoin de l'innovation	++	Buts et rétroaction	-
Culture	+	Engagement des leaders	--
Disponibilité des ressources	±	Climat d'apprentissage	--
Incitatifs organisationnels	±	Réseaux et communication	--
Priorité relative	±	Caractéristiques structurelles	--
CARACTÉRISTIQUES DE L'INNOVATION			
Adaptabilité	++	Complexité	±
Coût	++	Qualité de la conception et du design	-
Avantage relatif	++	Origine de l'intervention	Non
Possibilité d'un essai d'implantation	+	Qualité de l'évidence scientifique	Non

Incitant majeur: ++

Incitant mineur: +

Neutre: ±

Barrière majeure: --

Barrière mineure: -

Non: non-observé

5. Discussion

Les résultats de notre analyse, menée dans une institution hospitalière académique francophone belge, révèlent un environnement hospitalier partiellement magnétique, caractérisé par un attrait élevé pour l'environnement de travail à l'hôpital, tandis que la rétention du personnel et le bien-être au travail présentent des défis à résoudre. Le croisement des données qualitatives et quantitatives révèle un sentiment d'écart significatif entre le management local et les niveaux de direction, entraînant une communication cloisonnée avec peu de liens entre les différents départements. Les infirmiers interrogés ont mis en évidence un manque flagrant de prise en compte des problèmes signalés par les équipes de terrain. Cette situation semble non seulement entraver la mise en place de lignes directrices interdépartementales, mais également restreindre l'influence soignants et managers locaux au sein de l'organisation.

Par ailleurs, notre étude a mis en lumière que le manque de considération des préoccupations des équipes de terrain était souvent responsable de l'échec de projets et de travaux, avec des répercussions telles qu'une perte d'identité et l'épuisement des équipes, confirmant ainsi les résultats des sous-dimensions « Charge de travail » (73 %), « Burnout » (59 %) et « Considération de l'individu dans le collectif » (38 %). Ces constatations rejoignent les conclusions d'autres études qui ont mis en évidence l'impact négatif d'une faible prise de conscience et considération des problématiques sur le terrain ainsi que des charges de travail élevées sur la satisfaction au travail, la rétention du personnel et le sentiment d'appartenance [76–78]. Ainsi, il apparaît ainsi que la fracture managériale observée constitue un défi majeur pour l'efficacité organisationnelle, mettant en lumière la nécessité d'une communication plus transparente et d'une prise en compte accrue des préoccupations et perspectives des équipes de terrain pour promouvoir un environnement de travail plus harmonieux et performant. Le recours à des approches telles que le gemba, les feedbacks réguliers ou les forums de dialogues, qui implique une immersion directe des managers dans le quotidien des équipes de terrain, pourrait favoriser une compréhension approfondie des réalités opérationnelles. En termes de facteurs facilitants, l'accent mis sur la qualité des soins et les besoins du patient est hautement plébiscité. Les répondants ont unanimement reconnu que l'épanouissement des soignants est étroitement lié à la qualité des soins dispensés. Cette constatation renforce l'idée qu'un processus de réaménagement organisationnel devrait mettre l'accent sur la mission institutionnelle plutôt que de simplement promouvoir le bien-être des employés sans lien avec cette mission [27,29].

Ainsi, en plaçant la satisfaction et l'épanouissement des soignants au service de l'amélioration des soins prodigués aux patients, l'approche axée sur la mission semble être une voie prometteuse pour optimiser le bien-être des soignants et la performance globale de l'institution.

Lorsqu'il s'agit d'opérer des adaptations internes afin d'assurer la réussite du transfert du concept, la barrière la plus déterminante évoquée réside dans l'absence d'une stratégie intégrée visant à promouvoir le bien-être ou un environnement de travail positif. Plus précisément, l'absence de politiques institutionnelles dédiées au bien-être a été identifiée comme un facteur clé. Actuellement, les institutions hospitalières sont dotées de services administratifs en ressources humaines, cependant, elles ne disposent pas encore d'une politique des ressources humaines intégrée à l'échelle institutionnelle.

Comme le décrit la littérature, une mise en œuvre inadéquate et une compréhension limitée des politiques et pratiques en gestion des ressources humaines peuvent exercer un impact direct sur la satisfaction au travail, la rétention du personnel [79], ainsi que sur les résultats pour les patients [80].

De ce fait, des recherches approfondies sont nécessaires afin de mieux appréhender ce phénomène et d'identifier des solutions opérationnelles. De la même manière, en l'absence d'investigation approfondie sur les caractéristiques des non-répondants, il subsiste une possibilité de biais de population. Il est envisageable que les participants ayant complété le questionnaire soient particulièrement affectés par la problématique étudiée, ce qui pourrait potentiellement expliquer les niveaux élevés de burn-out observés.

6. Conclusions

Malgré l'engouement suscité par le concept, nos résultats révèlent que l'implémentation de l'HM au sein des services de soins infirmiers d'une institution hospitalière académique demeure entravée par des difficultés significatives. Ces obstacles mettent en lumière les éventuelles problématiques managériales et organisationnelles liées à l'adoption du concept d'HM au sein des établissements hospitaliers européens. Dans ce contexte, il convient de souligner que c'est davantage la philosophie sous-jacente qui suscite l'adhésion, plutôt que le label créé autour.

Par conséquent, une exploration approfondie sur la manière d'opérationnaliser cette philosophie apparaît pertinente. La déssectorisation, une approche centrée sur la mission, et la transition vers une gestion des ressources humaines plus humaine et moins administrative émergent comme des aspects cruciaux pour concrétiser la vision d'un hôpital véritablement magnétique.

CHAPITRE 2

DU MAGNÉTISME HOSPITALIER EN PÉRIODE DE CRISE

Pandémie et humanisme

Paquay M, Diep AN, Kabanda Z, Ancion A, Piazza J, Ghuysen A. *Impact of the Covid-19 crisis on the hospital work environment and organization: A mixed-methods study*. Int J Healthc Manag 2023;1–11. doi:10.1080/20479700.2023.2190252.

« Ce n'est pas le plus fort de l'espèce qui survit, ni le plus intelligent. C'est celui qui sait le mieux s'adapter au changement »
C. Darwin.

1. Introduction

Les crises majeures de santé publique, telles que les épidémies ou les catastrophes naturelles, ont des répercussions significatives à l'échelle locale et mondiale, touchant les domaines sociaux, économiques et politiques. Dans le contexte professionnel, les crises sanitaires majeures, comme la pandémie de COVID-19, ont engendré des pénuries de personnel hospitalier, principalement en raison des risques de contamination [81]. Il est complexe de comparer directement les conséquences des différentes crises de santé publique, que ce soit en termes de taux d'infection, de mortalité ou d'impact socio-économique, du fait de la spécificité de chaque contexte, influencée par des facteurs tels que les avancées médicales et les réponses en matière de santé publique [82,83]. Néanmoins, la compréhension des changements opérés ainsi que les adaptations des stratégies organisationnelles et managériales mises en place pour faire face à de telles crises revêtent une importance capitale dans la réflexion concernant la mécanique de gestion en matière de santé publique.

Sur le plan de la gestion du changement, la mise en œuvre de mesures visant à alléger la pression sur les hôpitaux et à prévenir la propagation nosocomiale tout en maintenant la sécurité des patients et la qualité des soins a engendré des perturbations dans les équilibres et les routines de travail des professionnels de la santé [84]. En outre, des initiatives telles que la distanciation physique, la réduction des interactions sociales, ainsi que la fermeture des écoles et des garderies, ont constitué d'autres défis auxquels les professionnels de la santé ont dû faire face. Par conséquent, l'adhésion à ces changements et leur adaptation au sein du lieu de travail se sont avérées complexes. En effet, des problèmes de santé mentale, notamment des troubles anxieux et des cas d'épuisement professionnel, ont été recensés, en particulier au sein des équipes travaillant dans les services dédiés à la COVID-19 [85–87]. Il est intéressant de noter que les implications des changements liés à la gestion de la COVID-19 sur le milieu de travail et la perception du COM demeurent en grande partie obscures. En effet, les recherches se sont principalement concentrées sur les répercussions psychologiques de la pandémie, notamment en ce qui concerne le bien-être et l'épuisement professionnel auprès des professionnels de santé [88].

Bien que quelques études transversales et des récits portant sur l'évolution de l'environnement de travail pendant la pandémie de COVID-19 aient été menés, ces enquêtes se sont souvent limitées soit à une collecte de données ponctuelle, soit à une méthodologie exclusivement quantitative ou qualitative.

Par conséquent, il demeure difficile de procéder à des comparaisons pertinentes ou de formuler des conclusions robustes concernant les perceptions ressenties par le personnel des soins de santé concernant de pareils changements dans le milieu de travail. Étant donné la corrélation établie entre l'environnement de travail et le bien-être des professionnels de la santé [89], il nous a semblé intéressant de nous pencher sur l'examen de l'impact du COVID-19 sur le contexte d'organisation et de managérial hospitalier. Afin de surmonter les limitations méthodologiques mentionnées précédemment, nous avons entrepris de mener une étude mixte, afin d'identifier les modifications potentielles de ce contexte au sein des établissements hospitaliers au début et en fin de première vague de la pandémie de COVID-19.

2. Méthodes

2.1. Conception de l'étude

Nous avons adopté une approche mixte pour permettre une compréhension approfondie du sujet étudié. Un design convergent a été utilisé, de manière à autoriser une plus grande précision, les deux méthodes étant menées en parallèle de manière non conditionnelle pour compléter la collecte et l'analyse des données [90]. La phase quantitative consistait en un design longitudinal là où la phase qualitative adoptait une approche phénoménologique. L'intégration a été réalisée grâce à un modèle de transformation des données ; les données qualitatives ont été codées pour être transformées en données variables, qui, ensuite, ont pu être analysées à l'aide de statistiques descriptives ou inférentielles. Les discours et les verbatims ont été utilisés pour enrichir la discussion et fournir des exemples éclairants.

2.2. Paramètres

Les données ont été collectées dans deux hôpitaux belges : l'un était un hôpital de soins tertiaires situé en zone sub-urbaine et l'autre était un hôpital de soins secondaires situé dans une zone plus urbaine. L'étude a été menée simultanément en deux phases au sein du personnel infirmier, des résidents et des médecins des services d'Oncologie, de Pneumologie, d'une Salle de réveil, des Soins intensifs (USI) et des Urgences des deux hôpitaux. Les unités hospitalières ont été catégorisées en Covid (y compris les Urgences, l'USI et la Pneumologie) et en Non-Covid (Oncologie et Salle de réveil) dans le but de répondre à l'objectif défini.

2.3.Phase quantitative

Les infirmières, les assistant et les médecins travaillant depuis au moins un mois avant le début de la crise du COVID-19 en Belgique ont été inclus via un échantillonnage de convenance. Les soignants initialement non rattachés à l'unité mais remplissant la condition susmentionnée et travaillant au moins un jour par semaine dans l'unité de soins ont également été inclus. Les cadres ainsi que tout le personnel en congé de longue durée ou absent pendant la période de collecte des données ont été exclus de cette phase. Les infirmiers en chef et les médecins responsables ont été rencontrés au préalable pour expliquer le processus de collecte des données, promouvoir l'étude auprès des équipes et aider à la distribution et à la collecte des questionnaires. Les questionnaires de mesure du COM (COMEt) ont été distribués et collectés dans les unités de soins entre le 1er et le 20 septembre 2020, avec l'aide des infirmiers en chef. Comme précédemment, nous avons utilisé la version validée en français du questionnaire "COMEt" [75]. Cependant, tirant parti de notre expérience initiale avec cet instrument, nous avons entrepris une exploration approfondie de ses propriétés psychométriques. Les résultats de notre première étude avaient révélé certaines limites, incitant ainsi notre équipe à adopter une approche plus rigoureuse. Dans le cadre de cette seconde recherche, nous avons délibérément opté pour des analyses statistiques plus poussées afin d'affiner notre compréhension des dimensions évaluées par le questionnaire. Cet outil a été utilisé pour mesurer le COM au tout début de la crise du COVID-19 (avant mars 2020, T0) et à la fin de la première vague (en septembre 2020, T1). Des statistiques descriptives ont été effectuées pour examiner les taux et pourcentages des variables qualitatives. Les variables quantitatives ont été décrites soit par des moyennes \pm écart-types si les données étaient normalement distribuées, tandis que la médiane et les plages interquartiles ont été rapportées si cette hypothèse de distribution normale était violée. L'alpha de Cronbach a été calculé pour examiner les cohérences internes des éléments au sein d'une sous-dimension, avec des valeurs à partir de 0,6 indiquant un niveau acceptable de fiabilité. Des modèles mixtes linéaires ont été appliqués pour évaluer les effets significatifs du temps et de l'unité (Covid vs. Non-Covid) et de l'interaction entre le temps et l'unité sur les perceptions concernant les 21 dimensions du COMEt. Les hypothèses d'homogénéité des variances et de normalité des résidus au moyen des tests de Levene et de Shapiro-Wilk, respectivement, ont été examinées avant d'appliquer les modèles mixtes linéaires. Si ces hypothèses n'étaient pas satisfaites, des erreurs-types robustes ou des estimations de type Huber-White ont été utilisées pour tenir compte de l'hétéroscédasticité. Les variables de confusion, notamment le sexe, la durée de travail, la durée à l'hôpital et la durée à l'unité, ont été examinées par des tests t indépendants et des corrélations de Pearson lors de la mesure de référence. Si une association significative était trouvée, les variables étaient ajoutées en tant que covariables dans les modèles mixtes linéaires. L'êta carré partiel (η^2p) a été calculé comme mesure de la taille de l'effet pour les principaux effets du temps et de l'unité. Selon la classification de Cohen, les tailles d'effet étaient considérées comme petites (0,01), moyennes (0,06) et grandes (0,14). Les résultats étaient considérés comme significatifs à $P < 0,05$.

Pour les sous-dimensions catégorielles, y compris les aspirations professionnelles (préoccupation pour le patient, bonne gestion du service, relations avec les collègues, soins efficaces, protection du statut professionnel), le mode de gestion des conflits (dénier de cette question, construction d'un consensus, régime autoritaire, stratégie d'accord collectif, recherche de bénéfice personnel) et le type de comportements encouragés dans l'unité (normatif (conformité aux normes), créatif (prise d'initiatives), productif (efficacité), collaboratif (travail d'équipe)), un résumé des fréquences et pourcentages de réponses positives (fusion des cotes 4 et 5) a été fourni. Des tests du chi-carré ou de Fisher ont été réalisés pour déterminer l'association entre les évaluations et les unités, tandis qu'un test de McNemar a été utilisé pour examiner la tendance des évaluations entre deux points dans le temps. Les analyses ont été réalisées dans le logiciel statistique R [32].

2.4.Phase qualitative

Les infirmières, les assistants, les médecins et les cadres de proximités (personnel infirmier et médical) travaillant dans les unités Covid et Non-Covid ont été inclus. Aucune restriction n'a été imposée en ce qui concerne l'expérience professionnelle pour cette phase. Des entretiens semi-structurés ont été menés entre le 1er et le 20 septembre 2020. La durée des entretiens était d'environ 15 minutes. Les entretiens étaient basés sur la méthode de Débriefing clinique [91], ce qui a conduit à une analyse de ce qui était positif ('Plus') et de ce qui pourrait être amélioré ('Delta').

Deux chercheurs (MP et ZK) ont commencé l'analyse en lisant plusieurs fois les transcriptions pour se familiariser avec les données et s'accorder collectivement sur la manière de trier les transcriptions en éléments (déclarations issues des entretiens). Après avoir atteint une compréhension collective raisonnable du processus de tri sur un sous-ensemble des données, les chercheurs ont travaillé de manière indépendante pour classer chaque élément comme 'plus' ou 'delta' et ont placé les éléments dans les dimensions du COMEt. Les analyses individuelles ont ensuite été comparées et discutées par l'équipe de recherche jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint pour chaque élément. À cette fin, les deux chercheurs exposaient pour chaque élément et sa classification. Si une classification n'était pas la même entre les deux chercheurs, ils analysaient à nouveau l'élément et parvenaient collectivement à un accord à 100% avec un troisième chercheur (AG).

3. Résultats

3.1.Phase quantitative

Au total, 98 infirmières et médecins (sur 2739) ont participé à l'étude, amenant un taux de réponse de 3,6%. Le tableau 1 détaille les données socio-démographiques et professionnelles recueillies au sein de la population.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des 98 participants

CATÉGORIES	RÉSULTATS (%)
Sexe	
Homme	30 (30.61)
Femme	67 (68.37)
Non renseigné	1(1.02)
Profession	
Médecin	10 (10.2)
Assistant	7 (7.14)
Infirmier	81 (82.65)
Service	
<i>Site Hôpital universitaire</i>	
Service des Urgences	33 (33.67)
Service des Soins intensifs	9 (9.18)
Salle de Réveil	6 (6.12)
Service d'Oncologie	5 (5.1)
Service de Pneumologie	9 (9.18)
<i>Site Hôpital régional</i>	
Service des Soins intensifs	7 (7.14)
Salle de Réveil	8 (8.16)
Service d'Oncologie	12 (12.24)
Service de Pneumologie	9 (9.18)
Unité	
Covid	67 (68.37)
Non-Covid	31 (31.63)
Durée de travail (%)	100 (80; 100)
Ancienneté au sein de l'hôpital (en mois)	118.5 (45.75; 213)
Ancienneté au sein de l'unité/service (en mois)	92.5 (38.25; 189)

Analyse du COMET

Les données relatives au COM avant la crise de la COVID-19 (T0) ont révélé un pourcentage moyen de réponses positives égal à 55,10/100,00. La plupart des scores étaient au-dessus du milieu de l'échelle de 3, à l'exception de celui de "Absence de surcharge de travail", qui a obtenu une médiane de 2,5 [2,00 ; 3,00]. Le score le plus élevé a été obtenu pour les sous-dimensions "Faibles pratiques discriminatoires" (médiane = 4,5 [4,00 ; 5,00]) et "Aspirations professionnelles" (médiane = 4,20 [4,00 ; 4,60]). Après 8 mois de pandémie (T1), le pourcentage moyen de scores positifs était de 53,54. En ce qui concerne les mesures de fiabilité présentées dans les Tableaux 3 et 4, la plupart des sous-dimensions ont atteint un alpha de Cronbach supérieur à 0,6, à l'exception de l'intention de rester (deux items) et des relations entre les paramédicaux (trois items).

Tableau 3 : Statistiques descriptives (médiane et plage interquartile) des sous-dimensions du COMET au début et à la fin de première vague du COVID-19								
DIMENSIONS	TIME 0		TIME 1		BOTH GROUP		N	ALPHA CRONBACH
	NON-COVID	COVID	NON-COVID	COVID	TIME 0	TIME 1		
Engagement professionnel								
Engagement envers le service	4.00 (3.50; 4.40)	3.60 (3.40; 4.20)	4.00 (3.60; 4.45)	3.60 (3.40; 4.00)	3.80 (3.40; 4.20)	3.70 (3.40; 4.40)	96	0.680
Acceptation des normes	3.00 (2.00; 3.50)	3.00 (2.50; 4.00)	3.00 (2.00; 3.50)	3.00 (2.50; 3.50)	3.00 (2.50; 3.50)	3.00 (2.50; 3.50)	96	0.637
Résultats perçus de la performance du service								
Satisfaction au travail	3.67 (3.25; 4.00)	3.00 (2.75; 3.50)	3.50 (2.50; 4.00)	3.00 (2.25; 3.50)	3.25 (2.75; 3.75)	3.00 (2.50; 3.50)	98	0.696
Propension à rester	4.50 (4.00; 5.00)	4.00 (3.00; 4.50)	4.50 (4.0; 5.00)	3.50 (3.00; 4.50)	4.00 (3.38; 4.50)	4.00 (3.00; 4.50)	98	0.238
Absence de surcharge de travail	2.50 (2.00; 3.50)	2.00 (2.00; 3.00)	2.50 (1.50; 3.50)	2.00 (2.00; 3.00)	2.50 (2.00; 3.00)	2.00 (1.50; 3.00)	98	0.616
Absence d'épuisement professionnel	3.20 (2.60; 4.00)	3.40 (3.00; 3.80)	2.60 (2.20; 3.20)	3.20 (2.60; 3.60)	3.40 (2.80; 4.00)	3.00 (2.40; 3.40)	98	0.695
Efficacité perçue du service	3.50 (3.25; 4.00)	3.25 (2.75; 3.50)	3.25 (2.50; 3.75)	3.00 (2.50; 3.25)	3.25 (2.94; 3.75)	3.00 (2.50; 3.38)	98	0.670
Management de l'unité								
Prise en compte de l'individu dans le collectif	3.50 (2.75; 4.00)	3.00 (2.25; 3.50)	3.25 (2.25; 4.00)	3.00 (2.25; 3.50)	3.00 (2.50; 3.75)	3.00 (2.25; 3.75)	96	0.830
Faibles pratiques discriminatoires	5.00 (4.00; 5.00)	4.00 (4.00; 5.00)	5.00 (4.00; 5.00)	4.00 (4.00; 5.00)	4.50 (4.00; 5.00)	4.50 (4.00; 5.00)	96	0.858
Attribution des tâches et des objectifs	3.67 (2.67; 4.00)	3.67 (3.00; 4.00)	3.33 (2.67; 4.00)	3.33 (3.00; 4.00)	3.67 (3.00; 4.00)	3.33 (2.75; 4.00)	96	0.706
Apprentissage organisationnel	3.50 (2.75; 3.81)	3.25 (3.00; 3.75)	3.38 (2.75; 3.75)	3.50 (3.00; 4.00)	3.50 (3.00; 3.75)	3.50 (2.89; 4.00)	97	0.699
Faible fréquence des conflits	3.38 (3.00; 4.00)	3.25 (2.75; 3.75)	3.38 (3.00; 4.00)	3.25 (2.75; 3.75)	3.25 (2.75; 3.75)	3.25 (2.75; 3.75)	97	0.724

Relations et communication								
Relations entre les paramédicaux	4.00 (3.67; 4.00)	4.00 (3.67; 4.00)	4.00 (3.59; 4.33)	4.00 (3.67; 4.33)	4.00 (3.67; 4.00)	4.00 (3.67; 4.33)	96	0.553
Relations entre et avec les médecins	3.50 (3.17; 3.87)	3.33 (3.00; 3.67)	3.67 (3.17; 4.05)	3.50 (3.00; 4.00)	3.50 (3.00; 3.83)	3.50 (3.00; 4.00)	97	0.779
Coordination au sein du service	3.25 (2.50; 4.00)	3.00 (2.50; 3.50)	3.00 (2.50; 4.00)	3.00 (2.50; 4.00)	3.00 (2.50; 4.00)	3.00 (2.5; 4.00)	97	0.621
Diffusion de l'information	3.42 (2.67; 4.00)	3.33 (2.67; 3.67)	3.42 (2.67; 4.00)	3.33 (2.67; 4.00)	3.33 (2.67; 4.00)	3.33 (2.67; 4.00)	97	0.804
Relations avec le patient et sa famille	3.80 (3.15; 4.20)	3.40 (3.00; 3.80)	3.70 (3.00; 4.20)	3.60 (3.20; 3.80)	3.60 (3.00; 4.00)	3.60 (3.20; 3.80)	97	0.709
Soutien hiérarchique	3.67 (3.11; 4.00)	3.67 (3.44; 4.00)	3.73 (3.11; 4.06)	3.78 (3.55; 4.03)	3.67 (3.44; 4.00)	3.78 (3.44; 4.00)	96	0.895

Tableau 4. Effets du temps et de l'unité de travail sur différentes dimensions du COMET - résultats d'une analyse de modèle mixte ajustée pour le temps de travail.

DEPENDENT VARIABLES	TIME (1 VS. 0)			UNITÉS (COVID VS. NON-COVID)		
	COEFFICIENT (SE)	P-VALUE	η^2_P	COEFFICIENT (SE)	P-VALUE	η^2_P
Implication professionnelle						
Engagement envers le service	-0.027 (0.027)	0.334	0.005	-0.253 (0.122)	0.040	0.022
Acceptation des normes	-0.042 (0.037)	0.266	0.007	0.199 (0.185)	0.284	0.006
Résultats obtenus de la performance du service						
Satisfaction au travail	-0.270 (0.061)	<0.001	0.092	-0.420 (0.143)	0.004	0.043
Propension à rester	-0.056 (0.029)	0.052	0.019	-0.530 (0.156)	0.001	0.056
Absence de surcharge de travail	-0.051 (0.051)	0.316	0.005	-0.161 (0.211)	0.445	0.003
Absence d'épuisement professionnel	-0.361 (0.107)	0.001	0.056	0.305 (0.115)	0.009	0.035
Efficacité perçue du service	-0.273 (0.043)	<0.001	0.175	-0.323 (0.132)	0.015	0.030
Management de l'unité						
Prie en compte de l'individu dans le collectif	-0.070 (0.055)	0.206	0.008	-0.340 (0.184)	0.066	0.018
Faibles pratiques discriminatoires	-0.016 (0.024)	0.513	0.002	-0.099 (0.158)	0.531	0.002
Attribution des tâches et des objectifs*	-0.114 (0.041)	0.006	0.045	0.237 (0.166)	0.157	0.012
Apprentissage organisationnel	0.072 (0.045)	0.108	0.014	0.088 (0.148)	0.554	0.002
Faible fréquence des conflits	0.004 (0.035)	0.904	0.000	-0.132 (0.158)	0.406	0.004
Relations et communication						
Relations entre les paramédicaux	0.091 (0.035)	0.010	0.035	-0.006 (0.120)	0.963	0.000
Relations entre et avec les médecins*	0.062 (0.030)	0.042	0.025	-0.198 (0.145)	0.175	0.011
Coordination au sein de l'équipe	0.098 (0.069)	0.160	0.010	-0.013 (0.188)	0.945	0.000
Diffusion de l'information	-0.012 (0.062)	0.848	0.000	-0.079 (0.181)	0.663	0.001
Relations avec le patient et sa famille	-0.014 (0.048)	0.771	0.000	-0.254 (0.138)	0.067	0.017
Soutien hiérarchique	0.035 (0.023)	0.125	0.012	0.114 (0.173)	0.509	0.002

Note: *ajusté selon temps de travail

Comparaison T0-T1

Les données ont révélé une tendance à la baisse pour la plupart des dimensions, à l'exception de celle du "Soutien hiérarchique", qui a montré une légère augmentation. L'examen des variables de confusion a révélé que seule la durée du travail était significativement corrélée avec "Attribution de tâches et d'objectifs" ($r = 0,330$, $P < 0,01$), "Relations avec et entre les médecins" ($r = 0,260$, $P < 0,05$) et "Diffusion de l'information" ($r = 0,224$, $P < 0,05$). Par conséquent, cette variable a été incluse dans le modèle linéaire mixte en tant que covariable. Seule la dimension "Absence de burnout" répondait aux critères des modèles linéaires mixtes. Ainsi, des estimations robustes des erreurs-types ont été appliquées aux autres dimensions du COMET. Les résultats ont montré une diminution significative de la perception des résultats de "Performance de l'unité" à T1. Plus particulièrement, les participants ont indiqué des scores significativement plus bas pour "Satisfaction au travail" ($\beta = -0,270$, $P < 0,001$, $\eta^2p = 0,092$), "Absence de burnout" ($\beta = -0,361$, $P = 0,001$, $\eta^2p = 0,056$) et "Efficacité perçue de l'unité" ($\beta = -0,273$, $P < 0,001$, $\eta^2p = 0,175$). En ce qui concerne la perception de "Gestion de l'unité", les participants ont affiché un score significativement plus bas en ce qui concerne "Attribution de tâches et d'objectifs" à T1 ($\beta = -0,114$, $P = 0,006$, $\eta^2p = -0,045$). Fait intéressant, dans la dimension "Relations et communication", les participants ont obtenu des scores significativement plus élevés à T1 en ce qui concerne "Relations entre les paramédicaux" ($\beta = 0,091$, $P = 0,010$, $\eta^2p = 0,035$) et "Relations avec et entre les médecins" ($\beta = 0,062$, $P = 0,042$, $\eta^2p = 0,025$).

Comparaison entre les unités

Covid et non-Covid

Lorsque l'unité a été prise en compte, les participants des unités Covid ont obtenu des scores significativement plus bas que leurs collègues des unités Non-Covid en ce qui concerne « l'Engagement de l'unité » ($\beta = -0,253$, $P = 0,040$, $\eta^2p = 0,043$), la « Satisfaction au travail » ($\beta = -0,420$, $P = 0,004$, $\eta^2p = 0,043$), « l'Intention de rester » ($\beta = -0,530$, $P = 0,001$, $\eta^2p = 0,056$), et « l'Efficacité perçue de l'unité » ($\beta = -0,323$, $P = 0,015$, $\eta^2p = 0,030$). En ce qui concerne "L'absence de burnout", les participants de l'unité Covid ont obtenu des scores significativement plus élevés que ceux de l'unité Non-Covid ($\beta = 0,305$, $P = 0,009$, $\eta^2p = 0,035$). Il n'y avait qu'un effet d'interaction entre le temps et l'unité, de telle sorte que les collègues des unités Non-Covid ont obtenu des scores significativement plus bas dans la sous-dimension « Absence de burn-out » à T1 que leurs pairs dans l'unité Covid ($P = 0,007$). Les résultats se trouvent dans le Tableau 4. Les tests du Chi-carré et de Fisher ont révélé uniquement une différence significative dans la sous-dimension « Productivité » entre les unités Non-Covid et Covid. En conséquence, ces dernières avaient significativement plus de notations positives en matière de productivité à T1 ($P < 0,05$). Les nombres et pourcentages de notations positives des sous-dimensions catégoriques du COMET sur deux périodes sont présentés dans le tableau de l'Annexe 2.

3.2.Phase qualitative

La phase qualitative a impliqué 102 participants (sur 2804, taux de réponse 3,5%), dont les deux tiers étaient des femmes (n = 70, 69%) et un tiers des hommes (n = 32, 31%). Soixante-quatorze participants (72%) étaient des infirmiers, suivis de 18 (18%) médecins et de 10 (10%) résidents. Les deux tiers des participants (n = 66, 65%) travaillaient dans des unités Covid et un tiers (n = 36, 35%) dans des unités Non-Covid. Nous avons recueilli 599 verbatims au cours de l'étude. Parmi ceux-ci, 389 (65%) provenaient de soignants travaillant dans des unités Covid et 210 (35%) de soignants travaillant dans des unités Non-Covid. Deuxièmement, 407 (68%) verbatims ont été obtenus à partir des déclarations des infirmiers, dont 252 provenaient d'unités Covid et 155 d'unités Non-Covid. De plus, 137 (23%) verbatims provenaient de médecins, dont 92 provenaient d'unités Covid et 45 d'unités Non-Covid. Enfin, 55 (9%) verbatims étaient issus des discours des résidents, dont 45 provenaient d'unités Covid et 10 d'unités Non-Covid.

Analyse thématique

Un total de 317 (55,92%) verbatims ont été classés comme « Plus » car ils étaient perçus comme positifs, et 282 verbatims (47,07%) ont été classés comme « Delta » car ils étaient perçus négativement. Le tableau 5 montre la répartition des plus et des deltas entre les dimensions du COMEt. L'analyse statistique avec des tests du chi carré post-hoc a indiqué plus de plus dans les dimensions « Relations et communication » (P < 0,001) et « Implication professionnelle » (P < 0,001). Plus de deltas ont été trouvés dans la dimension « Résultats perçus de la performance de l'unité » (P < 0,001), « Soutien hiérarchique » (P < 0,01) et « Relation avec le patient et la famille » (P < 0,001).

Tableau 5 : Nombre de plus et de delta à travers les dimensions du COMEt

DIMENSIONS DU COMET	PLUS, N (%)	DELTA, N (%)
Résultats perçus de la performance du service	107 (33.75)	131 (46.45) ***
Relations et communication	70 (22.08) ***	16 (5.67)
Soutien hiérarchique	56 (17.67)	73 (25.89) **
Management de l'unité	43 (13.56)	39 (13.83)
Implication professionnel	38 (11.99) ***	7 (2.48)
Relation avec le patient et sa famille	3 (0.95)	16 (5.67) ***
Total	317 (100)	282 (100)

***p<0.001, **p<0.05.

4. Discussion

Dans la présente étude, nous avons souhaité focaliser notre attention sur l'évaluation de la perception du COM par le personnel hospitalier travaillant dans les unités Covid et non-Covid avant et pendant la première vague de la pandémie de COVID-19 en Belgique. Les résultats de notre évaluation mettent en évidence des différences significatives dans la manière dont le personnel hospitalier percevait la performance de leur unité, la gestion de celle-ci, ainsi que les relations entre les membres du personnel à la suite de la crise de la COVID-19. De plus, les soignants des unités Covid et non-Covid ont exprimé des opinions divergentes concernant la performance de leur unité et leur engagement professionnel.

Dans l'ensemble, nous avons observé une augmentation significative des scores des participants en ce qui concerne les relations interprofessionnelles, ce qui a également été corroboré par les entretiens réalisés. Ces résultats sont en cohérence avec une étude antérieure menée par Gonzalez-Gil et al. [92], qui a également noté une amélioration des relations entre les professionnels de la santé pendant la crise de la COVID-19. Cependant, il est à noter qu'à ce jour, aucune étude n'a spécifiquement examiné les détails des relations entre infirmiers, médecins ou entre infirmiers et médecins après la crise de la COVID-19. Une hypothèse plausible est que l'adoption de meilleures pratiques de travail d'équipe et d'initiatives favorisant une collaboration interdisciplinaire plus étroite, telles que les séances de débriefing en équipe, les groupes de soutien au sein des unités, et les réunions stratégiques, ont pu contribuer à réduire les clivages existants [93]. Des recherches antérieures ont montré que la suppression des barrières et l'adoption d'une approche interprofessionnelle conduisent à des avantages tant pour l'organisation que pour les professionnels de la santé et les patients [94].

En ce qui concerne le leadership, il n'y a pas eu de différences significatives dans la perception du soutien hiérarchique avant et pendant la pandémie de COVID-19. Cependant, cette conclusion doit être nuancée à la lumière des entretiens réalisés. L'intégration des données issues de ceux-ci a, en effet, révélé que les infirmières et les médecins avaient l'impression que la gestion locale s'était améliorée au fil du temps. Une communication accrue entre les gestionnaires locaux et les équipes a également été mentionnée. En revanche, les interviewés ont signalé un fossé croissant entre les équipes de terrain et la direction générale. Les équipes ont déploré un manque de reconnaissance et de communication de la part de la direction générale, malgré le soutien de la direction locale. Ce schéma semblait être particulièrement prononcé au sein du service de soins infirmiers. Des études antérieures ont également souligné que les infirmières estimaient que la direction générale ou intermédiaire ne prenait pas suffisamment en compte leurs besoins ou leurs opinions [92].

Ceci offre une perspective assez intéressante aux interrogations que nous avons formulées auparavant. En effet, selon Travers et al., les informations communiquées par la Direction Générale ont une incidence directe sur l'importance accordée par les infirmières à leur travail et influencent également leur sentiment de compétence [95]. Ainsi, en période d'incertitude, comme celle engendrée par la pandémie de COVID-19, il paraissait ainsi assez logique, à priori, de s'attendre à ce que la Direction Générale, qui joue un rôle essentiel dans le soutien aux professionnels de la santé, réagisse rapidement aux bouleversements soudains survenus dans l'environnement de travail et réponde aux besoins en constante évolution du système de santé. En outre, un tel soutien a été identifié comme l'une des forces du modèle Magnet [96,97]. À notre sens, le sentiment de manque de soutien, de confiance et de compréhension commune a peut-être contribué aux diminutions de la satisfaction au travail, de l'intention de rester et de l'efficacité perçue parmi le personnel travaillant dans les unités Covid. Nous considérons dès lors qu'une perspective intéressante offerte par nos résultats serait d'approfondir l'étude de cette fracture managériale afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents qui y ont présidé. Nos résultats ont également montré une diminution significative de la perception de la performance de l'unité, en particulier en ce qui concerne la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel et l'efficacité perçue du service pendant la pandémie de la COVID-19 par rapport à la période précédant la pandémie. En ce qui concerne la comparaison entre les unités Covid et non-Covid, nos résultats suggèrent que le burnout était significativement moins élevé dans les unités Covid. Pareille constatation pourrait paraître paradoxale en première lecture. À ce titre, Wu et al. ont néanmoins affirmé qu'il était possible que les soignants travaillant "en première ligne" (c'est-à-dire en contact avec des patients atteints de la Covid) se sentaient plus proches des décideurs clés, avaient accès à des informations précises et en temps opportun et bénéficiaient d'une plus grande reconnaissance et satisfaction au travail [98]. Un élément intéressant dans le contexte de notre travail fut la notification que certaines unités avaient regretté qu'il n'y ait pas eu, en leur sein, de débriefings après le service, comme ceux organisés dans les unités Covid. Ainsi, elles déclaraient avoir le sentiment de ne pas avoir eu l'opportunité de donner leur avis, en particulier du point de vue infirmier. Cette réflexion nous paraît d'importance. En effet, divers travaux antérieurs préliminaires semblent confirmer que la réorganisation des unités et les initiatives permettant une adaptation rapide pendant la pandémie, telles que les débriefings après le service ou la création de groupes de travail interdisciplinaires, entre autres, auraient le potentiel d'offrir une meilleure perception de la performance de l'unité par les équipes et les dirigeants [99,100]. En corolaire, il nous semblerait également pertinent d'envisager d'évaluer à l'avenir l'impact de pareilles mesures en dehors d'une situation de crise épidémiologique, pour en déterminer l'impact potentiel quant à la perception du caractère magnétique de l'institution hospitalière.

5. Conclusions

En utilisant une approche mixte, notre étude longitudinale a examiné les changements dans le COM de l'hôpital avant et pendant la première vague de la crise de la COVID-19. Nos résultats ont indiqué que le personnel hospitalier a connu une diminution significative de la satisfaction au travail, de l'absence d'épuisement professionnel, de la performance de l'unité, de la tâche et de l'attribution des objectifs pendant la pandémie par rapport à la période pré-pandémique. Alors que les résultats confirmaient des conclusions antérieures, la conception longitudinale de notre travail a permis d'identifier les aspects constants voire améliorés de ce contexte en temps de crise. Ces aspects comprenaient l'implication professionnelle, la préoccupation pour le patient et le renforcement des relations interprofessionnelles, suggérant que la culture organisationnelle clé et les motivations individuelles étaient moins susceptibles d'être affectées. Ces résultats suggèrent donc que les stratégies de gestion hospitalière devraient viser à fournir un leadership transformationnel, des procédures de travail transparentes et un flux d'informations, ainsi qu'un soutien égal pour toutes les unités de travail, afin que chaque professionnel de la santé se sente motivé et travaille vers un sens partagé, c'est-à-dire une sécurité accrue des patients et une performance effective de l'unité.

CHAPITRE 3

***LE DÉBRIEFING N'EST PAS UN DÉBRIEFING, C'EST LA
RAISON POUR LAQUELLE NOUS L'APPELONS DÉBRIEFING***

Débriefing et Taxonomie

« Mal nommer les choses c'est ajouter au malheur du monde. »

Albert Camus

1. Entre l'indéfinissable et la quête de sens : Naviguer dans les nuances du 'Définir ou ne pas définir

Le débriefing n'est pas le débriefing, c'est pourquoi nous pouvons l'appeler "débriefing". La chose nommée ne peut être définie simplement par son appellation. La réalité est plus riche, plus dense, unique et complexe. Ainsi, le risque de l'étiquette donnée est d'en figer la signification, de la restreindre à elle-même. Que l'on parle d'After Action Review (AAR), de huddle, de débriefing de simulation, de débriefing clinique ou de débriefing d'équipe, la terminologie abondante pourrait laisser penser que ces différentes appellations désignent une réalité uniforme [101,102]. Cependant, est-ce véritablement le cas ? Au-delà de la sémantique, ces termes évoquent des nuances subtiles, des contextes spécifiques et des finalités diverses. Chacun d'entre eux incarne une approche singulière du débriefing, adaptée à des situations particulières. Dès lors, l'appellation utilisée n'est pas qu'une simple question de mots, mais reflète la spécificité de chaque approche et de ses objectifs. Comprendre ces nuances est essentiel pour choisir la méthode de débriefing la mieux adaptée à une situation donnée, tout en valorisant le rôle du débriefing en tant qu'outil essentiel dans l'apprentissage, l'amélioration des performances, et le renforcement de la collaboration au sein des équipes. Dans les paragraphes suivants, nous explorerons en détail les différentes déclinaisons du débriefing, en mettant en évidence leurs caractéristiques spécifiques, leurs objectifs distincts et les contextes dans lesquels ils trouvent leur pertinence. De l'After Action Review au débriefing de simulation, en passant par le débriefing clinique et le débriefing d'équipe, nous nous pencherons sur chaque variante pour en dévoiler les subtilités et les avantages uniques qu'elles offrent. Cette exploration nous permettra de mieux comprendre comment adapter judicieusement le choix du débriefing en fonction des situations et des enjeux auxquels il est confronté.

2. Définir en Connaissance de Cause : Les Fondements et l'Histoire en Amont

Le débriefing, dont les racines historiques remontent à la période de la Deuxième Guerre Mondiale, a été initialement conçu comme un outil militaire pour l'examen rétrospectif des opérations de combat [103]. Au fil des décennies, il a évolué pour devenir un concept interdisciplinaire d'une grande portée. Les domaines de la psychologie et de la sociologie ont adopté le débriefing comme un instrument thérapeutique, en particulier après des événements traumatiques, utilisant cette méthode pour faciliter la gestion du stress post-traumatique et la réflexion sur des expériences difficiles [104]. Le secteur de l'éducation a exploité le débriefing, en particulier dans le contexte de la simulation, où il est devenu un puissant moyen d'améliorer l'apprentissage [105]. Les éducateurs ont reconnu sa capacité à permettre

aux apprenants de réfléchir sur leurs propres actions et à tirer des leçons de leurs erreurs. Enfin, les organisations évoluant dans des environnements à haut risque et aux enjeux cruciaux, tels que l'aviation, les forces armées, et, dans une moindre mesure, les établissements de santé, ont adopté le débriefing comme un outil fondamental de gestion de la sécurité [106]. Les débriefings sont désormais enracinés comme une pratique standard, intégrée dans les protocoles de sécurité pour examiner, améliorer, renforcer la communication, et minimiser les risques. L'histoire du débriefing met en évidence son évolution au fil du temps, passant d'un simple outil militaire à une pratique polyvalente qui transcende les frontières disciplinaires, offrant des avantages significatifs dans des contextes variés tels que l'apprentissage, la réflexion, la gestion du traumatisme, et la sécurité. Dès lors, il recouvre différentes définitions. De manière plus générale, l'OMS définit le débriefing comme « un processus par lequel un individu ou une équipe réfléchit formellement à sa performance après une tâche particulière, une pause de travail ou un événement critique » [107]. Une autre source mentionne que « le débriefing est une méthode pour faciliter la discussion des actions, guider la réflexion et transférer les comportements d'apprentissage dans la pratique clinique » [108]. Il peut être défini aussi comme « une réunion interprofessionnelle qui a lieu après un événement critique et permet aux infirmières et aux autres membres de l'équipe de soins de santé de revoir et de traiter leurs expériences » [103]. La diversité des définitions et des domaines d'application du débriefing a engendré une variété considérable d'objectifs et de modalités pour ces sessions, reflétant la flexibilité et l'adaptabilité de cette pratique à travers divers contextes

3. Définir avec Finesse : Adapter les Mots à l'Objectif Visé

L'analyse de la littérature révèle une diversité d'objectifs et de modalités d'application des débriefings. Tous ces objectifs ne peuvent être atteints dans un seul débriefing ou programme [101].

3.1. Les objectifs

Parmi ces objectifs, celui qui prédomine de manière significative est *l'objectif pédagogique*, largement promu par la simulation [105]. Il s'agit d'un domaine où la littérature abonde en recherches visant à perfectionner l'impact pédagogique des débriefings en proposant des structures, des méthodes et des outils spécifiques. Au sein de cette catégorie d'objectif, le cadre des débriefings se distingue par sa clarté et sa solidité.

Les débriefings à visée pédagogique sont fréquemment utilisés dans des contextes de formation, notamment en simulation médicale, pour favoriser l'apprentissage par l'expérience. Les sessions de débriefing qui suivent des scénarios de simulation visent à permettre aux participants de réfléchir sur leurs actions, de discuter de leurs décisions et de tirer des enseignements de l'expérience [109]. Les chercheurs et les formateurs se sont attachés à développer des méthodes et des techniques pour maximiser l'efficacité de ces débriefings dans le contexte pédagogique.

L'objectif pédagogique des débriefings s'appuie sur des principes fondamentaux tels que la réflexion critique, l'apprentissage par l'expérience, et l'auto-évaluation [110]. Ces débriefings sont conçus pour créer un environnement où les participants peuvent explorer de manière approfondie les tenants et les aboutissants de leurs actions, identifier ce qui a bien fonctionné, ce qui aurait pu être amélioré, et ainsi accroître leurs compétences et leurs connaissances. Dans l'ensemble, il est évident que l'objectif pédagogique des débriefings a été soigneusement étudié et structuré dans la littérature, ce qui en fait une pratique robuste et bien établie dans le domaine de la formation et de l'apprentissage par l'expérience. Il est important de souligner que, du fait de l'abondance des recherches se concentrant sur cet objectif spécifique, le terme "débriefing" est fréquemment utilisé en référence à cette modalité pédagogique. En explorant la littérature, un second objectif pour lequel une pléthore de recherches est disponible concerne le *soutien émotionnel* après des événements traumatiques. Toutefois, il convient de noter que ce domaine est caractérisé par des résultats mitigés concernant l'utilisation des débriefings *à des fins thérapeutiques* [101]. En effet, certaines études suggèrent que les débriefings thérapeutiques peuvent parfois générer des effets contraires à leur intention, faisant naître des préoccupations quant à leur efficacité. Ces techniques thérapeutiques devraient être réservées à des professionnels spécifiquement formés, tels que les psychologues. Néanmoins, le débriefing peut revêtir une importance significative dans la gestion des émotions, pour autant qu'il soit employé de manière adéquate. L'une des approches envisagées consiste à utiliser le débriefing comme un outil *de gestion émotionnelle* pour la détection précoce des individus et des situations à risque [101]. Par la suite, il peut servir à orienter les participants vers des professionnels qualifiés lorsque cela s'avère nécessaire. Ainsi, le débriefing peut assumer un rôle essentiel dans la reconnaissance anticipée des besoins de soutien émotionnel des individus et dans la mise en place de mesures appropriées pour les accompagner dans la résilience face à des événements traumatiques. Un autre objectif qui se manifeste fréquemment dans la littérature relative aux débriefings concerne *l'apprentissage organisationnel* [111]. Dans cette perspective, le débriefing sert de levier pour enclencher un processus de réflexion approfondie au sein d'une entité organisationnelle. Son dessein réside dans la création d'un espace permettant à l'équipe de prendre du recul et de mener une analyse critique des forces opérantes et des opportunités d'amélioration spécifiques à leur environnement. À cette fin, diverses méthodes et outils ont été élaborés afin de structurer ce type particulier de débriefing [112]. Ces approches sont conçues pour favoriser l'émergence de connaissances tacites au sein de l'organisation, identifier des schémas de comportement, et encourager la diffusion d'informations cruciales pour soutenir une démarche d'amélioration continue. L'objectif ultime de ces débriefings axés sur l'apprentissage organisationnel est de créer un cadre où les membres de l'équipe peuvent cultiver leur compréhension collective des processus, optimiser les pratiques existantes, et s'engager de manière constructive dans la résolution de problèmes. En encourageant la réflexion critique et en établissant un

espace propice à l'apprentissage, ce type de débriefing peut apporter une contribution significative à l'évolution et au développement des organisations

3.2. Les modalités

Diverses approches sont employées pour classifier les débriefings, que ce soit en fonction de leur chronologie ou de leur contexte, qu'il soit clinique ou lié à des simulations [111]. Dans le cadre de cette investigation, nous choisissons d'opérer une distinction en trois catégories majeures : les débriefings consécutifs à des simulations, ceux se rapportant à des situations cliniques spécifiques, et enfin, les débriefings réalisés de manière régulière dans le cadre de routines établies. Cette typologie permettra d'apporter une compréhension plus fine des caractéristiques et des objectifs spécifiques qui sous-tendent chaque type de débriefing. Les trois modalités de débriefing que nous avons préalablement évoquées peuvent être adaptées en fonction des quatre objectifs de base précédemment énoncés. Il convient toutefois de souligner que certaines de ces modalités se révèlent plus appropriées en fonction de l'objectif envisagé. Par conséquent, le choix de la modalité de débriefing doit être délibéré avec discernement, en considération des objectifs spécifiques que l'on souhaite accomplir.

Les débriefings consécutifs à des simulations peuvent être mis en œuvre suite à une simulation en laboratoire ou en contexte clinique. Ils sont principalement orientés vers des objectifs pédagogiques. En effet, le scénario et la simulation sont élaborés en fonction d'objectifs d'apprentissage spécifiques, répondant ainsi à des besoins éducatifs clairement définis.

Les débriefings situationnels consécutifs à des situations spécifiques surviennent fréquemment à la suite d'événements significatifs en milieu clinique tels que des interventions en réanimation ou des prises en charge suboptimales. Cette modalité de débriefing est adaptable à divers objectifs, bien qu'elle soit essentiellement centrée sur la situation vécue et le contexte particulier dans lequel elle s'est déroulée.

Les débriefings de routine, qui se tiennent généralement en milieu clinique, sont principalement axés sur l'apprentissage organisationnel dans un sens plus général, par opposition aux débriefings situationnels qui font suite à des situations spécifiques. Cependant, il demeure possible d'intégrer d'autres objectifs en fonction des besoins identifiés. Cette modalité de débriefing vise avant tout à favoriser l'apprentissage au sein de l'organisation, en mettant l'accent sur l'amélioration continue et la gestion de changement.

Le tableau 1 ci-après présente un aperçu des diverses modalités de simulation, classifiées en fonction des grands objectifs et aspects pratiques, conformément à la méthodologie de Kessler [111].

Tableau 1 : Taxonomie des débriefings en fonctions de leurs objectifs et modalités

DÉBRIEFING	OBJECTIF	POURQUOI	QUAND	OÙ	COMMENT	PAR QUI	DURÉE
Simulation	Pédagogique	Développer des compétences techniques et non-techniques sur base des objectifs pédagogiques pré-définis	Juste après la simulation	Dans un local de débriefing en dehors du laboratoire de simulation	En utilisant une méthode de débriefing de simulation validée (PEARLS, etc)	Par un instructeur formé en simulation et en débriefing	Entre 40min et 60min
Situationnel	Pédagogique	Développer des compétences techniques et non-techniques sur base de la situation vécue	A froid (7 à 15j post événement)	Dans un local de réunion assurant confidentialité et sécurité psychologique	En utilisant une méthode de débriefing de simulation validée (PEARLS, etc)	Par un instructeur formé en simulation et en débriefing	Entre 40min et 90min
	Gestion émotionnelle	Assurer un moment d'écoute et de décharge émotionnelle après une situation compliquée	A chaud, directement après la situation	En milieu clinique, dans un local assurant une sécurité psychologique	En utilisant des techniques de conversations difficiles ou gestion émotionnelles	Par un facilitateur formé en conversation difficile	Entre 10 à 15min
	Apprentissage organisationnel	Identifier les forces et faiblesses d'une situations spécifique dans une optique d'amélioration continue du service	A froid (7 à 15j post événement)	Dans un local de réunion assurant confidentialité et sécurité psychologique	En utilisant des méthodes de débriefing de simulation adaptées à l'apprentissage organisationnel (Plus/Delta)	Par un facilitateur formé en apprentissage organisationnel	Entre 15 à 60min
	Thérapeutique	Prévenir ou traiter un syndrome de stress post traumatique, de l'anxiété et un état dépressif lié à une situation spécifique	A froid	Dans un local de consultation	En utilisant des techniques de gestion du traumatisme, en groupe ou individuel	Par un professionnel en santé mentale (Psychologue, Psychiatre)	Minimum une séance de 60min
Routine	Apprentissage organisationnel	Identifier les forces et faiblesses de manière générale dans une optique d'amélioration continue du service	A un moment défini (ex. en fin de journée de travail)	En milieu clinique, dans un local assurant une sécurité psychologique	En utilisant des méthodes de débriefing de simulation adaptées à l'apprentissage organisationnel (Plus/Delta)	Par un facilitateur formé en apprentissage organisationnel	Entre 7 à 15 min
	Gestion émotionnelle	Assurer un moment d'écoute et de décharge émotionnelle après une journée compliquée	A un moment défini (ex. en fin de journée de travail)	En milieu clinique, dans un local assurant une sécurité psychologique	En utilisant des techniques de conversations difficiles ou gestion émotionnelles	Par un facilitateur formé en conversation difficile	Entre 10 à 15min

3.3. Une question de paradigme

Il convient d'approfondir cette distinction essentielle entre les objectifs pédagogiques et ceux liés à l'apprentissage organisationnel.

Dans un débriefing à visée pédagogique, l'accent est mis sur l'enrichissement des connaissances et des compétences des participants. Le facilitateur guide les apprenants à travers un processus de pratique réflexive. Les participants sont encouragés à analyser leurs actions, à tirer des leçons de leurs expériences, et à transférer leurs compétences en conséquence [105]. En revanche, dans le cadre d'un débriefing orienté vers l'apprentissage organisationnel, le facilitateur joue un rôle différent. Ici, l'objectif est de favoriser la diffusion des connaissances et de promouvoir l'apprentissage au niveau de l'ensemble de l'organisation. Le facilitateur n'est pas seulement un facilitateur de l'apprentissage, mais également un apprenant actif. Il utilise la pratique réflexive pour encourager les participants à partager leurs connaissances, leurs perspectives et leurs idées. Ce processus d'échange et de collaboration vise à améliorer les pratiques organisationnelles, à identifier des opportunités d'amélioration, et à renforcer la culture de l'apprentissage au sein de l'organisation. En somme, ces deux paradigmes de débriefing, bien que distincts, sont complémentaires et répondent à des besoins spécifiques en matière d'apprentissage et de développement. Dans le cadre de nos recherches, nous nous focaliserons particulièrement sur le débriefing de routine ayant pour objectif l'apprentissage organisationnel, car il revêt une importance majeure en lien avec le redesign organisationnel et la sécurité des soins. Cette modalité de débriefing joue un rôle essentiel en favorisant la réflexion collective et la mise en œuvre de changements organisationnels visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins au sein des établissements de santé.

CHAPITRE 4

LA FORME ET LE FOND

Le défi de l'utilisation du contenu des débriefings de routine comme outil managérial

Paquay M, Dubois N, Diep AN, Graas G, Sassel T, Piazza J, et al. “*Debriefing and Organizational Lessons Learned*” (DOLL): *A Qualitative Study to Develop a Classification Framework for Reporting Clinical Debriefing Results*. *Front Med* 2022;9:1777. doi:10.3389/fmed.2022.882326.

“S’occuper des choses les plus sérieuses du monde n’est possible qu’à condition de comprendre aussi les choses les plus dérisoires”

Winston Churchill

1. Introduction :

La crise de la COVID-19 a profondément bouleversé nos établissements de santé, confrontés à des défis majeurs, touchant tant leurs aspects économiques que structurels et organisationnels, au sein d'un environnement marqué par une charge de travail considérable, une incertitude constante et des changements incessants [113–116]. Ces circonstances ont engendré des inquiétudes quant à leurs répercussions sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients, tout en imposant un fardeau psychologique significatif aux professionnels de la santé [10,117].

Pour relever ces défis, diverses initiatives ont émergé, dont un processus appelé « Circle-Up », conçu avec l’objectif de renforcer la cohésion entre les membres des équipes et de favoriser l'apprentissage organisationnel par le biais de trois activités essentielles : les briefings, les vérifications entre pairs et les débriefings de routine [84]. Dans ce modèle, les briefings ont pour finalité d'établir un plan de travail, de clarifier les procédures, les rôles et les responsabilités, tout en instaurant un esprit d'équipe. Pendant le service, les colloques entre pairs aident à suivre l'évolution de la situation, à maintenir une conscience collective de la situation au sein de l'équipe, et à offrir un soutien aux cliniciens.

Quant aux Débriefings Cliniques Routiniers (DCR), ils permettraient aux participants de réfléchir aux succès et aux difficultés rencontrés durant leur service. Conceptuellement, ces séances de débriefing en équipe offrent l’opportunité de viser un double objectif : elles contribueraient d'une part à la transmission des informations au sein de l'équipe clinique et vers les leaders, permettant de renforcer les aspects positifs et d'identifier les domaines nécessitant des améliorations [118–120]. D'autre part, elles pourraient offrir un espace propice au soutien psychologique, à la gestion de la charge de travail, à la prise de conscience de la situation et à l'appui opérationnel [101]. Bien que les DCR représentent un domaine de recherche relativement récent, ils semblent prometteurs pour encourager une culture d'apprentissage organisationnel et stimuler des améliorations dans la qualité et la sécurité des soins [121]. Pour cela, il semble impératif de documenter et assurer des retours sur les points discutés par les équipes durant ces débriefings, d'identifier les forces et les opportunités d'amélioration, et de mettre en œuvre des actions correctrices. À ce jour, aucun système de classification formel n'a été développé pour structurer les données des débriefings et en faciliter l’intégration dans la gestion interne et externe des unités de soins. Dans cette perspective, nous avons souhaité concevoir la présente étude, dans le but spécifique de développer un cadre systématique pour catégoriser les contenus des DCR, tout en évaluant

sa praticabilité et son utilité dans un environnement clinique réel durant une période de deux mois au cours de la pandémie de COVID-19.

2. Méthodes

2.1. Conception de l'étude

Nous avons utilisé une approche en trois étapes successives pour mener cette étude.

La première étape reposait sur une approche qualitative adaptée et basée sur la recherche en théorie ancrée pour construire le cadre Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL) [122]. Elle utilisait l'analyse de contenu des débriefings après le service dans l'environnement clinique pour aller au-delà de la description et générer une théorie ancrée à travers des catégories significatives d'informations. La deuxième étape consistait à mettre en œuvre des débriefings après le service et à catégoriser le contenu des débriefings. La troisième étape avait pour objectif d'analyser la qualité des données et à réfléchir à l'utilité du cadre.

2.2. Site de l'étude

Les données ont été collectées dans deux services des Urgences d'un seul hôpital universitaire belge avec deux établissements géographiquement séparés : le site principal et le site satellite. Le site principal est un hôpital de soins tertiaires situé dans une zone suburbaine, tandis que le site satellite est un hôpital de soins secondaires situé en milieu urbain. Le site principal relevait de l'ombrelle culturelle d'un hôpital universitaire public, tandis que l'histoire du site satellite a commencé en tant que clinique privée qui a fusionné avec l'hôpital principal. Les deux sites combinent un recensement annuel de près de 100 000 patients aux Urgences : le site principal gère environ 57 % et le site satellite 43 %. Le service emploie environ 50 médecins et 120 infirmiers. Les infirmiers sont affectés au site principal ou au site satellite, tandis que les médecins sont programmés sur les deux sites.

2.3. Collecte de données

Les données ont été collectées à partir de 163 DCR réalisés sur une période de 8 semaines, du 10 mars au 10 mai 2020. Les débriefings étaient menés en français. Le nombre médian de participants par débriefing était de 5 (IQR : 4-6) et est resté stable pendant la période observée. Ces débriefings ont été réalisés après les quarts de travail du matin et de l'après-midi parmi les membres médicaux et infirmiers des services des Urgences des deux sites. Les DCR avaient une durée médiane de 10 minutes. Les durées étaient plus longues au cours des deux premières semaines et ont diminué de plus de 50 % au cours de la deuxième moitié de la période d'étude. Le même facilitateur a dirigé la plupart des débriefings (142 sur 163), tandis que cinq autres facilitateurs ont réalisé les débriefings restants (21 sur 163). Tous les facilitateurs avaient une expérience clinique et une formation préalable au débriefing avec un bon jugement [105] et à la méthode Plus-Delta. Sur les 163 débriefings, 94 ont eu lieu au site satellite et 93 au site principal. L'outil DISCOVER-Phase a été utilisé pour recueillir les données de débriefing après

le service, notamment la date, le site, le quart de travail, les membres présents, les "plus/delta" et les initiatives proposées. Avant le début du projet, le facilitateur principal (MP) a passé un mois immersif à se familiariser avec les structures actuelles du service des Urgences, les procédures, l'équipement et les habitudes de travail d'équipe.

2.4. Analyse des données

Construction du cadre de classification

Trois chercheurs (MP, GG, TS) issus de catégories professionnelles différentes (qualité et sécurité, gestionnaire de processus et psychologue) ont lu tous les rapports de débriefing transcrits. Les différentes formations ont fourni une vision multidimensionnelle pour interpréter les résultats. Les chercheurs ont ensuite réfléchi à un cadre de classification basé sur leur formation spécifique et sur les débriefings transcrits. Cette étape a conduit à l'identification de trois cadres candidats : (a) "Cadre d'analyse des risques et de la sécurité en médecine clinique" [123], (b) diagramme d'Ishikawa [124] et (c) le "Cadre européen de gestion des risques psychosociaux" [125]. Une fois les cadres choisis, chaque chercheur a affiné les catégories existantes de leur cadre candidat avec les sujets abordés dans les 163 débriefings. Ensuite, les chercheurs ont partagé et comparé leurs cadres pour décider quelles catégories étaient pertinentes et devaient être conservées ou rejetées. Cette étape de brainstorming puis de rétrécissement des catégories a été suivie d'une discussion complète en personne qui a abouti au cadre "Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL)".

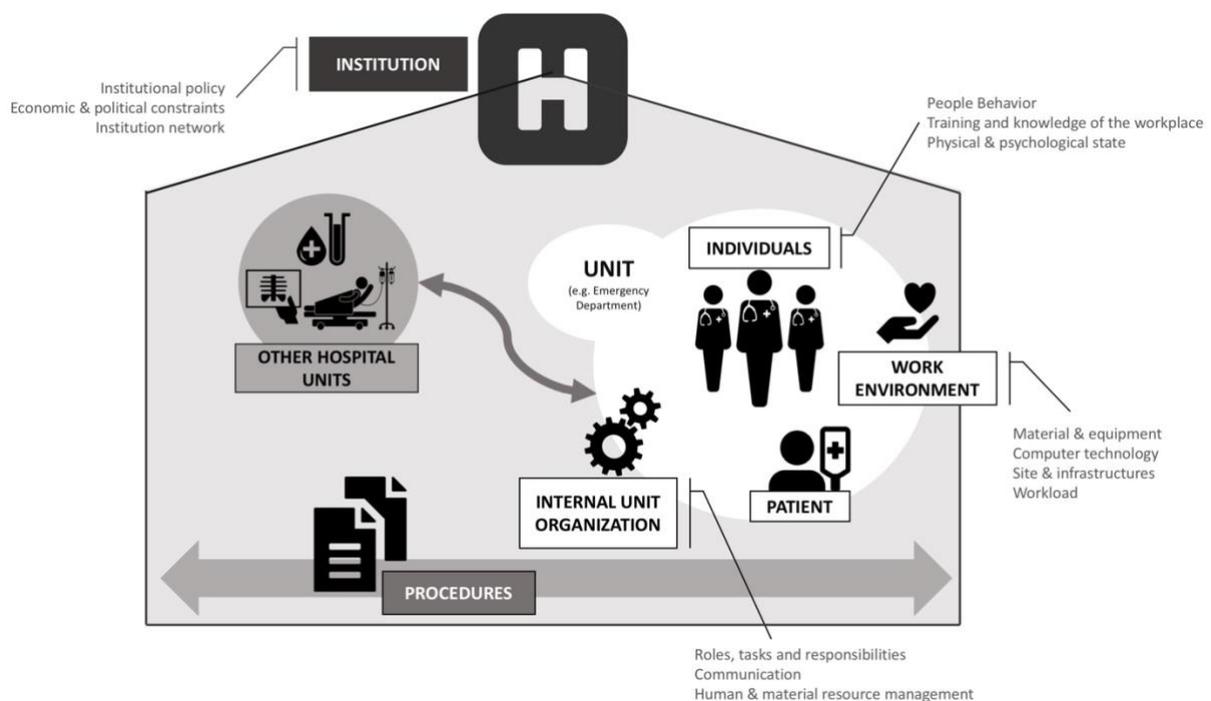


Figure 2. Cadre de Classification pour les Débriefings Cliniques Routiniers « Debriefing and Organizational Lessons Learned » (DOLL)

Catégorisation des débriefings et analyse du contenu

Les chercheurs ont commencé l'analyse en lisant individuellement les transcriptions plusieurs fois pour se familiariser avec les données. L'équipe de recherche a ensuite collectivement exécuté le tri sur un sous-ensemble des données pour parvenir à une compréhension raisonnable et à une cohérence du processus. Ensuite, les chercheurs ont travaillé indépendamment pour classer chaque élément comme "plus" ou "delta", puis ont placé les éléments dans le cadre DOLL. Les analyses individuelles résultantes ont ensuite été comparées et discutées par l'équipe de recherche jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. À cette fin, les trois chercheurs ont exposé chaque élément et sa classification. Lorsqu'une classification n'était pas la même entre les chercheurs, ils ont réanalysé l'élément et ont atteint collectivement une réconciliation à 100 % grâce à la discussion, la curiosité, l'exploration des cadres et la clarification en utilisant un processus similaire à une grille de parcours d'apprentissage [126]. En raison de leurs différentes formations professionnelles, la discussion a permis de partager des perspectives et des compréhensions individuelles.

2.5. Analyses statistiques

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour résumer les fréquences et les pourcentages des éléments "plus" et "delta" dans chaque dimension du cadre DOLL. Le test du Chi-carré a été effectué pour examiner l'association entre le type d'éléments (plus ou deltas) et les dimensions, suivi de tests post-hoc en utilisant les résidus standardisés ajustés. Le test exact de Fisher a été employé. De plus, un test z pour les proportions indépendantes a été appliqué pour vérifier s'il existait des différences significatives dans le nombre de "plus" et de "deltas" entre les différentes dimensions. La correction de Bonferroni a été utilisée pour toutes les comparaisons post-hoc.

3. Résultats

3.1. Développement du cadre de classification

Le cadre de classification développé est représenté dans la Figure 2. Il est composé de 7 dimensions et de 13 sous-dimensions. Les dimensions et sous-dimensions convenues illustrés d'exemples sont décrits dans l'Annexe 3.

Catégorisation des débriefings à l'aide de DOLL

Les 163 débriefings étaient répartis également entre les deux sites. Sur ces débriefings, 339 éléments ont été identifiés, dont 97 "plus" (29 %) et 242 "deltas" (71 %) (Tableau 1). Au cours du processus de "comparer et discuter", la classification n'était pas la même pour 64 éléments (18 %) et a nécessité une deuxième analyse collective pour atteindre un consensus à 100 %.

Les éléments positifs étaient répartis de manière égale entre les deux sites (49 % au site principal et 51 % au site satellite). En raison de la présence de cellules contenant des zéros, un test exact de Fisher a été effectué. Les résultats ont révélé une association entre la fréquence des éléments positifs et négatifs et les différentes Dimensions ($p < 0,001$). Un examen post-hoc, réalisé à l'aide de résidus standardisés ajustés et d'une correction de Bonferroni (c'est-à-dire, une valeur $< 0,0036$ étant considérée comme significative), a montré qu'il y avait plus d'éléments positifs attendus dans les Dimensions Individus ($p < 0,001$) et Organisation interne de l'unité ($p < 0,001$). En revanche, il y avait plus d'éléments négatifs que prévu dans la Dimension Environnement de travail ($p < 0,001$).

Le test Z pour les proportions indépendantes avec correction de Bonferroni a indiqué qu'il y avait significativement moins d'éléments négatifs dans la Dimension Individus (54,3 %, $p < 0,05$) par rapport à celle des Autres unités hospitalières (93 %), Environnement de travail (93 %), Institution (100 %) et Patient (100 %). Il y avait significativement moins d'éléments négatifs dans la Dimension Organisation interne de l'unité (42 %, $p < 0,05$) par rapport à celle des Procédures (83 %), Environnement de travail (92 %), Autres unités hospitalières (93 %) et Institution (100 %).

Au sein des éléments positifs, il y avait significativement plus d'éléments positifs dans les Dimensions Individus (46 %, $p < 0,05$) et Organisation interne de l'unité (58 %, $p < 0,05$) que dans les Autres unités hospitalières (7 %), Environnement de travail (8 %) et Procédures (16 %). Les résultats sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 1 : Pourcentages de Plus and Delta basés sur le framework “Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL)”

DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	POURCENTAGE DE PLUS		TOTAL PLUS	POURCENTAGE DE DELTA		TOTAL DELTA	TOTAL
		PRINCIPAL	SATELLITE		PRINCIPAL	SATELLITE		
PATIENT	Total	0%	0%	0%	1%	0%	1%	1%
INDIVIDUS	Total	6%	5%	11%	5%	8%	13%	24%
	<i>Comportement</i>	4%	4%	8%	1%	1%	2%	10%
	<i>Formation et connaissances de l'environnement</i>	2%	1%	3%	3%	6%	9%	12%
	<i>Etat physique et psychologique</i>	0%	0%	0%	1%	1%	2%	2%
ORGANISATION INTERNE (SERVICE DES URGENCES)	Total	6%	6%	12%	5%	4%	9%	21%
	<i>Rôles, tâches et responsabilités</i>	3%	4%	7%	1%	1%	2%	9%
	<i>Communication</i>	2%	1%	3%	0%	1%	1%	4%
	<i>Gestion des ressources humaines et matérielles</i>	1%	1%	2%	4%	2%	6%	8%
PROCÉDURES	Total	0%	3%	3%	7%	7%	14%	17%
ENVIRONNEMENT	Total	2%	0%	2%	11%	14%	25%	27%
	<i>Matériel et équipement</i>	1%	0%	1%	5%	4%	9%	10%
	<i>Informatique</i>	0%	0%	0%	4%	5%	9%	10%
	<i>Site et infrastructure</i>	0%	0%	0%	2%	4%	6%	6%
	<i>Charge de travail</i>	1%	0%	1%	0%	1%	1%	2%
AUTRES UNITÉS	Total	0%	0%	0%	2%	2%	4%	4%
INSTITUTION	Total	1%	0%	1%	3%	3%	6%	5%
	<i>Politique institutionnelle</i>	0%	0%	0%	3%	1%	4%	4%
	<i>Contraintes économiques et politiques</i>	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%
	<i>Réseau</i>	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%
TOUTES DIMENSIONS	Total	14%	15%	29%	34%	37%	71%	100%

Total Pluses and Deltas =339/ Main n=163 /Satellite n= 176

Tableau 2 : Nombre de deltas et de plus à travers les différentes dimensions du framework “Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL)”

DIMENSION	DELTA N (%)	PLUS N (%)	TOTAL
Autres unités	13 (93)	1 (7)	14
Individus	44 (54)	37 (46)	81
Institution	18 (100)	0 (0)	18
Patient	2 (100)	0 (0)	2
Procédures	49 (83)	10 (17)	59
Organisation interne ^a	30 (42)	42 (58)	72
Environnement de travail ^b	86 (92)	7 (8)	93
Total	242	97	339

Notes. Post-hoc chi-square montre

- a) D’avantage de plus dans les dimensions individus (p<0.001) and organisation interne (p<0.001)
- b) D’avantage de deltas dans la dimension environnement de travail (p<0.001)

3.2. Analyse du contenu des débriefings à l'aide de DOLL

Le Tableau de l’Annexe 1 présente les dimensions, sous-dimensions et des exemples de ce que les participants ont déclaré pour chaque dimension dans le cadre DOLL.

Patient

Deux éléments étaient associés à cette dimension et étaient exclusivement des "deltas". Les équipes ont souligné la difficulté de prendre en charge des cas cliniques extrêmes et rares ou la violence des patients malgré toutes les procédures et compétences à leur disposition.

Individus

Cette dimension était principalement marquée par les "plus" dans la sous-dimension Comportement des personnes (70,3 %) et par les "deltas" dans la sous-dimension Formation et connaissance du lieu de travail (72,7 %). En rapport avec la dimension, les équipes ont fait état positivement de comportements de solidarité, d'entraide, d'engagement au travail et envers l'équipe. En revanche, les équipes ont exprimé des difficultés à se familiariser avec l'environnement et les procédures, notamment lorsque cela concernait les infirmiers en mission aux Urgences en provenance d'autres services. Enfin, l'état physique et psychologique était principalement caractérisé par des "deltas" (85 %), les participants exprimant leur stress.

Organisation interne de l'unité

Cette dimension comprenait davantage de "plus" (58 %) que de "deltas" (41 %). Les "plus" portaient principalement sur les rôles, les tâches et les responsabilités (60 %), tandis que la gestion des ressources humaines et matérielles était principalement définie par des "deltas" (70,0 %). Les équipes ont complimenté l'organisation mise en place, notamment l'attribution des tâches et des rôles entre médecins et infirmiers. Cependant, la gestion des équipes et des ressources matérielles posait problème pour le

personnel. À cet égard, les participants ont expliqué que la charge de travail était plus imprévisible que d'habitude et qu'il était difficile d'anticiper comment allouer adéquatement les ressources humaines. En revanche, la communication a été plus souvent rapportée comme positive (69 %), ce qui se référait principalement à la qualité de la communication médico-infirmière.

Procédures

Cette dimension était presque exclusivement composée de "deltas" (83 %). Les équipes ont mis en évidence les changements presque quotidiens dans les procédures ou l'absence de procédures pour des problèmes fréquemment rencontrés.

Environnement de travail

Cette dimension était également largement décrite par des "deltas" (93 %). Les commentaires des participants ont révélé que les dimensions Matériel et équipement (36 %), Technologie informatique (37 %) et Site et infrastructures (23 %) étaient les trois dimensions qui avaient le plus besoin d'être améliorées.

Autres unités hospitalières

Cette dimension était presque exclusivement composée de "deltas" (92,8 %). Les équipes ont souligné un manque de coordination entre le service des Urgences et les autres services et un manque de consultations disponibles dans le processus de prise de décision. Cela avait un impact négatif sur les Urgences. Le laboratoire, l'imagerie médicale et les consultations pré-anesthésiques ont été cités comme les plus problématiques.

Institution

La dimension Institution était exclusivement définie par des "deltas" (100,0 %). Les équipes ont principalement souligné le manque de politique institutionnelle (72,2 %) liée à des questions importantes (par exemple, les visites, le dépistage du personnel, le schéma de circulation des patients) et à la stratégie de communication.

4. Discussion

Au moyen d'une approche qualitative, nous avons élaboré le cadre DOLL dans le but de catégoriser les résultats des débriefings d'équipe régulièrement réalisés après les rotations. À notre connaissance, cette initiative a représenté une première, originale, dans le domaine clinique. Au cours de la première vague de la crise COVID-19 dans notre pays, l'application de ce cadre a permis d'apporter une approche structurée et normalisée aux débriefings, conduisant ainsi à l'identification de domaines d'action et d'informations alignés sur l'expérience des équipes. De ce fait, le cadre s'est révélé être un outil de gestion précieux pour les dirigeants.

Concernant le contenu des DCR, au cours de notre étude, il est apparu que les participants faisaient fréquemment état d'une lacune dans les procédures organisationnelles, principalement en raison de la nature novatrice et dynamique de la situation. En ce qui concerne les procédures cliniques et techniques déjà bien établies et largement disponibles, les équipes ont signalé un déficit dans la diffusion et la formation, particulièrement face à l'évolution de la crise de la COVID-19. Il est crucial de souligner que la simple disponibilité de procédures ou de protocoles établis ne garantit pas automatiquement leur utilisation correcte [127]. Par ailleurs, les participants ont soulevé différentes stratégies visant à améliorer la mise en œuvre efficace des procédures. L'idée d'organiser des briefings à la prise de poste pour passer en revue les nouvelles procédures a émergé comme une suggestion pertinente. Ces briefings préalables semblent avoir contribué à la maîtrise des compétences cliniques et d'équipe, favorisant ainsi une amélioration des performances individuelles et collectives, tout en maintenant une marge de sécurité adéquate pour les patients, comme le rapportent des travaux antérieurs [128]. En outre, la formation basée sur la simulation a été identifiée comme un élément clé par les participants. Ces derniers ont décrit la simulation comme l'une des méthodes les plus efficaces pour acquérir les compétences cliniques et d'équipe dans un environnement contrôlé.

Nos résultats mettent également en évidence l'impact défavorable de l'environnement de travail sur les cliniciens et leur aptitude à offrir des soins efficaces et efficients. Les praticiens ont été confrontés à des défis significatifs tels que le déficit en équipements de protection individuelle (EPI) et les lacunes dans l'approvisionnement quotidien en matériel ou médicaments [129]. Selon nos conclusions, la crainte de contaminer famille et amis a été identifiée comme un facteur de stress majeur pour bon nombre de participants [130]. Ces constatations soulignent la nécessité d'élaborer des stratégies de gestion des réserves d'urgence, tout en déterminant les situations nécessitant l'utilisation d'EPI et celles où leur utilisation pourrait compromettre les performances. Au-delà de l'aspect matériel, nos résultats insistent sur l'importance des services de soutien performants tels que le support informatique, la maintenance mécanique et électrique, l'accessibilité, etc. Bien que rares soient les études ayant exploré ces thèmes dans leurs résultats ou les ayant sélectionnés comme objet de recherche, celles qui l'ont fait ont souligné

l'importance d'un département informatique proactif muni d'une stratégie claire [131] et la nécessité pressante d'améliorer l'interopérabilité ainsi que les interfaces utilisateur intuitives [132]. Intégrés au processus de soins de santé, des services de soutien, tels que la maintenance, possèdent le potentiel d'améliorer considérablement les soins aux patients lorsqu'ils sont disponibles immédiatement, alignés sur les priorités des soins en cours et complémentaires dans un environnement interdisciplinaire.

Selon les retours des participants, la gestion et la coordination de l'unité se sont constamment améliorées tout au long des deux mois de collecte de données. Les participants ont hautement apprécié l'efficacité du système de débriefing et la boucle de rétroaction établie avec le comité stratégique du service des Urgences. Les problèmes soulevés lors des débriefings ont systématiquement été portés à l'attention du comité, qui a mis en place et communiqué des plans d'action en collaboration avec les cliniciens urgentistes. Cette communication en boucle fermée, associée à des mesures positives, s'est avérée être le facteur clé du succès, générant un sentiment d'autonomie chez les participants et témoignant de la prise en considération de leurs points de vue. De plus, la direction du service s'est montrée de plus en plus enthousiaste vis-à-vis du projet de débriefing, ayant pris conscience de la puissance et de l'efficacité des débriefings et du cadre DOLL. Cette réalisation souligne la valeur des débriefings lorsque des mécanismes complets de suivi sont en place.

Concernant le cadre DOLL lui-même, l'observation selon laquelle certaines de ses dimensions étaient moins fréquemment utilisées que d'autres suscite des interrogations quant à leur pertinence au sein du cadre. Toutefois, il est important de noter que le cadre DOLL n'a été testé qu'une seule fois, et cela pendant une courte période de la crise COVID-19. Plutôt que d'éliminer ces dimensions, il serait avisé de les soumettre à des tests supplémentaires dans un contexte non lié à la COVID-19 afin d'évaluer leur pertinence avant d'envisager des ajustements. Enfin, l'utilisation du cadre a permis de mettre en lumière ses avantages majeurs ainsi que quelques inconvénients. Il est indéniable que le cadre se révèle précieux pour illustrer de manière concise l'essence et la valeur des débriefings. Cette clarté a grandement facilité la tâche des dirigeants pour allouer efficacement les ressources et établir les priorités. De plus, l'analyse des débriefings selon les principales catégories a encouragé les dirigeants à adopter une approche plus globale en termes de processus et de flux de travail, évinçant la tendance à se focaliser sur des problèmes individuels et leurs solutions. En outre, cette utilisation du cadre a favorisé l'intégration des débriefings dans un programme d'amélioration de la qualité continue, engendrant des résultats positifs. Auparavant, chaque élément positif ou négatif était traité de manière isolée, tandis que le cadre a permis de tisser des liens entre les débriefings et leur contenu, évoluant au fil du temps. Pour optimiser pleinement le cadre, une plateforme de signalement et de gestion dédiée et visible serait nécessaire.

5. Conclusions

Cette étude avait pour objectif la mise en place de DCR, favorisant ainsi la qualité des soins aux patients, le soutien entre les cliniciens, et une gestion efficace au sein de deux services d'Urgences distincts durant une période de deux mois au cours de la pandémie de COVID-19. L'expérimentation du framework DOLL a montré que la catégorisation des contenus selon des dimensions spécifiques permettait de combiner les aspects positifs et négatifs. Cette approche semble pouvoir offrir l'opportunité d'accroître significativement la valeur potentielle des DCR, en les intégrant dans une stratégie globale et en leur fournissant un cadre de gestion et de leadership au sein du service.

Cette première expérience démontre en effet, que l'intégration systématique de cette méthode dans la gestion quotidienne d'un service permettrait de renforcer significativement l'approche d'amélioration continue, l'engagement envers les patients et le soutien aux cliniciens. Pareille possibilité nous semble devoir être explorée dans un cadre plus large et en dehors d'une période marquée par une crise sanitaire d'ampleur, afin d'en estimer la portée potentielle. En outre, il nous semblerait également judicieux d'explorer davantage les synergies entre cette approche et d'autres processus existants, tels que la gestion des risques, la gestion des incidents ou encore les retours des patients.

CHAPITRE 5

OPÉRATIONNALISER LE DÉBRIEFING CLINIQUE

DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Étude clinique d'un processus d'implémentation.

Paquay M, Simon R, Ancion A, Graas G, Ghuyssen A. *A success story of clinical debriefings: lessons learned to promote impact and sustainability*. Front Public Heal 2023;11.

“The goal is not to be perfect by the end. The goal is to be better today.”

Simon Sinek

1. Introduction

« *Errare humanum est, perseverare diabolicum* ». Les débriefings ont émergé de la philosophie de compréhension et d'apprentissage à partir des erreurs [104]. Depuis leur émergence dans le domaine de la santé, les débriefings ont principalement été utilisés dans le cadre de la simulation comme formation initiale ou continue. L'objectif de la formation en équipe et de l'apprentissage à partir de cas réels critiques et complexes a conduit à un passage de la simulation aux débriefings cliniques (DC). En raison de l'exposition fréquente à des situations complexes et critiques, les DC ont principalement été introduits et pratiqués dans les services d'Urgences. En effet, il existe de nombreuses preuves des avantages de ces débriefings aux Urgences : amélioration des connaissances et des performances cliniques [91,133,134], de la communication, de la dynamique d'équipe et de l'efficacité [135–138], ce qui a donc un impact sur les résultats des patients [103,111,133,134,139]. Ces impacts positifs, tant sur les patients que sur l'équipe médicale, ont conduit au développement de recommandations internationales préconisant l'utilisation des débriefings dans le contexte d'urgence. En conséquence, les DC ont gagné en popularité, suscitant un soutien enthousiaste des leaders des services d'Urgences pour leur mise en œuvre [139]. Cependant, la recherche dans ce domaine indique que les DC étaient principalement menés après des événements critiques et souvent de manière sporadique ou dans des périodes de recherche limitées (débriefings cliniques situationnels). De plus, il a été constaté que ces débriefings pouvaient avoir des effets négatifs [101]. Par conséquent, la mise en œuvre des DC est restée très variable pendant des décennies [140]. La crise du COVID-19 a été une étape importante pour développer de nouvelles perspectives et des utilisations potentielles des DC. Au cours de cette période, des études ont examiné la méthode la plus efficace pour mener des DC aux Urgences et préconisé des débriefings cliniques routiniers (DCR) en utilisant la méthode plus/delta du "débriefing avec bon jugement" [108,141,142]. Au-delà de la question de l'art de mener des DCR, leur intégration dans une stratégie globale a également été remise en question [100]. En effet, en élargissant l'analyse au-delà des incidents critiques spécifiques et en embrassant une évaluation systémique plus large du travail effectué pendant la rotation, les débriefings ont semblé prometteurs pour promouvoir une culture d'organisation apprenante et déclencher des améliorations en matière de qualité et de sécurité [100,121,143]. À mesure que la crise se dissipait, les recherches ultérieures semblent s'être recentrées sur l'examen des DC après des événements critiques spécifiques ou sur des aspects pédagogiques. Cependant, des interrogations persistent quant à l'adaptation des modalités de ces DCR pour en garantir la qualité et la pertinence. Dans cette optique, la transition vers les "débriefings en tant qu'outil de gestion" et leur pérennité ont nécessité une réflexion approfondie. Ainsi, ce chapitre expose la création d'un programme de DCR post-

rotation, partage les enseignements tirés de sa mise en œuvre, et propose des suggestions pour adapter ce processus dans d'autres institutions.

2. Contexte

Pour faire face aux besoins d'adaptabilité, nous avons mis en place des DCR post-rotation dès le début de la crise. Ces DCR se sont avérés très efficaces et appréciés par les équipes. Dès que la situation clinique est revenue à la normale, les cliniciens ont encouragé les leaders des Urgences à repenser la gestion du service à la lumière des leçons apprises pendant la crise et plus particulièrement de l'utilisation potentielle de DCR réguliers après les rotations.

L'objectif était de concevoir et d'incorporer une stratégie d'apprentissage organisationnel au sein de notre service des Urgences pour [144] :

- Améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients ;
- Favoriser le bien-être au travail en offrant aux cliniciens un espace de discussion et de réflexion ;
- Accorder aux cliniciens la capacité de s'impliquer activement.

Les DCR ont été mis en place dans deux services d'Urgences d'un seul hôpital universitaire belge avec deux installations géographiquement séparées, à savoir le site principal et le site satellite précédemment développés.

3. Méthodes

Pendant la pandémie, notre service d'Urgences a mis en œuvre un processus conforme aux recommandations antérieures pour établir un programme de DCR au sein du service [108]. À mesure que nous retournions à un fonctionnement d'Urgences standard, il est rapidement devenu évident que les débriefings liés à la pandémie devaient être révisés pour être intégrés de manière plus pratique à la gestion continue du service d'Urgences. Ainsi, le programme a été repensé pour devenir un système de gestion efficace, qui a été chaleureusement accueilli et qui est toujours en vigueur aujourd'hui. La figure de l'Annexe 4 illustre l'ensemble du processus.

Création d'une structure de leadership robuste et influente

Le médecin-chef du service des Urgences a initié la création d'un comité dédié appelé la Cellule Stratégique (CS) dans le but de soutenir les nouvelles stratégies de travail. La constitution de la CS était une mesure spécifiquement conçue pour accompagner l'initiative et renforcer les nouvelles approches de travail au sein du service. Cette cellule regroupait des individus respectés, sélectionnés pour leur curiosité sincère, leur influence et leurs compétences en leadership. En outre, le médecin-chef du service d'Urgences et les deux responsables infirmiers faisaient partie intégrante de cette cellule. D'autres leaders au sein du service se sont également engagés à superviser les DCR et à orienter la gestion des données.

Au début de la crise de la COVID-19, le médecin-chef de service et les chefs infirmiers ont naturellement uni leurs forces pour élaborer une stratégie commune et présenter un front uni. À ce moment crucial, il était impératif d'éviter toute discordance d'informations ou de décisions. Certains médecins se sont distingués en tant que leaders et ont volontairement offert leur aide à la CS en surveillant la situation sur le terrain, en guidant la mise en œuvre des décisions et en encadrant les équipes. Une fois que la situation clinique est retournée presque à la normale, les cliniciens du service d'Urgences ont encouragé la direction du service à maintenir le programme de DCR.

Identification d'un facilitateur de débriefing et coordinateur du process.

Le poste de Gestionnaire de la Qualité et de la Sécurité (GQS) a été créé au début de la pandémie en réponse à un appel à candidatures pour la mise en œuvre des DCR. Le GQS recruté, une infirmière spécialisée dans un autre domaine, a d'abord consacré du temps à se familiariser avec les processus en place au sein du service d'Urgences ainsi qu'avec les méthodes de travail d'équipe, avant de prendre en charge cette initiative. Le GQS possédait déjà une expérience solide en tant que gestionnaire de la sécurité, avait suivi une formation approfondie pour diriger des débriefings de haute qualité, et avait acquis de l'expertise dans la conduite de séances de débriefing de simulation. Ses responsabilités au sein du service des Urgences étaient de nature transversale, et il collaborait étroitement avec le service de sécurité de l'hôpital dans l'exercice de ses fonctions.

Développement de la stratégie de débriefing

Deux études réalisées au cours de la première vague de la pandémie de COVID-19 ont posé les fondements du développement de ce processus.

La première étude portait sur le développement et la faisabilité de la mise en place des DCR pendant la crise [108]. La seconde étude a proposé un cadre pour classifier le contenu des débriefings et évaluer leur pertinence [100]. Sur base de ces résultats, il a fallu environ six mois de démarche d'amélioration continue pour parvenir à une stratégie de débriefing entièrement satisfaisante, comme décrit ci-dessous. L'objectif de ces six mois de travail était de passer d'un contexte de crise à l'adaptation du processus de débriefing dans un cadre plus routinier. En utilisant la démarche de Deming Plan-Do-Check-Act (PDCA), divers éléments ont été progressivement modifiés pour mieux répondre aux besoins de l'équipe et de ses dirigeants. Ces ajustements ont concerné des aspects tels que la fréquence hebdomadaire des débriefings, le calendrier des séances, les outils pour partager les résultats des débriefings et la méthodologie pour fournir des retours aux équipes.

Ces modifications ont été principalement guidées par les commentaires recueillis à la fin des séances de débriefing auprès des équipes par l'intermédiaire du GQS, par les suggestions anonymes recueillies dans des boîtes à idées, et par des sessions de brainstorming menées au sein du CS. De plus, le GQS a bénéficié de conseils et d'une supervision d'un expert de renommée internationale spécialisé dans l'organisation des services d'Urgences, l'apprentissage organisationnel, la gestion d'équipe et la gestion du changement. Il est important de souligner que ce principe d'amélioration continue est toujours activement poursuivi, même trois ans après la mise en œuvre initiale du processus.

Réalisation des débriefings

Les séances de débriefing se déroulaient en personne, en présence des cliniciens, à savoir les médecins et les infirmières, deux fois par semaine à la fin de leur service. Dans un premier temps, toutes les sessions de débriefing étaient conduites par le GQS.

Cependant, au fil des premiers mois, d'autres infirmières et médecins ont été formés pour devenir des facilitateurs cliniques. Lors des journées de débriefing, le facilitateur arrivait sur le service environ une heure avant la séance prévue, afin de réaliser des peer checks-in visant à évaluer l'atmosphère au sein de l'équipe et à encourager les retours d'expérience après le service.

Ces brefs moments étaient basés sur le modèle du Circle-up [84] et impliquaient une invitation à s'exprimer, l'usage de l'empathie, l'exploration et l'écoute attentive grâce à des questions courtes (par exemple : "Comment vous sentez-vous en ce moment ?" et "Comment puis-je vous apporter mon soutien ?"). Le facilitateur observait également la transmission médico-infirmière afin de mieux comprendre les détails du flux de travail et l'état clinique de l'unité. Les débriefings se déroulaient dans une salle privée située à proximité de l'unité, favorisant ainsi l'accessibilité et le respect de la confidentialité. Le déroulement des séances de débriefing débutait par un bref état d'esprit de l'équipe, amorcé généralement par des questions du type : "Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?" Ensuite, nous explorions les aspects positifs et les axes d'amélioration en utilisant des questions courtes et directes telles que : "Qu'avez-vous particulièrement apprécié ?", "Quels obstacles avez-vous rencontrés ?", "Quels éléments ont bien fonctionné ?", et "Quelles pistes d'amélioration pouvons-nous envisager pour la prochaine fois ?" Nous encourageons vivement les participants à fournir des réponses aussi précises que possible, et nous consignons attentivement leurs observations.

Par la suite, nous sélectionnons un unique point à améliorer ou un aspect positif pour approfondir la discussion. Cette approche reposait sur la méthode du débriefing avec bon jugement [110]. Nous sollicitons les réflexions des participants sur l'événement en suivant une structure Cadres → Actions → Résultats [109]. L'objectif était d'approfondir notre compréhension des réflexions cliniques et de l'état d'esprit collectif de l'équipe concernant le sujet, tout en encourageant la réflexion collective. Le point choisi pour exploration portait principalement sur des aspects liés à la dynamique de l'équipe, comme la

communication, le leadership, la gestion de la charge de travail et la prise de décision. Les problèmes organisationnels ou les préoccupations à long terme, tels que la gestion des lits institutionnels, les retards dans le brancardage, et les équipements défectueux, étaient systématiquement notés et transmis à la direction du service pour un suivi, mais n'étaient généralement pas abordés en détail pendant le débriefing. Deux motivations ont sous-tendu la formulation de cette stratégie.

En premier lieu, au regard de l'objectif des débriefings visant à engager une pratique réflexive et à formuler des propositions de solutions, la focalisation du contenu sur des aspects relevant desquels le service ne dispose ni d'emprise ni d'influence risquait de dévier ces séances vers des débats stériles et frustrants. Cependant, ces éléments, bien que situés hors de notre sphère de contrôle, revêtent une importance fondamentale. Leur consignation et leur recensement sont par la suite mobilisés en tant que preuves tangibles lors des négociations de changements auprès des instances dirigeantes. En second lieu, la prolifération de problèmes exigeant une résolution complexe et une coordination institutionnelle a tendu à éroder la motivation des leaders. Afin de pallier cette situation, nous avons choisi de prioriser certaines actions. Les problématiques associées aux situations institutionnelles à long terme étaient méticuleusement signalées et suivies, tout en ne bénéficiant pas d'une priorité élevée en raison du temps substantiel nécessaire à leur résolution. En revanche, les éléments stimulants pour les participants et les leaders étaient orientés vers le travail d'équipe, la communication et le renforcement du respect mutuel.

L'exploration des aspects positifs se révélait étonnamment instructive et motivante pour les équipes. Les sujets suscitant le plus d'enthousiasme parmi les participants étaient les interactions personnelles entre les membres de l'équipe. Le débriefing commençait par des exemples concrets de ces interactions, puis évoluait vers l'explication des schémas mentaux et des motivations qui sous-tendaient ces comportements. En moyenne, la durée d'un débriefing s'établissait autour de 7 minutes. Une fois le DCR terminé, un bref rapport était rédigé et comprenait : la date, le lieu, le nombre de participants, la durée du DCR, les points plus/delta, et des suggestions spécifiques d'amélioration. L'anonymat des participants était scrupuleusement préservé dans le rapport. Le GQS collectait les rapports et les intégrait dans la base de données du DCR. Une base de données mise à jour classait tous les plus/deltas soulevés lors du DCR selon le DOLL [100]. Les problèmes signalés lors des débriefings étaient systématiquement portés à l'attention du CS, qui élaborait et exécutait des plans d'action en coordination avec tous les cliniciens du service. Nous avons identifié quatre façons de traiter le contenu des débriefings : (1) la gestion de projet en utilisant une méthodologie en quatre phases du cycle de vie [145] ; (2) l'amélioration continue en utilisant le processus Plan-Do-Act-Check [146] ; (3) l'intervention immédiate ; et (4) l'escalade vers des niveaux de direction supérieurs. La Figure 3 détaille ces interventions et les plans d'action subséquents (Figure 3 et Annexe 5).

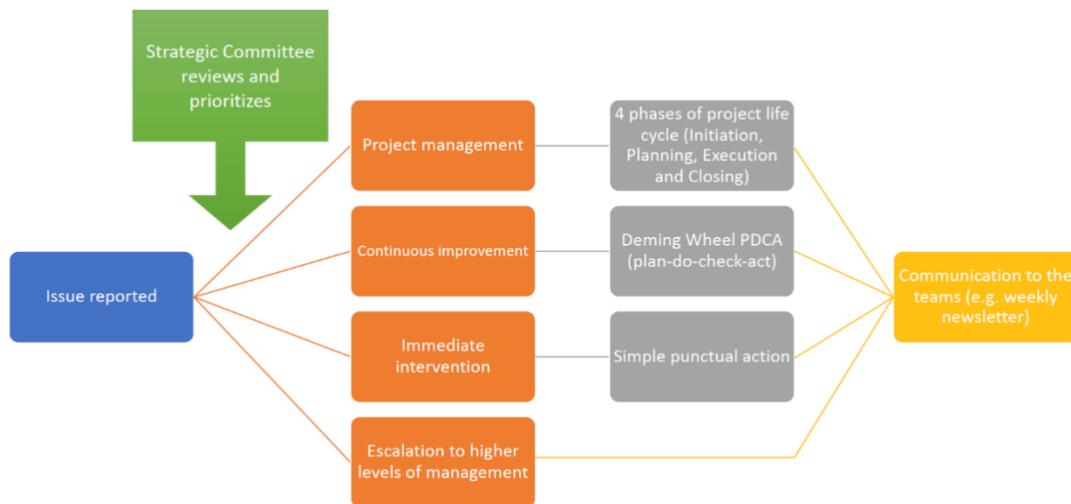


Figure 3. Actions et stratégies subséquentes aux remontées des Débriefings Cliniques Routiniers

La CS diffusait une newsletter hebdomadaire qui contenait des informations sur les points de débriefing ainsi que l'état d'avancement des actions entreprises. Tandis que les réunions hebdomadaires de la CS étaient axées sur la résolution de problèmes et l'attribution de responsabilités, des échanges par courrier électronique et des réunions en comité restreint étaient maintenus jusqu'à ce que le problème soit amélioré ou totalement résolu.

Lier les débriefings aux autres processus

Pour aller au-delà des simples discussions et sessions de réclamations, les débriefings ont dû devenir un véritable outil de gestion et de sécurité. Pour y parvenir, il était crucial de les intégrer aux processus existants d'amélioration de la qualité. Le cadre DOLL a joué un rôle essentiel en mettant en lumière la véritable essence et la valeur des débriefings. Cela a grandement aidé les responsables en les aidant à allouer plus judicieusement leurs ressources et à définir leurs priorités. En regroupant les problèmes similaires sous des catégories principales, la CS a pu adopter une approche plus globale axée sur l'amélioration de la qualité et l'optimisation des flux de travail, au lieu de traiter chaque problème individuellement.

Cette approche a permis au service des Urgences de collaborer efficacement pour développer des programmes d'amélioration de la qualité, en utilisant les débriefings en tandem avec des actions positives. De plus, l'utilisation du cadre a renforcé la cohérence entre les débriefings et leur contenu en constante évolution au fil du temps.

4. Résultats

Résultats numériques

Il convient de noter que nous n'avons pas cherché à établir un lien direct entre les débriefings et les indicateurs de qualité et d'organisation. Pour fournir un aperçu numérique, voici quelques chiffres pour aider le lecteur à comprendre l'ampleur du programme.

D'avril 2020 à décembre 2021, 273 débriefings ont été réalisés, dont 978 éléments ont été identifiés, 355 plus et 623 deltas. Un total de 66 réunions stratégiques du CS ont été réalisées.

L'analyse de la gestion des deltas montre que :

- 60 % ont été résolus par une action/changement simple dans la semaine du débriefing ;
- 15 % nécessitaient un projet à long terme avec un plan d'action spécifique ;
- 15 % ont été résolus grâce à un échange d'information et à la sensibilisation de l'équipe ;
- 10 % sont en dehors du champ d'application des Urgences et ont été attribués à divers processus hospitaliers pour amélioration.

D'un point de vue qualité et sécurité, comparativement aux années précédentes, le nombre de déclarations d'incidents a augmenté de 53 %. De plus, nous avons observé une augmentation (3 %) des déclarations d'incidents au sein de l'équipe médicale. Auparavant, les déclarations d'incidents étaient principalement effectuées par l'équipe infirmière. La culture de la qualité et de la sécurité semble donc avoir progressé, et nous pensons que cette amélioration résulte non seulement des débriefings, mais aussi d'un changement culturel positif en cours. En effet, ce renforcement culturel reposerait sur deux éléments clés que nous avons observés lors des débriefings : une réelle curiosité et une pratique réflexive partagée. Ces aspects ont encouragé la libre expression, la communication ouverte, et la réflexion [144]. Nous estimons que cela a favorisé la confiance, l'assurance, et renforcé le sentiment d'appartenance au sein du service des Urgences. Les observations susmentionnées revêtent une nature empirique, s'appuyant essentiellement sur des enquêtes de caractère qualitatif et des données brutes recueillies. Il convient cependant de souligner que ces constatations, bien que informatives, demandent une approche analytique plus approfondie et objective. À cette fin, l'application de méthodologies plus tangibles et rigoureuses s'avère impérative. Des questionnaires élaborés selon les travaux des professeurs Kamto Kenmogne et Van Caillie [147], ainsi que des enquêtes qualitatives plus méticuleuses, pourraient constituer des outils adéquats afin de parvenir à une compréhension plus nuancée et exhaustive des phénomènes étudiés

Tirer les enseignements de l'expérience clinique

Au début du projet, nous avons naturellement adopté une stratégie visant l'excellence. Toutefois, il nous est vite apparu que le meilleur pouvait s'avérer l'ennemi du bien, la quête initiale d'excellence immédiate, cherchant le "meilleur" d'emblée, pouvant être, *per se*, un frein à l'innovation et une source de découragement potentiel lorsque l'objectif ultime n'était pas atteint d'emblée. Forts de cette constatation, nous avons ensuite décidé d'opter pour une approche peut-être plus modeste, mais plus réaliste et résiliente, en visant un processus d'avantage basé sur l'amélioration continue, via une boucle vertueuse selon les retours et analyses continues pragmatiques. Cette approche a été communiquée au sein du service, et nous avons sollicité patience et soutien pendant que le programme mûrissait. Au fil du temps, des synergies et des améliorations sont naturellement apparues. Ainsi, l'implémentation de l'amélioration qualité nous semble devoir être d'avantage considérée comme un processus continu fonctionnant sur la base de boucles de rétroaction des cliniciens. Lorsque les DCR ont été lancés, certains cliniciens ont pensé que l'initiative faisait partie du processus d'accréditation de l'hôpital. Les équipes ont rapporté être moins motivées pour mener des débriefings dans ce contexte. Une fois que les équipes ont compris que l'initiative était mise en œuvre par eux et pour eux et qu'elle avait l'approbation totale de la direction des Urgences, la légitimité et la motivation ont été renforcées.

Au départ, nous pensions empiriquement que les facilitateurs devraient déjà être des instructeurs de simulation. Quelques cliniciens avaient une certification d'un an en simulation médicale. Ce sont les premiers à avoir suivi une formation d'une journée en DCR avec un coaching in situ par le principal facilitateur (GQS). Avec le temps, nous avons observé que la pratique de la simulation médicale n'était pas forcément nécessaire. Les valeurs de la simulation (par exemple, le bon jugement, l'utilisation de l'hypothèse de base, la garantie de la sécurité psychologique, la gestion respectueuse des conversations difficiles et la gestion efficace des émotions) étaient des compétences de base pour les DCR et pouvaient bien être apprises dans le contexte des DCR.

Les membres de l'équipe étaient moins motivés par les résultats scientifiques sur les DCR, mais étaient motivés par leurs observations personnelles des changements et des améliorations sur le lieu de travail. Cependant, la direction des Urgences exigeait des preuves scientifiques et un impact sur la sécurité des patients. La volonté des équipes de changer peut fluctuer. Pendant la crise de la COVID-19, le contexte était extrêmement favorable à une mise en œuvre rapide du changement à l'échelle des Urgences (plus d'« interventions immédiates » que de « gestion de projet »). Les problèmes étaient concrets, et les solutions étaient fournies en quelques jours. Une fois que l'intensité de la crise a diminué, le processus de changement a ralenti et plusieurs problèmes complexes ont été soulevés pour lesquels la direction n'avait pas de solution à court terme. Cela était démoralisant. Ces problèmes plus importants nécessitent de la patience, de la réflexion stratégique et souvent une coopération interdépartementale. Avec plus

d'expérience, nous avons remarqué que l'exploration de ces points lors des DCR conduisait à des séances de plaintes frustrantes. La solution a été d'enregistrer chaque problème lors de la partie "plus/delta" du débriefing. Le facilitateur se concentrait ensuite sur les sujets que l'équipe pouvait contrôler, par exemple, les conversations et la coordination de l'équipe, le soutien mutuel et les problèmes de communication. Après le DCR, tous les problèmes qui nécessitaient plus de réflexion, une coordination entre plusieurs départements et une planification pour être mis en œuvre, par exemple, l'échec à rendre rapidement les lits d'hôpitaux vides disponibles, étaient consciencieusement signalés au SC pour leur examen et leur action interdépartementale.

Un obstacle majeur pour les infirmières était d'avoir le DCR après leurs heures de travail. Une stratégie a donc été organisée pour que les DCR se tiennent avant la fin du quart de travail. De plus, les facilitateurs se sont engagés à respecter l'heure de fin du quart. Si la discussion prenait plus de temps, il était indiqué que le DCR allait dépasser l'heure de fin du quart et les participants avaient le choix de continuer ou de clore. Cette approche a amélioré la participation. Au début, le facilitateur apparaissait dans les Urgences juste avant le DCR prévu. Nous avons appris que des informations précieuses étaient recueillies par une brève observation avant le DCR. Pour mieux utiliser le temps précieux des cliniciens, le principal facilitateur est arrivé aux Urgences avec beaucoup de temps pour "prendre le pouls" du service, c'est-à-dire l'ambiance, les événements importants qui ont pu se produire, comment quelqu'un semblait contrarié, etc. Ces premières apparitions ont également permis au facilitateur d'avoir des discussions de suivi avec les cliniciens sur les préoccupations passées. Cette approche a résolu plusieurs problèmes, notamment en économisant du temps, en informant considérablement le facilitateur et en ayant souvent une idée des sujets les plus intéressants, et en démontrant l'implication personnelle et l'engagement du facilitateur. Au départ, les DCR avaient tendance à se concentrer sur les deltas, qui étaient désagréables et décourageants par nature. Les facilitateurs ont modifié leur approche et sont devenus habiles à mener également des conversations d'apprentissage intéressantes en utilisant les actions plus par les cliniciens. Les initiatives de qualité des soins ont la réputation de commencer puis de mourir lentement. Le personnel expérimenté résiste en partie aux initiatives, en disant par exemple : "Si j'attends assez longtemps, ce programme disparaîtra comme les autres." : "Ce programme ne fera aucune différence dans ma vie clinique ". Ce manque d'enthousiasme des cliniciens était enraciné et décourageant. Pour surmonter ce problème courant, (a) la direction des Urgences s'est publiquement engagée à ce que le programme soit une technique d'assurance qualité à long terme/permanente. (b) Il a été clairement indiqué aux cliniciens que nous savions que le programme n'était pas parfait et que la direction des Urgences s'engageait à le peaufiner et à l'améliorer à mesure que l'expérience augmentait. (c) Engagement à fournir des mises à jour publiques sur les problèmes du projet et les améliorations du projet et à fournir des exemples et des succès du projet en public. En bref, nous nous sommes publiquement engagés à "ne jamais abandonner".

Tableau 1. Résumé des suggestions pour la phase d'implémentation du processus et pour la phase de réalisation du Débriefing Clinique Routinier

Suggestions pour commencer un programme de débriefing clinique routinier	Suggestions pour des conversations intéressantes lors de débriefing clinique routinier
<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficier du soutien et de l'engagement visibles de la direction • Fournir une ressource durable pour coordonner tous les aspects du processus : • Développer un processus interne pour structurer et gérer les données (par exemple, le DOLL) • Établir une communication régulière dans tout le département concernant le programme. • Célébrer les succès et donner du crédit pour les bonnes idées. • Les coordinateurs de DCR et les initiateurs devraient rester cohérents, maintenir une vision positive des débriefings et ne jamais abandonner leur engagement pour que cela fonctionne. Ne laissez pas les critiques l'emporter. • Les DCR devraient être intégrés dans la stratégie de l'unité et associés à d'autres processus existants. • Le processus de DCR devrait être adapté aux besoins, au temps et aux expériences de l'unité, c'est-à-dire que le nombre de DCR peut varier d'un jour à deux fois par semaine. Cela peut fluctuer, mais ne jamais abandonner ! • Écouter les critiques franches. Soyez curieux et respectueux des critiques. • Les leaders de l'unité et le responsable du programme doivent être conscients des preuves scientifiques sur les DCR. Partagez-les lorsque les cliniciens montrent de l'intérêt. • Les équipes doivent ressentir et voir des changements visibles dans leur travail quotidien (tableau de bord, newsletter, suivi, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les DCR devraient commencer par des exemples très spécifiques en utilisant une méthode de plus/delta. • Les DCR devraient inclure au minimum des infirmières et des médecins. • Les DCR devraient être brefs, avec un maximum de 15 minutes pour le DCR. • Le DCR devrait être réalisé proche de l'unité et de préférence pas dans un espace clinique actif. • Inclure un facilitateur formé et expérimenté dans la gestion de conversations difficiles avec respect et une volonté de partager des points de vue. • Se concentrer sur les problèmes interpersonnels, de travail d'équipe et organisationnels plutôt que sur les problèmes d'équipement, stratégiques et hospitaliers. • Lorsqu'on approfondit le plus ou le delta, penser à poser des questions de suivi, car la première réponse est susceptible d'être superficielle. Creuser davantage. • Les facilitateurs peuvent respectueusement insérer leurs propres opinions pour être confrontées à l'opinion des autres. • Les rapports de DCR devraient synthétiser le plus/delta et être partagés avec les dirigeants.

CHAPITRE 6

DÉBRIEFING ET SÉCURITÉ, REGARDS CROISÉS

Comprendre le contenu à travers différents outils

“Psychological safety reduces the interpersonal barriers to failing well, so people can take on new challenges with less fear, such that we can try to succeed and walk away wiser when we don’t. That, I believe, is the right kind of wrong”

Amy C. Edmondson

1. Introduction

La sécurité de nos patients est aujourd’hui devenue une pierre angulaire des soins de santé [148]. Ce concept pris forme en 1999 grâce au rapport de l’American Institute of Medicine «To Err Is Human » [149], qui posait ainsi les fondations d’un mouvement nommé « Patient Safety Movement ». Selon les auteurs, entre 44,000 et 98,000 décès liés à des incidents médicaux survenaient annuellement aux Etats-Unis, dont 80% résultaient directement d’un dysfonctionnement de divers facteurs impliquant les interactions humaines et leur interface avec l’environnement de travail. Plus récemment, une étude menée en 2023 par Bates *et al.* identifiait qu’environ 7% des admissions hospitalières étaient assorties d’un incident liés aux soins potentiellement évitable [150].

L’objectif poursuivi aujourd’hui par la fondation « Patient Safety Movement » est clair : adopter une approche holistique pour réduire les préjudices évitables pour les patients et atteindre le risque nul [151]. Conscient des obstacles qui se dressent devant cet objectif, ce mouvement insiste sur le fait que pareil défi ne peut être atteint que dans un environnement de soins de santé qui aurait une culture de sécurité et de mise en œuvre des pratiques factuelles et pragmatiques nécessaires. Si l’objectif vertueux de l’éradication totale de ces incidents semble difficile à atteindre, l’OMS insiste également sur l’importance d’apprendre de ces erreurs afin d’en réduire la fréquence et, à tout le moins, d’en réduire l’impact [152]. Éliminer l’erreur peut en effet paraître irréaliste dans le contexte actuel de soins de santé marqués par leur complexité et le niveau de stress particulièrement élevé auquel ils sont exposés quotidiennement.

A ce titre, Erik Hollnagel, promoteur d’une approche centrée sur l’ingénierie de la résilience, identifie deux perspectives radicalement différente au sein de la notion de *patient safety* [153]. L’approche dite « Safety 1 » est en continuité directe avec l’approche traditionnelle de la sécurité, se focalisant sur le système de rapport d’incident (RI), l’erreur, le risque et la réduction des défaillances. Le RI peut être défini comme « tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d’un acte de prévention, d’une investigation ou d’un traitement ». Bien qu’employée de longue date, l’utilité du système de rapport d’incidents et d’analyse des événements indésirables s’est souvent avérée incomplète et parfois décevante, imposant une évolution paradigmatique. En substance, il s’agit alors de ne pas seulement identifier ce qui a pu échouer, mais de porter également notre attention vers ce qui fonctionne mieux.

Ainsi, l'approche conceptuelle Safety-II s'attache à l'examen de l'ensemble des événements notables, incluant des éléments communs, routiniers, de manière à découvrir les capacités, ajustements, variations et adaptations permettant de conduire aux réussites dans les systèmes complexes [106]. En somme, le concept Safety-II adopte une vision de la sécurité qui met l'accent sur la positivité, se fondant sur l'idée qu'un système sécuritaire d'apprentissage devrait avant tout trouver ses sources dans le travail de routine et sur l'analyse des succès plutôt que simplement des erreurs. Pareilles considérations, nous amènent à concevoir que les DCR, ainsi que nous l'avons montré plus haut, présentent une série de caractéristiques les rapprochant de l'approche Safety-II, lorsqu'au-delà des pistes d'améliorations potentielles, ils mettent en lumière les réussites et fiertés de l'équipe. [106].

Ainsi, comme nous l'avons démontré, le cadre DOLL est un outil permettant de catégoriser les résultats des DCR et de fournir une aide substantielle aux structures directrices et aux gestionnaires, en améliorant leur capacité à allouer des ressources et à établir des priorités avec une plus grande efficacité [100]. Nos précédents travaux ont objectivé que la mise en œuvre des DCR pouvait être associée à une augmentation du nombre de RI. Dans la continuité de ceux-ci, il nous a dès lors semblé opportun de tenter d'explorer les relations existantes entre les DCR et les RI, dès lors que les deux approches semblaient complémentaires et se nourrissaient d'informations concernant la sécurité recueillie auprès des équipes. Nous pensons en effet qu'une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels les DCR interagissent avec l'ensemble de l'écosystème de la sécurité des soins de santé et se combinent avec d'autres stratégies de gestion des risques et d'amélioration de la qualité, permettrait d'en améliorer la pertinence. Afin de poser un premier jalon dans cette démarche, nous avons conçu la présente étude dans le but d'identifier et de comparer les contenus liés à la sécurité des soins de santé obtenus par DCR et par RI et d'évaluer l'applicabilité du cadre DOLL dans le contexte de la sécurité des patients.

2. Méthodes

Design

Nous avons opté pour une approche quasi-mixte de design mono-méthode avec conversion suggérant que le jeu de données soit soumis à la fois à des analyses qualitatives et quantitatives au cours de l'étude. Pour cette étude, la réalisation de la phase quantitative était subordonnée à la complétion de la phase qualitative. Pour atteindre les deux objectifs énoncés, nous avons collecté des informations à partir de RI et des DCR, que nous avons ensuite classés et comparés à l'aide de deux grilles validées scientifiquement : 1). La grille de classification des rapports d'incidents de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [154] ; 2) La grille DOLL. Nous avons ensuite analysé les informations en utilisant ces grilles. Après cette étape, nous avons transformé les données qualitatives en données quantitatives afin de mieux comprendre les relations entre les données et les cadres conceptuels.

Site de recherche

Les données ont été récoltées dans les deux mêmes services d'urgences d'un seul hôpital universitaire belge présentés précédemment.

Collecte des données

Les données ont été collectées à partir de débriefings réalisés entre janvier 2021 et décembre 2021. Ces débriefings ont eu lieu après le quart de travail du matin parmi les membres du personnel médical et infirmier des services d'urgence des deux établissements. Tous les facilitateurs avaient une formation préalable en matière de "Débriefing avec Bon Jugement" et de la méthode "Plus-Delta" [110]. Cette méthode présente l'avantage d'être conceptuellement simple et facile à mettre en œuvre. Les données recueillies comprenaient la date, le lieu et le contenu du débriefing ("plus/delta" et les initiatives proposées). Ensuite, ces données ont été transcrites dans un fichier Excel pour faciliter leur analyse.

Les données liées aux rapports d'incidents entre janvier 2021 et décembre 2021 ont été extraites de manière systématique à l'aide de méthodes informatiques, car elles sont recueillies de manière routinière dans le système informatique hospitalier « BlueKango ». Notre attention s'est particulièrement portée sur les IR provenant des services d'Urgences des deux établissements ou sur les événements impliquant directement ces services. A noter que les RI recueillis via cette plateforme répondent à la définition institutionnelle suivante : « événement ou situation pouvant porter atteinte directement ou indirectement au droit, au bien-être, à l'intérêt et à la sécurité du patient ».

3. Analyse des données

Données qualitatives

Les chercheurs ont commencé l'analyse en lisant individuellement les transcriptions plusieurs fois pour se familiariser avec les données. L'équipe de recherche a commencé collectivement le tri sur un sous-ensemble des données pour parvenir à une compréhension raisonnable et à une cohérence du processus. Ensuite, les chercheurs ont travaillé indépendamment pour classer chaque élément comme "plus" ou "delta", puis ont placé les éléments dans le cadre DOLL et OMS. Les analyses individuelles résultantes ont ensuite été comparées et discutées par l'équipe de recherche jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint. Lorsqu'une classification n'était pas la même entre les chercheurs, ils ont réanalysé l'élément et ont atteint collectivement une réconciliation à 100 % grâce à la discussion, la curiosité, l'exploration des cadres et la clarification. En raison de leurs différentes formations professionnelles, la discussion a permis de partager des perspectives et des compréhensions individuelles.

Données quantitatives

Ensuite, nous avons effectué des analyses statistiques. Nous avons résumé les distributions des sous-dimensions des classifications, ainsi que les catégories Plus et Delta, en utilisant des statistiques descriptives sous forme de tableaux de fréquences et de pourcentages. Nous avons utilisé des tests exacts de Fisher pour examiner la relation entre les différentes sous-dimensions et les types de contenu (Plus/Delta). Par la suite, nous avons effectué des comparaisons de proportions deux à deux en utilisant les tests de Fisher avec une correction de Benjamini & Yekutieli. De plus, des analyses factorielles de correspondance ont été appliquées pour visualiser les liens entre les sous-dimensions et les dimensions à travers diverses classifications. Pour évaluer les différences de distribution entre les deux sites, nous avons utilisé des tests du chi-carré (ou des tests exacts de Fisher) pour évaluer l'homogénéité.

4. Résultats

En ce qui concerne les DCR, les données ont été recueillies à partir de 90 DCR, dont 42 ont eu lieu sur le site Satellite et 48 sur le site Principal. À partir de ces DCR, des éléments (plus/delta) ont été extraits, totalisant 458, avec 231 provenant du site Satellite et 227 du site Principal. Pour les RI, les données ont été collectées à partir d'un total de 263 rapports, dont 98 provenaient du site Satellite et 165 du site Principal. Dans la suite de ce texte, nous présenterons d'abord les comparaisons entre le contenu dérivé des DCR et des RI. Par la suite, nous présenterons des analyses relatives à l'applicabilité et à l'efficacité du DOLL.

5. Analyse et comparaison du contenu

Par le framework DOLL

Dans le Tableau 1, la répartition du contenu des DCR est présentée en fonction de leur type (Plus/Delta) et des dimensions de la classification DOLL (Niveau 1). Sur les 458 éléments de débriefing, 280 (61,14 %) ont été catégorisés comme négatifs. Près de la moitié du contenu (43,45 %) concernait l'Organisation Interne de l'Unité, tandis qu'environ un quart (25,55 %) était lié à l'Environnement de Travail. De plus, aucun élément positif n'a été identifié dans les catégories Patient ou Institution. Il est important de noter que l'association entre le type de contenu (Plus/Delta) et sa dimension correspondante est statistiquement significative (valeur de $p < 0,001$). En ce qui concerne le contenu des RI, qui se compose exclusivement de deltas, le Tableau 3.1.1 illustre leur répartition par rapport au cadre DOLL. Les résultats des comparaisons de proportions de deltas entre les différentes dimensions de la classification DOLL montrent des différences significatives entre la dimension Organisation Interne de l'Unité et chacune des autres dimensions, indiquant une proportion plus faible de deltas dans cette catégorie par rapport aux autres. De plus, il y a significativement plus d'éléments négatifs dans la dimension Procédures par rapport à la dimension Environnement.

Tableau 1 : Distribution Plus/Delta des Débriefings Cliniques Routiniers et des Rapports d'Incident sur base du framework "Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL)"

DOLL (Niveau 1)	DOLL (Niveau 2)	Débriefings cliniques			Reports d'incidents
		Delta n (%)	Plus n (%)	Total n (%)	Delta/Total n (%)
Patient		3 (100)	0 (0)	3 (1)	36 (14)
Individus		19 (90)	2 (10)	21 (5)	13 (5)
	<i>Comportement</i>	14 (88)	2 (12)	16 (3)	13 (5)
	<i>Formation et connaissances de l'environnement</i>	5 (100)	0 (0)	5 (1)	0 (0)
	<i>Etat physique et psychologique</i>	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Organisation interne		71 (36)	128 (64)	199 (43)	13 (5)
	<i>Rôles, tâches et responsabilités</i>	25 (48)	27 (52)	52 (11)	2 (1)
	<i>Communication</i>	25 (37)	43 (63)	68 (15)	4 (1)
	<i>Gestion des ressources humaines et matérielles</i>	21 (27)	58 (73)	79 (17)	7 (3)
Procédures		43 (98)	1 (2)	43 (10)	66 (25)
Environnement		82 (70)	35 (30)	117 (26)	31 (12)
	<i>Matériel et équipement</i>	23 (96)	1 (4)	24 (5)	21 (8)
	<i>Informatique</i>	8 (100)	0 (0)	8 (2)	2 (1)
	<i>Site et infrastructures</i>	22 (92)	2 (8)	24 (5)	6 (2)
	<i>Charge de travail</i>	29 (48)	32 (52)	61 (13)	2 (1)
Autres unités		56 (82)	12 (18)	68 (15)	94 (35)
Institution		6 (100)	0 (0)	6 (1)	10 (4)
	<i>Politique institutionnelle</i>	4 (100)	0 (0)	4 (1)	6 (3)
	<i>Contraintes économiques et politiques</i>	1 (100)	0 (0)	1 (0)	0 (0)
	<i>Réseau</i>	1 (100)	0 (0)	1 (0)	4 (1)
Total		280 (61)	178 (39)	458 (100)	263 (100)

Par le framework de l'OMS

Le Tableau 2 présente la répartition du contenu des DCR en fonction de leur type (Plus/Delta) et des RI en utilisant la classification de l'OMS. Près de la moitié du contenu des DCR (43,45 %) concernait l'organisation ou les ressources, tandis que légèrement moins d'un quart (22,27 %) était lié aux flux du patient (flow). Il est important de noter qu'aucun contenu n'a été catégorisé dans sept des 15 catégories (Accident du patient, Infection associée aux soins de santé, Matériel médical stérile, Production de nutrition/aliments, Oxygène/gaz, Perte/Dommage des biens du patient, et Sang/Produits sanguins). L'association entre le type de contenu des DCR (Plus/Delta) et la dimension de l'OMS à laquelle il appartient est statistiquement significative (valeur de $p < 0,001$).

Les résultats des comparaisons deux à deux des proportions de deltas au sein des différentes catégories de la classification de l'OMS montrent des différences significatives entre la catégorie Organisation/Ressources et chacune des autres catégories, à l'exception des catégories Documentation et Médicaments, avec des proportions de deltas systématiquement plus faibles dans la catégorie Organisation/Ressources. La catégorie Équipement, contenant 100 % d'éléments négatifs, présente des différences significatives avec les catégories Flux, Organisation/Ressources et Autre. Enfin, la catégorie Soins aux Patients contient également une proportion substantielle d'éléments négatifs (97,78 %), significativement plus élevée que les catégories Flux des Patients et Autre.

Tableau 2 : Distribution Plus/Delta des Débriefings Cliniques Routiniers et des Rapports d'Incident sur base du framework de l'Organisme Mondial de la Santé

Types d'évènements	Débriefings cliniques			Reports d'incidents
	Delta n (%)	Plus n (%)	Total n (%)	Delta/Total n (%)
Accident du patient	0	0	0 (0)	6 (2)
Équipement	25 (100)	0 (0)	25 (5)	12 (5)
Comportement du personnel/patient	17 (90)	2 (10)	19 (4)	38 (14)
Documentation	3 (100)	0 (0)	3 (1)	13 (5)
Flux du patient (entrée, sortie, transfert)	67 (66)	35 (34)	102 (22)	76 (29)
Infection liée aux soins	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Équipement/appareil non stérile	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Médicament	4 (100)	0 (0)	4 (1)	5 (2)
Nutrition	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)
Oxygène/gaz	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (1)
Perte/bris de biens du patient	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (3)
Ressources/organisation	81 (41)	118 (59)	199 (43)	22 (8)
Sang/Produits sanguins	0 (0)	0 (0)	0 (0)	6 (2)
Soins au patient	44 (98)	1 (2)	45 (10)	72 (27)
Autres	39 (64)	22 (36)	61 (13)	1 (0)
Total	280 (61)	178 (39)	458 (100)	263 (100)

Applicabilité du DOLL

Les Tableaux 3 et 4 comparent les dimensions des classifications OMS avec les (sous)-dimensions de la classification DOLL pour les niveaux 1 et 2 respectivement et en ce qui concerne les rapports d'incident. Les figures de l'Annexe 6 illustrent les différentes associations évoquées. Les résultats montrent que la dimension Comportement dans la classification de l'OMS présente une corrélation solide avec les dimensions Patient et Individu dans la classification DOLL.

En même temps, les dimensions Organisation/Ressources et Organisation Interne manifestent une synergie comparable. De plus, les catégories Flux et Soins dans la classification de l'OMS démontrent une association avec les dimensions Procédures et Autres Unités de la classification DOLL.

En ce qui concerne les sous-dimensions dans la classification DOLL, la catégorie Matériel montre une étroite correspondance avec la catégorie Équipement dans la classification de l'OMS. Cependant, la catégorie IT (Technologie de l'Information) présente une association quelque peu diminuée par rapport aux débriefings. Enfin, les catégories Patient et Comportement révèlent une connexion avec la catégorie Personnel/Comportement du Patient de la classification de l'OMS.

Tableau 3 : Distribution des Rapports d'Incident en fonction des frameworks OMS et DOLL (Dimensions principales)

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

Tableau 4 – Répartition des rapports d'incident en fonction des sous-dimensions de la classification DOLL et de la classification OMS																
DOLL (niveau 2)	OMS															Total
	Chute patient	Appareil	Comportement	Documentation	Flux	Infection liée aux soins	Matériel stérile	Médication	Nutrition / Production des repas	Oxygène/ Gaz	Biens du patient	Organisation	Sang	Soins	Autres	
Patient	4 (1.52)	0 (0.00)	26 (9.89)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (1.14)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	36 (13.69)
Comportement	0 (0.00)	0 (0.00)	12 (4.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	13 (4.94)
Formation et connaissance de l'environnement	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Etat physique et psychologique	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Rôles	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)
Communication	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	4 (1.52)
RH	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (2.66)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (2.66)
Procédure	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (3.04)	29 (11.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.52)	3 (1.14)	22 (8.37)	0 (0.00)	66 (25.10)
Matériel	1 (0.38)	9 (3.42)	0 (0.00)	2 (0.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	3 (1.14)	0 (0.00)	3 (1.14)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	21 (7.98)
IT	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	2 (0.76)
Infrastructure	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	2 (0.76)	1 (0.38)	6 (2.28)
Charge de travail	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.76)
Autres unités	1 (0.38)	2 (0.76)	0 (0.00)	1 (0.38)	39 (14.83)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.52)	3 (1.14)	43 (16.35)	0 (0.00)	94 (35.74)
Politique	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (1.14)	1 (0.38)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	6 (2.28)
Contraintes économiques et politiques	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
Réseau	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (1.14)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.38)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4 (1.52)
Total	6 (2.28)	12 (4.56)	38 (14.45)	13 (4.94)	76 (28.90)	0 (0.00)	1 (0.38)	5 (1.90)	1 (0.38)	3 (1.14)	7 (2.66)	22 (8.37)	6 (2.28)	72 (27.38)	1 (0.38)	263

6. Discussion

À l'aide d'une étude mixte, nous avons cherché à mieux comprendre le contenu lié à la sécurité des soins de santé dérivé des DCR et des RI et à évaluer la pertinence du cadre DOLL dans le contexte de la sécurité des patients. Les résultats que nous rapportons, mettent en évidence des différences importantes dans la distribution de ces contenus. Nous observons, en outre, que des chevauchements notables existent entre les deux cadres de classification étudiés, DOLL et OMS.

En ce qui concerne la distribution des Plus et Delta, nos résultats soulignent la relation principalement négative de l'environnement de travail sur les cliniciens. Ainsi, la totalité des items concernant la catégorie « Équipement » se sont avérés négatifs. Les services supports tels que l'entretien, l'informatique peuvent améliorer considérablement les soins aux patients lorsqu'ils sont facilement disponibles, car ils complètent un environnement interdisciplinaire. De telles observations permettent un regard nouveau car peu d'études, à ce jour, en ont relevé leur importance [132,155,156]. Nous avons également trouvé interpellant que la proportion d'éléments alimentant la catégorie « Charge de travail » pour les DI et les DCR ne soit pas avérée statistiquement significative. En effet, nous en observons une sous-représentation dans les RI et les éléments évoqués dans les DCR se révèlent principalement positifs. Ceci peut paraître paradoxal alors que la littérature existante tend à souligner l'impact direct de la charge de travail sur la qualité des soins [157]. La catégorie « Organisation », en revanche, contient beaucoup moins de deltas. Les comportements inter-équipes dans cette catégorie apparaissent majoritairement positifs. A ce point de vue, nous formulons l'hypothèse que les interventions de coaching d'équipe mises en œuvre dans le service (briefings, débriefings, feedback, simulations régulières) pourraient conduire à une perception plus positive de l'organisation, peut-être à mettre en relation avec le développement de la réflexivité de l'équipe. Nous considérons en effet que la réflexivité de l'équipe, facilitée par le processus de débriefings, favoriserait non seulement l'apprentissage collaboratif, mais contribuerait également au bien-être et à la résilience du personnel, en réduisant l'épuisement professionnel [121].

Ainsi, à l'instar de J. Schmutz et W. Eppich [120], qui décrivent le concept de "réflexivité d'équipe" au sein des équipes de soins et considèrent les équipes de soins comme des groupes d'experts bien formés, nous observons que la réflexivité d'équipe est le reflet de la capacité collective de l'équipe à réfléchir sur des objectifs communs, les processus et les résultats de leurs expériences, et à s'adapter en conséquence. En outre, des études récentes suggèrent que le débriefing des éléments Plus/Delta jouerait un rôle crucial dans la réduction de la fatigue émotionnelle liée au travail [158], alors que le fait de ne se concentrer que sur les aspects négatifs ne conduirait pas à une réduction significative de celle-ci.

Ces considérations mettent en évidence la nécessité d'explorer également les stratégies permettant de faire un compte rendu efficace des succès quotidiens des équipes cliniques, tant il apparaît que ces informations précieuses ont le potentiel d'améliorer le bien-être et l'efficacité de l'équipe.

L'identification pertinente d'indicateurs de sous-déclaration dans le domaine médical revêt une importance cruciale pour garantir la sécurité des patients. Un point interpellant, qui transcende la simple limite statistique, se manifeste à travers le nombre de rapports d'incident signalés au cours d'une période annuelle. Selon les données de la littérature, il est établi qu'au moins un événement indésirable est survenu dans 23.6% des admissions médicales [150]. Extrapolant cette information à nos deux services traitant conjointement 110,000 admissions annuelles, cela engendrerait potentiellement 25,960 rapports d'incidents. Cette statistique non négligeable soulève des questions significatives quant à la sous-déclaration des événements indésirables dans notre contexte clinique. Une exploration approfondie de ces incidents peut fournir des perspectives cruciales pour améliorer la sécurité des patients et renforcer les pratiques médicales. Dans le dessein d'améliorer la transparence et de remédier à la sous-déclaration potentielle des incidents médicaux, l'instauration de DCR se présente comme une initiative judicieuse. Ces sessions de rétrospective systématique offrent une plateforme propice à la discussion ouverte et constructive des événements survenus au cours des soins dispensés. En encourageant un dialogue franc entre les professionnels de la santé, les débriefings cliniques favorisent un climat propice à l'échange d'expériences, à l'identification proactive des incidents, et à la mise en lumière de pratiques susceptibles d'être perfectionnées. La mise en place de tels DCR constitue ainsi une stratégie proactive visant à augmenter la détection et le signalement des incidents, contribuant ainsi à une meilleure compréhension des risques potentiels et à l'instauration de pratiques médicales plus sûres.

Comparant les modèles appliqués, à savoir le DOLL et la catégorisation OMS, nous observons une sous-utilisation de certains éléments en fonction du cadre utilisé. Plus précisément, dans la distribution des 458 éléments DCR utilisant le DOLL, seulement trois concernaient la dimension "patient". Cette constatation concorde avec l'étude sur le DOLL que nous avons entreprise et est probablement attribuable au fait que très peu d'éléments mentionnés au cours des débriefings étaient exclusivement liés au patient. En outre, il convient de noter qu'aucun contenu n'a été classé dans 7 des 15 catégories de l'OMS. Dans l'analyse des RI, nous observons la sous-utilisation de plusieurs éléments avec l'échelle de l'OMS, alors que la distribution des éléments avec l'échelle DOLL semble plus homogène.

Une explication plausible pourrait résider dans le fait que les dimensions de l'OMS se concentrent principalement sur les soins aux patients et se préoccupent moins des aspects organisationnels. Certaines correspondances ont été observées entre les dimensions des cadres DOLL et OMS, suggérant la pertinence potentielle d'un nouveau cadre adaptable à la fois aux RI et aux DCR. Ainsi, si nous devions

proposer un nouveau cadre DOLL 2.0 pour analyser ces deux types de rapports, nous devrions délibérer sur la pertinence d'utiliser des dimensions moins représentées dans le cadre ou sur les avantages potentiels de les regrouper dans une catégorie partagée.

La nature fondamentale des DCR, qui s'articulent autour du système et de son organisation, contribue probablement à la représentation limitée des éléments directement liés au patient. Alors que le cadre DOLL sert principalement à des fins de gestion, d'amélioration de la qualité et d'action, le cadre de l'OMS vise à assurer la sécurité des patients. De la même manière, une réflexion concernant la catégorisation en fonction du discours rapporté ou de sa cause racine devrait s'opérer.

7. Conclusions

Notre étude visait à étudier la relation entre les DCR et les RI, tout en évaluant l'applicabilité du cadre DOLL dans le contexte de la sécurité des patients. Nos résultats ont révélé des disparités à l'intérieur des dimensions pour les DCR et les RI, soulignant l'importance de comprendre les variations liées aux différentes dimensions. En outre, notre étude souligne les avantages potentiels de l'adoption d'un cadre holistique comme le DOLL, capable d'englober les aspects positifs et négatifs, favorisant ainsi une approche plus systémique pour améliorer la sécurité des patients. La mise en œuvre d'un cadre unifié pourrait s'avérer essentielle à la gestion et à la comparaison de divers mécanismes d'enquête appréciative, facilitant ainsi la prise de décisions éclairées en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des patients.

DISCUSSION GÉNÉRALE

À l'entame de cette thèse, notre objectif principal était d'explorer les voies de transfert et d'application des concepts relatifs aux hôpitaux magnétiques et au redesign organisationnel dans le contexte du domaine de la santé. Nous avons particulièrement porté notre attention sur les interventions et les stratégies de gestion associées à la coordination et au management hospitalier de proximité, telles qu'elles ont été mises en œuvre dans des contextes hospitaliers spécifiques.

Notre démarche de recherche s'est déroulée en suivant une série de questions cruciales qui ont jalonné notre parcours. Dans les sections à venir, nous approfondirons ces diverses problématiques en examinant attentivement les résultats que nous avons obtenus et en envisageant les perspectives qui en découlent. À travers cette discussion, nous chercherons à mettre en lumière les enseignements tirés de ces expériences passées et des analyses approfondies que nous avons menées.

Enfin, nous concluons notre exploration en rassemblant ces divers éléments disséqués pour esquisser un portrait global et cohérent de l'application des concepts des hôpitaux magnétiques et du redesign organisationnel dans le domaine de la santé.

1. À la Croisée des Chemins : Transférabilité et Résilience des Hôpitaux Magnétiques Face aux Défis de la Crise

Transférabilité du concept

Les résultats de nos travaux mettent en évidence une perspective extrêmement encourageante : le concept de l'HM se révèle non seulement adaptable, mais il répond également à une demande pressante du personnel infirmier. Ce dernier souhaite vivement revaloriser son environnement de travail pour favoriser un meilleur épanouissement professionnel. Cependant, il est essentiel de souligner que ce transfert nécessite des adaptations substantielles à plusieurs niveaux, notamment sur le plan organisationnel et managérial, et plus particulièrement sur le plan culturel au sein des établissements de santé [32]. Ce changement culturel essentiel concerne l'adaptation nécessaire du concept d'HM au-delà de son application strictement infirmière [159]. Il apparaît clairement, à la lumière de nos résultats et de notre analyse, que le cloisonnement des domaines de spécialité et discipline est une approche inefficace. En cherchant à trop spécifier et à hypersegmenter les améliorations de l'environnement de travail, l'amélioration de celui-ci devient contre-productif. En réalité, il est illusoire d'envisager un environnement de travail pluridisciplinaire où seul un groupe spécifique serait épanoui, étant donné la nature intrinsèquement interdépendante des relations au sein d'une structure hospitalière [93].

Ainsi, pour une vision plus pertinente et plus efficace, il est impératif de faire évoluer le concept d'HM en faveur de la notion d'environnement de travail magnétique. Cette nuance a pour objectif de transcender les barrières disciplinaires et d'encourager une culture de collaboration et de partage entre les différentes spécialités médicales et paramédicales [39]. Il s'agit de reconnaître que l'épanouissement professionnel d'un groupe ne peut être pleinement atteint que dans un environnement où chaque élément contribue à la réussite globale de l'établissement de santé. En somme, il ne suffit pas d'avoir un seul secteur qui prospère ; pour véritablement prospérer, l'ensemble de l'organisation doit s'épanouir collectivement.

Ensuite, nos résultats révèlent que les équipes hospitalières sont davantage enclines à embrasser la philosophie fondamentale de l'HM plutôt que de s'engager dans des processus d'accréditation rigides. Cette préférence pour la philosophie de base du modèle magnétique suggère que les équipes accordent plus d'importance à la création d'un environnement de travail épanouissant et à l'amélioration continue de la qualité des soins, plutôt qu'à la simple conformité à des normes et standards prédéfinis [160]. Il est essentiel de reconnaître que la mise en œuvre du concept d'HM ne peut pas être standardisée de manière universelle. Les spécificités contextuelles, légales et organisationnelles varient considérablement d'un pays à l'autre, voire d'un hôpital à l'autre au sein d'un même pays. Il en découle qu'une approche uniforme et rigide est peu susceptible de réussir dans des environnements de santé diversifiés [161]. Dans cette optique, nous soutenons l'idée de développer et partager un kit d'outils comprenant une gamme variée d'interventions, de démarches et de modes opératoires pratiques, telle que celui suggéré par le projet Magnet4Europe et prochainement diffusé [32]. De plus, à mesure que l'intelligence artificielle évolue, il devient envisageable d'identifier les interventions les plus appropriées pour une unité de soins donnée en fonction de ses caractéristiques spécifiques [162]. En effet, l'IA pourrait être déployée pour identifier les interventions les plus fructueuses, en tenant compte des spécificités de chaque hôpital, unité ou équipe. En analysant les données relatives à la satisfaction des patients, à la perception du personnel, aux politiques internes, et à d'autres variables pertinentes, l'IA pourrait générer des recommandations personnalisées. Ces conseils sur mesure pourraient ainsi renforcer le magnétisme hospitalier, améliorant ainsi l'image de l'établissement et attirant des talents médicaux de haut niveau. Cette personnalisation de l'approche du modèle magnétique garantirait une meilleure adaptation aux besoins et aux défis particuliers de chaque établissement de santé. En fin de compte, l'essence du concept d'HM repose sur la conception d'une création sur mesure plutôt que d'un modèle de prêt-à-porter, offrant ainsi une flexibilité et une pertinence accrues dans un paysage hospitalier en constante évolution

Niveau de magnétisme

Nos résultats, issus de l'analyse pré-crise et post-crise, nous plongent au cœur d'une réalité complexe, où l'attrait initial pour le travail hospitalier se heurte à une réalité de terrain marquée par un bien-être insuffisant. Cette dissonance révèle plusieurs facettes intrigantes qui méritent une exploration en profondeur.

En premier lieu, les scores de bien-être en deçà des attentes semblent largement attribuables à trois problématiques majeures. La première concerne une fracture perceptible au sein de la gestion et de la communication, tant au niveau des acteurs de terrain que des instances de direction [163]. Cette fracture semble créer un sentiment d'incompréhension des défis rencontrés par les équipes sur le terrain, laissant transparaître un manque de considération envers le personnel soignant. Ce déséquilibre peut engendrer une dévalorisation du travail accompli, un facteur qui ne peut être ignoré à l'heure où les aspirations et les besoins professionnels évoluent, avec une génération plus jeune en quête de reconnaissance, d'estime et de rétroaction constructive [164]. Dans un contexte marqué par le COVID-19, il est fascinant de noter que des initiatives locales, notamment celles favorisant des boucles de rétroaction courtes à travers des DCR, ont permis de renforcer la communication, le management et la valorisation du personnel, s'inscrivant ainsi dans une stratégie de gestion à contre-courant [165].

Le deuxième point de divergence réside dans le tribalisme au sein des équipes de soins. Ce phénomène, caractérisé par l'alignement des professionnels de la santé sur des affiliations professionnelles ou organisationnelles spécifiques, a le potentiel de fragmenter et de diviser le système de santé [166]. Le tribalisme a été associé à des erreurs médicales, au burnout des médecins et à une diminution de la satisfaction des patients [167]. Il ne se limite pas aux équipes de terrain, mais imprègne également la structure et la dynamique des départements et des disciplines [93]. Durant la crise du COVID-19, ces barrières interdisciplinaires ont semblé s'estomper, favorisant un esprit de collaboration et de poursuite d'un objectif commun [168]. Les initiatives locales ont été conçues dans une optique globale, soulignant la nécessité de travailler en tant que "nous" plutôt que de perpétuer une vision de "eux vs nous". Cette approche systémique semble propice à renforcer le magnétisme organisationnel, tout en mettant en exergue l'importance de l'amélioration de l'environnement de travail de manière holistique plutôt que sectorielle.

Enfin, le troisième point de divergence porte sur la notion de sens au travail. Nos résultats indiquent que le sens au travail est influencé par deux facteurs majeurs : la perception de réaliser des tâches qui ne sont pas intrinsèquement liées à la mission fondamentale et le sentiment de ne pas contribuer à la prestation de soins de qualité. Paradoxalement, la crise du COVID-19 semble avoir réveillé un sentiment de sens et d'accomplissement parmi le personnel interrogé. Ces résultats suggèrent que les initiatives

visant à améliorer le bien-être au travail, bien que bénéfiques, ne peuvent véritablement avoir un impact significatif que si l'institution hospitalière elle-même a d'abord réfléchi en profondeur à sa mission et à sa raison d'être [169]. Ces initiatives ne prennent tout leur sens que lorsqu'elles sont ancrées dans une compréhension profonde de la mission institutionnelle.

Ainsi, nos résultats révèlent la nécessité d'une approche holistique de l'HM, prenant en compte les aspects managériaux, communicationnels, culturels et de sens au travail. Nos recherches soulignent également que les solutions pourraient résider dans des approches locales et personnalisées adaptées aux spécificités de chaque environnement de soins. La crise du COVID-19 a agi comme un catalyseur en révélant certaines de ces solutions potentielles, notamment les DCR, tout en renforçant la conviction que le magnétisme hospitalier ne peut être une réalité que si l'ensemble du système de santé s'engage dans une démarche commune.

2. Revitaliser le Magnétisme Hospitalier : L'Impact des DCR

La mise en place de DCR doit être considérée comme un élément intégré au sein d'un vaste processus de redesign organisationnel, plutôt que comme une intervention isolée. À la lumière de nos résultats et de nos analyses, les DCR se sont révélés favoriser le magnétisme hospitalier grâce à deux processus distincts mais complémentaires : la gestion à double flux [170] et l'ambidextrie organisationnelle [171].

Tout d'abord, examinons le concept de gestion à double-flux, qui peut être métaphoriquement comparé à la double révolution d'un escalier en colimaçon. Dans cette approche, la gestion fonctionne dans deux directions opposées, tout comme les deux révolutions d'un escalier en colimaçon. La première révolution se concentre sur l'approche descendante, où la direction établit des objectifs et des cadres pour atteindre les objectifs de l'organisation. Cela ressemble à la montée de l'escalier depuis le sommet, chaque marche devenant progressivement plus étroite.

La deuxième révolution se concentre sur l'approche ascendante, où les employés sont habilités à prendre des décisions et à entreprendre des actions qui aideront l'organisation à atteindre ses objectifs. Dans la gestion à contre-courant, la direction se déplace de manière fluide entre ces deux révolutions, en fonction des besoins de l'organisation [172]. Cela permet une flexibilité et une adaptabilité, ainsi qu'un équilibre entre le contrôle descendant et l'autonomisation ascendante. La gestion à double flux semble représenter une approche précieuse pour les organisations de soins de santé qui doivent rapidement s'adapter aux changements, tout en conservant une forte orientation et un objectif clair [173,174]. En impliquant le personnel de première ligne dans la prise de décisions et en encourageant la communication ouverte, les organisations de santé peuvent développer une culture plus réactive et agile, favorisant ainsi une meilleure résilience.

La gestion à double flux met également l'accent sur l'importance de l'amélioration continue, en se concentrant sur l'identification et la résolution des domaines nécessitant des améliorations en temps réel [170]. Par conséquent, les DCR se révèlent être un outil précieux pour la phase ascendante du processus, c'est-à-dire pour la remontée d'informations. Cependant, il est essentiel de réfléchir attentivement à l'ensemble du processus de débriefing, y compris les étapes ultérieures de la boucle. Cela souligne la nécessité d'une stratégie globale de redesign organisationnel.

Le deuxième point à considérer est celui de l'ambidextrie organisationnelle. Cette approche implique de tirer parti des ressources existantes tout en poursuivant simultanément de nouvelles opportunités pour maintenir des niveaux de performance élevés et le succès organisationnel [171].

L'ambidextrie organisationnelle décrit deux processus potentiellement paradoxaux, l'exploration et l'exploitation. L'exploration consiste à tester de nouvelles approches non conventionnelles et à s'aventurer en territoire inconnu pour assimiler et appliquer de nouvelles connaissances. En revanche, l'exploitation vise à atteindre les objectifs et à gérer les risques pour améliorer l'efficacité opérationnelle. Les organisations doivent équilibrer à la fois l'exploration et l'exploitation pour atteindre une performance optimale et éviter de tomber dans des pièges de réussite ou d'échec qui pourraient entraver significativement leur succès organisationnel [175].

Ainsi, le processus de DCR peut accompagner les équipes dans cette dualité en consolidant les pratiques existantes, en intégrant l'innovation et en favorisant l'évolution de la routine. En adoptant ces deux approches complémentaires, les organisations de santé peuvent renforcer leur magnétisme hospitalier tout en s'adaptant de manière agile aux besoins changeants de leur environnement.

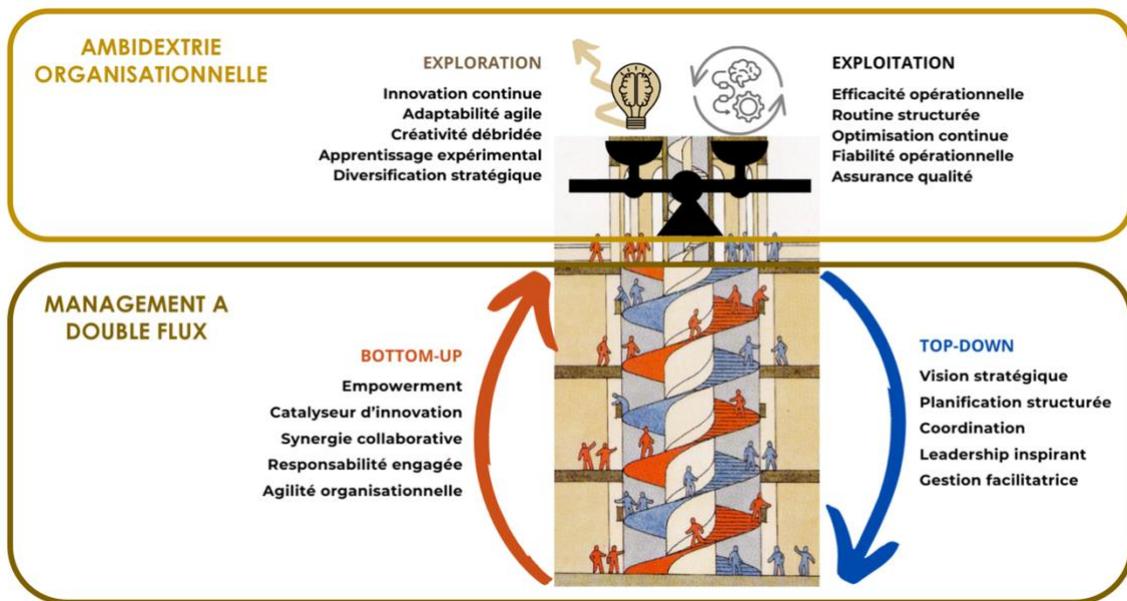


Figure 4. Intégration du management à double-flux dans l'ambidextrie organisationnelle

Lors de notre réflexion sur la mise en place et l'analyse des DCR, nous avons été amenés à nous interroger sur l'objectif même de ces séances et sur les termes utilisés pour les décrire. Le terme "débriefing clinique" englobe de nombreuses modalités, objectifs et approches variées qui sont documentés dans la littérature [104,108,120,176]. Cette diversité de terminologie et d'approches peut parfois entraver la comparaison entre les différents programmes de débriefing clinique. De plus, nous avons constaté que la généralisation du terme « débriefing » peut parfois être contre-productive. Lors de l'implémentation du processus, il nous est arrivé de recevoir des demandes génériques telles que "*Il y a eu un incident, nous devrions faire un débriefing.*"

Cette expérience nous a conduit à réfléchir sur la nécessité de clarifier la terminologie et l'utilisation des DCR dans le domaine de la santé. Il est essentiel de définir des objectifs clairs pour chaque modalité de débriefing et d'adopter une terminologie cohérente pour décrire les différentes approches [101]. Cela permettrait de mieux orienter les ressources vers les objectifs spécifiques de chaque débriefing et d'éviter une utilisation générique qui pourrait diluer l'efficacité de cette pratique. Une terminologie et des objectifs standardisés facilitera également la comparaison des résultats entre différentes études et programmes, favorisant ainsi l'avancement des connaissances dans ce domaine [177].

Au-delà de la stratégie, la création d'un cadre de classification a permis de mieux comprendre les données et d'orienter de manière plus pertinente les ressources en alignement avec les objectifs organisationnels. Cette approche systématique permet d'optimiser l'efficacité des DCR en les intégrant de manière stratégique dans l'ensemble de l'organisation. Jusqu'à présent, les DCR mis en œuvre suggèrent un impact positif sur la gestion et l'organisation [84,121,178,179]. Toutefois, l'impact concret

sur le bien-être au travail et la résilience des équipes reste encore à prouver. Nous pensons qu'au-delà de la résilience individuelle, les débriefings ont le potentiel de renforcer la résilience des équipes et de l'organisation dans son ensemble, créant ainsi une résilience à plusieurs niveaux [158].

Afin de répondre à ce besoin crucial d'évaluation des DCR, il est impératif de reconnaître que cette innovation est intimement ancrée dans le système de santé et influencé par une multitude d'éléments. Par conséquent, évaluer ce processus de manière classique semble réducteur et peut s'avérer peu concluant [180–182]. Pour appréhender pleinement l'impact des DCR, il semble nécessaire d'adopter une approche beaucoup plus complète et holistique. Dans cette optique, il nous paraît intéressant d'assembler des modèles avancés de biostatistiques à des modèles de management et d'évaluation des processus. Cette démarche permettrait de prendre en compte l'ensemble des facteurs contextuels, organisationnels et humains qui influencent les DCR. Cela nécessiterait la conception d'essais randomisés longitudinaux à plusieurs niveaux, avec plusieurs points de mesure, afin de saisir la dynamique complexe de ce processus [183,184]. Parallèlement, l'utilisation de control charts ou de run charts serait un complément précieux pour évaluer la stabilité du processus d'implémentation des DCR [185,186]. Ces outils offriraient une surveillance continue du processus, permettant de détecter rapidement les variations et les déviations par rapport aux objectifs établis en matière de sciences de l'implémentation [187,188]. Ils contribueraient ainsi à maintenir la stabilité et l'efficacité du processus tout en prenant en compte les facteurs externes et internes qui peuvent influencer son fonctionnement [189]. Jusqu'à présent, notre attention s'est majoritairement concentrée sur l'évaluation du processus, en s'alignant sur le concept d'appropriation des techniques par assimilation [190]. Bien que cette approche suscite un vif intérêt, elle révèle une orientation plus prescriptive que véritablement explicative. Les cadres théoriques actuellement déployés se fondent sur la manipulation de facteurs clés, cependant, ils peinent à appréhender de manière exhaustive l'appropriation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) en tant que processus organisationnel, à la fois dynamique et complexe. Ainsi, les futures évaluations du processus pourraient judicieusement se diriger vers une perspective imprégnée des courants structurationnistes [191]. Cette approche avance l'idée selon laquelle l'interaction réciproque entre les technologies et les acteurs entraîne l'organisation dans un processus de changement. En envisageant l'appropriation des TIC comme une dynamique résultant de cette interaction complexe, une compréhension plus profonde des mécanismes sous-jacents émergerait, ouvrant la voie à une vision plus holistique du processus d'adoption technologique. Ce travail approfondi d'analyse sur l'appropriation des TIC constituerait indubitablement une contribution significative au domaine de la gestion du changement. En offrant une perspective éclairée sur les interactions complexes entre les technologies et les acteurs au sein de l'organisation, cette approche permettrait de mieux anticiper, comprendre et accompagner les changements induits par l'intégration de nouvelles technologies. Ainsi, elle renforcerait l'efficacité des processus de gestion du changement au sein de l'entité organisationnelle.

3. Harmonie Clinique : L'Intégration du Débriefing dans l'Orchestration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

La dernière phase de cette thèse s'est attachée à évaluer la meilleure manière d'intégrer les débriefings dans une démarche plus globale en matière de qualité et de sécurité des soins. La première approche envisagée consiste à se pencher sur la méthodologie d'analyse et de traitement des données issues des débriefings. La seconde approche se concentre davantage sur les modalités de réalisation des débriefings eux-mêmes à la lumière des connaissances acquises par leur analyse.

Méthode et traitement

Tout d'abord, il nous paraît essentiel d'explorer la possibilité d'adopter un cadre d'analyse commun pour les débriefings et déclarations d'évènement pour évaluer et améliorer la sécurité des patients. Actuellement, nous constatons que l'utilisation des cadres de référence tels que DOLL et l'OMS est parfois incomplète et insuffisamment adaptée à certaines situations.

Toutefois, lorsque nous comparons ces deux cadres, nous pouvons identifier des correspondances entre leurs dimensions respectives. Cette observation suggère la possibilité de créer un nouveau cadre qui serait suffisamment flexible pour être adapté à la fois aux déclarations et aux débriefings. L'un des points forts du DOLL par rapport à celui de l'OMS, réside dans sa capacité à classifier de manière efficace les éléments, qu'ils soient positifs ou négatifs [100]. En adoptant une approche qui s'inscrit dans le paradigme du Safety II, le cadre DOLL se positionne comme un outil essentiel pour renforcer la sécurité des patients [106,192]. Ainsi, la création d'un système d'événements désirables en parallèle du cadre DOLL pourrait offrir la possibilité de collecter des pratiques exemplaires supplémentaires spécifiquement lié à la sécurité des patients.

À plus large échelle, l'adoption d'un cadre commun pourrait fournir un outil de gestion solide, permettant des comparaisons significatives même lorsque différentes méthodes de reporting, aussi bien débriefings que déclarations sont utilisés [177]. En dépassant les limites de l'analyse en silo des débriefings, déclarations ou encore des plaintes des patients à travers l'utilisation d'un cadre commun, une perspective globale des différents processus émergerait [193]. Cette vue d'ensemble holistique pourrait conduire à une prise de décision plus éclairée en ce qui concerne les stratégies visant à améliorer la qualité et la sécurité des patients, tout en prenant en compte le bien-être du personnel et le développement organisationnel. Un cadre d'analyse commun représenterait ainsi une avancée significative dans la gestion et l'évaluation de la sécurité des patients dans le domaine des soins de santé. L'analyse et la catégorisation unique des informations remontées, que ce soit à travers des débriefings, des déclarations d'événements, des plaintes de patients ou d'autres sources, revêtent une importance capitale dans le domaine des soins de santé.

Cette approche permettrait d'instaurer une uniformité dans le traitement des données, ce qui à son tour favoriserait une meilleure compréhension des pratiques et des processus liés à la qualité des soins. En effet, lorsque toutes ces données sont analysées de manière cohérente et structurée, elles deviennent une source précieuse de connaissances. L'adage, « Data is Power » y prend tout son sens. En identifiant comment établir des liens plus solides entre ces remontées d'informations concernant la qualité et la sécurité des soins, il devient possible de développer des algorithmes intelligents et prédictifs. Ces algorithmes peuvent jouer un rôle essentiel dans l'orientation des décisions et des stratégies au sein du secteur de la santé [194]. Ainsi, l'IA pourrait jouer un rôle crucial dans l'agrégation des données provenant de différentes sources, telles que les retours des patients et les informations des équipes soignantes. En croisant ces informations, elle pourrait identifier des domaines spécifiques nécessitant des améliorations. En utilisant ces données de manière stratégique, les professionnels de la santé pourraient anticiper les tendances, identifier les domaines à risque et mettre en œuvre des mesures correctives avant même que des problèmes graves ne surviennent. Cette approche proactive pourrait contribuer à améliorer considérablement la qualité des soins et la sécurité des patients.

En fin de compte, l'analyse et la catégorisation commune des données dans le domaine de la santé sont le fondement de la transformation numérique et de l'utilisation intelligente de l'information. Cette évolution vers une utilisation plus intelligente des données est cruciale pour l'amélioration continue des soins de santé et la prise de décision éclairée.

Enrichissement contenu

Si nous passons à la manière de remonter du contenu pertinent en matière de qualité et sécurité des soins, il est crucial de souligner que notre étude semble ne pas couvrir de manière adéquate les variations associées aux incidents les plus fréquents mentionnés dans la littérature, par exemple les erreurs médicamenteuses [150]. Il est à noter que les hôpitaux ne quantifient pas systématiquement la survenue de ces incidents, ce qui suggère qu'ils surviennent probablement plus fréquemment que ce qui est rapporté. Une étude a même indiqué une incidence mesurée près de 20 fois supérieure à celle identifiée grâce aux déclarations volontaires. Nous émettons l'hypothèse d'une tendance similaire dans notre étude, soulignant ainsi les limites de notre capacité à évaluer de manière fiable les incidents réels en utilisant des données perçues provenant des DCR ou des Déclarations d'évènement. Cela soulève la question de la meilleure manière de mener un débriefing en vue de susciter des thématiques et une discussion intéressantes et enrichissantes. En effet, l'analyse du processus post-débriefing et la manière d'utiliser le contenu nous a considérablement éclairés sur la conduite optimale d'un débriefing. Ainsi, alors que le débat fait actuellement rage dans la littérature entre le débriefing scriptés et non scriptés [195,196], facilité par un animateur (facilitator-led) ou autonome (self-led) [197,198], nos résultats et expériences apportent des éclaircissements importants. Nous développerons donc la question de la présence d'un facilitateur et de l'aspect structuré ou non structuré dans les prochains paragraphes.

Lorsque nous abordons la question de la nature scriptée ou non des DCR, nous partons de l'hypothèse fondamentale selon laquelle il est impératif de stimuler la motivation des équipes à engager des discussions centrées sur les aspects qui leur tiennent particulièrement à cœur dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Dans cette optique, nous privilégions généralement l'utilisation de débriefings non-scriptés, où les participants jouissent de la liberté de partager leurs expériences, leurs réflexions et leurs préoccupations, sans être strictement confinés par un cadre préétabli.

Cependant, notre recherche nous a permis de constater que certaines thématiques institutionnelles ou structurelles peuvent s'avérer stériles et frustrantes, tant pour l'équipe que pour le facilitateur et les leaders [179]. Ces discussions risquent aisément de dévier vers des séances de plaintes improductives, au lieu de favoriser un dialogue constructif sur l'amélioration des pratiques cliniques. C'est pourquoi nous préconisons vivement la présence d'un facilitateur qualifié dans le processus de DCR. Le rôle du facilitateur consiste à orienter la discussion de manière stratégique, à identifier les sujets pertinents, et à faciliter un échange productif [199,200]. Le facilitateur, en connaissance notamment du cadre d'analyse, peut contribuer à canaliser la conversation vers des thèmes plus riches et constructifs, tout en veillant à ce que les préoccupations légitimes des équipes soient entendues et prises en compte de manière systématique. La présence du facilitateur s'avère ainsi fondamentale pour garantir que le DCR demeure un outil efficace pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de santé [201]. Elle permet de prévenir l'enlisement des discussions dans des critiques non constructives et assure que les séances restent solidement ancrées dans les objectifs d'apprentissage et d'amélioration des pratiques cliniques. Ainsi, nos résultats de recherche mettent en lumière une perspective intéressante : la possibilité de passer d'un DCR non-scripté à un DCR scripté.

Une observation tout aussi significative concerne la délicate tâche de discuter des aspects positifs au sein de ces débriefings, qui revêtent pourtant une importance cruciale. En général, les équipes semblent rencontrer des difficultés lorsqu'il s'agit d'identifier spontanément ces éléments positifs. La reconnaissance du succès peut parfois susciter un malaise au sein de l'équipe ou être perçue comme une routine dénuée d'intérêt.

En conséquence, les équipes ont souvent recours à des généralités positives liées à des aspects organisationnels plus larges, tels que le travail d'équipe et le soutien mutuel. Cependant, cette approche peut entraîner une sous-évaluation des réussites individuelles et des meilleures pratiques qui méritent d'être mises en avant. Il devient donc de plus en plus crucial d'explorer des stratégies efficaces pour aborder de manière constructive les succès quotidiens des équipes cliniques [158].

Dans cette optique, la présence d'un facilitateur correctement formé se révèle être d'une importance capitale. Le rôle du facilitateur consiste à guider la discussion de manière à permettre aux équipes de reconnaître et de célébrer les succès, même s'ils sont modestes. Le facilitateur peut contribuer à créer un environnement où les aspects positifs sont pleinement valorisés, et où les équipes sont encouragées à partager et à tirer des enseignements de leurs réussites [120]. En fin de compte, la mise en place de pratiques de débriefing qui intègrent efficacement les aspects positifs présente un double bénéfice : elle contribue non seulement au bien-être général des équipes cliniques, mais permet également de recueillir des informations précieuses pour améliorer leurs performances [106,158]. Ainsi, le facilitateur compétent joue un rôle essentiel dans cette dynamique, en favorisant une culture d'apprentissage continu et en veillant à ce que tous les aspects de la pratique clinique, qu'ils soient positifs ou négatifs, contribuent de manière significative à l'amélioration de la qualité des soins de santé.

8. Vers la création d'un modèle holistique

Dans le sillage de ces travaux de recherche, notre exploration des mécanismes sous-jacents à l'amélioration du magnétisme et de la sécurité des soins a révélé une trame complexe d'interconnexions. L'analyse approfondie des différents éléments discutés tout au long de cette thèse permet d'éclairer la voie vers un modèle novateur, représenté de manière synthétique ci-dessous.

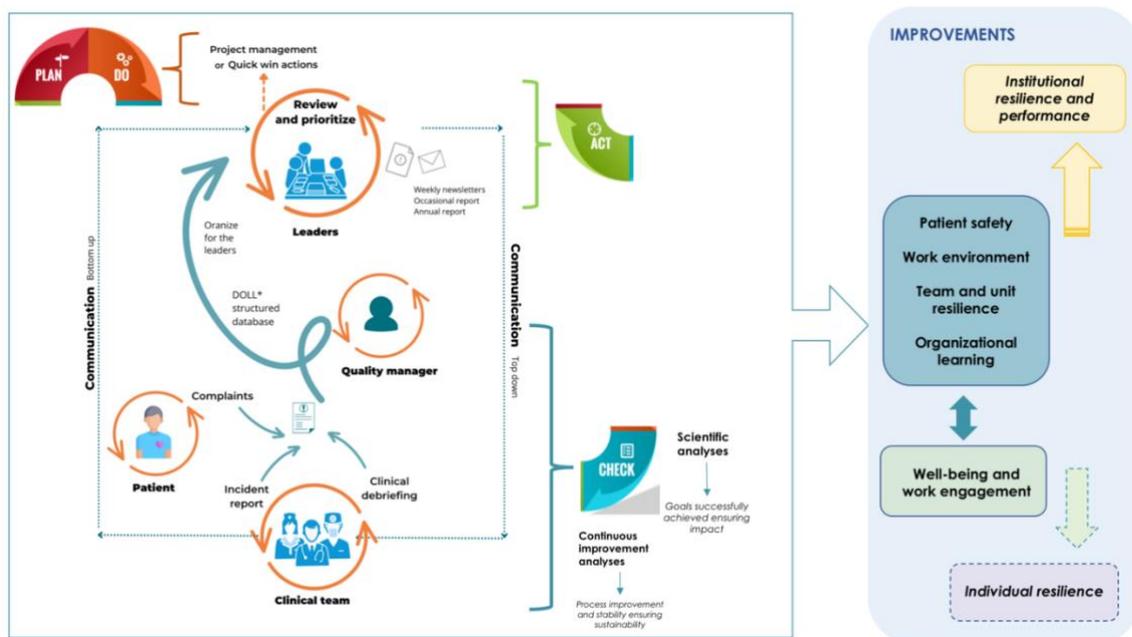


Figure 5. Modèle holistique : impact d'une démarche sécurité basée sur le contenu d'enquête appréciatives, intégrée au management d'unité

Le modèle proposé illustre premièrement que l'amélioration du magnétisme au sein de ces équipes serait une conséquence indirecte du dévouement envers la mission commune. Les équipes qui s'investissent et obtiennent en retour un travail de qualité établissent une fondation solide pour leur épanouissement collectif [27]. Cette perspective renverse l'ordre intuitif de la causalité, soulignant que c'est précisément parce que les membres d'une équipe prospèrent individuellement que la sécurité des soins est optimisée.

Au cœur de ce modèle réside la reconnaissance que les équipes de soins sont des écosystèmes fascinants et uniques, intrinsèquement tissés de dynamiques humaines complexes. Ainsi, toute tentative d'implémentation de processus standardisés, dénuée de considération pour les particularités individuelles et les besoins spécifiques, semble vouée à l'impasse [161]. Les équipes évoluent dans des contextes variés et dynamiques, ce qui souligne la nécessité d'adopter des modèles flexibles et adaptables. La transposition aveugle de schémas préétablis sans tenir compte du milieu dans lequel ils sont instaurés risquerait de compromettre l'intégrité même des écosystèmes professionnels que nous cherchons à optimiser. Ainsi, l'élaboration de modèles de gestion doit nécessairement s'inscrire dans une approche contextualisée, tenant compte des singularités et des nuances propres à chaque équipe, afin d'assurer une pertinence et une efficacité optimales dans la quête continue d'amélioration du magnétisme et de la qualité des soins. L'intégration d'une perspective pluridisciplinaire s'avère être une pierre angulaire incontournable dans la quête d'amélioration continue au sein des équipes de soins de santé [32,166]. À la lumière des objectifs partagés, la mutualisation des ressources et l'adoption d'une stratégie commune émergent comme une opportunité pertinente, conférant une cohérence et une portée accrues aux initiatives déployées. La complexité inhérente aux défis contemporains de la santé exige une collaboration interdisciplinaire, où les expertises variées convergent vers un objectif commun, apportant ainsi une profondeur et une complémentarité indispensables à la compréhension et à la résolution des problématiques. Parallèlement, il est impératif de démanteler les silos qui persistent entre les différents processus de qualité et de sécurité. Cette rupture des cloisonnements permettrait une synergie plus efficiente, optimisant la collecte, l'analyse et la mise en œuvre des informations provenant de divers secteurs [177]. Les avantages d'une approche intégrée transcendent les limites individuelles des processus, créant un environnement propice à la synthèse des connaissances et à l'émergence de solutions novatrices. En abolissant ces barrières conceptuelles, nous favorisons un panorama global où les enseignements tirés d'un domaine peuvent éclairer et enrichir les pratiques d'un autre, propulsant ainsi l'amélioration continue vers de nouveaux horizons. Cette perspective pluridisciplinaire et la dissolution des frontières entre processus s'avèrent être des impératifs essentiels pour élever la qualité des soins de santé à des sommets encore inexplorés. Enfin, la pérennité et l'efficacité des initiatives visant l'amélioration du magnétisme au sein des équipes de soins de santé nécessitent une approche équilibrée entre les objectifs de recherche et les objectifs d'amélioration continue. Les objectifs de recherche confèrent une rigueur scientifique, offrant une validation tangible de l'atteinte des buts fixés. Ils constituent le socle sur lequel repose la crédibilité des avancées. Simultanément, les objectifs d'amélioration continue offrent une boussole pour l'évolution constante de nos pratiques, assurant ainsi une adaptation constante aux besoins changeants du milieu.

Cette symbiose entre recherche et amélioration continue crée un cercle vertueux où chaque composante nourrit et renforce l'autre. L'objectif de recherche établit des jalons clairs, prouvant la validité des méthodologies employées, tandis que les objectifs d'amélioration continue ancrent ces avancées dans la réalité quotidienne des équipes de soins. Ainsi, la consolidation solide et intelligente de ces processus nécessite une vision holistique, où la recherche scientifique et l'engagement perpétuel envers l'amélioration convergent harmonieusement pour catalyser des changements significatifs et durables au sein des équipes de soins de santé. C'est dans cette fusion éclairée que réside le potentiel de redéfinir les normes de magnétisme au sein des équipes de soins, ouvrant ainsi la voie à une excellence continue dans la prestation des soins de santé.

CONCLUSIONS

La présente recherche s'est engagée dans l'exploration des voies novatrices visant à transcender les frontières conventionnelles entre le bien-être au travail et la sécurité des soins. Notre objectif ultime a été de conceptualiser des modalités de dépassement, établissant ainsi un cadre d'action holistique propice à la synergie entre les forces magnétiques inhérentes et les impératifs essentiels de la sécurité des soins. Au fil de cette étude, nous avons constaté que l'optimisation du magnétisme hospitalier nécessite une approche méticuleuse, combinant constance et investissement sincère au sein des équipes. Les modalités et interventions mises en œuvre au cours de cette recherche suscitent un sentiment positif, mais il est crucial de souligner que ce parcours est avant tout une leçon d'humilité.

Il devient évident que l'amélioration du magnétisme ne peut être perçue comme un processus instantané ou une solution miracle. Il s'agit au contraire d'un travail de longue haleine qui exige une démarche constante et un engagement authentique envers les équipes. L'essence même du concept de "Magnet Hospital," traduit littéralement en "Hôpital Aimant," réside peut-être dans cette simplicité fondamentale. Retourner aux bases des rapports humains, redécouvrir les éléments fondamentaux qui suscitent un sentiment d'attrait et d'appartenance, s'avère être une entreprise quotidienne. En ce sens, il s'agit d'un rappel constant de notre responsabilité collective envers la création d'un environnement hospitalier véritablement aimant.

En conclusion, cette thèse offre une contribution à la compréhension des liens entre le bien-être au travail et la sécurité des soins. Elle souligne l'importance d'une approche holistique, tout en mettant en lumière la nécessité d'une résilience quotidienne pour cultiver le magnétisme au sein des institutions de santé. Ce travail nous rappelle que l'atteinte d'un équilibre optimal entre bien-être et sécurité des soins est un voyage continu, pouvant parfois paraître paradoxal, marqué par l'humilité et l'engagement constant envers les principes fondamentaux de l'humanité.

RÉFÉRENCES

- [1] Cilliers L, Retief FP. The evolution of the hospital from antiquity to the end of the middle ages. *Curationis* 2002;25:60–6. doi:10.4102/curationis.v25i4.806.
- [2] Huneman P. From a religious view of madness to religious mania: the Encyclopédie, Pinel, Esquirol. *Hist Psychiatry* 2017;28:147–65. doi:10.1177/0957154X17690301.
- [3] Del Volgo MJ. Hôpital d’hier et d’aujourd’hui malaise dans le soin? *Clin Mediterr* 2008;78:165–75. doi:10.3917/CM.078.0165.
- [4] Dewa CS, Jacobs P, Thanh NX, Loong D. An estimate of the cost of burnout on early retirement and reduction in clinical hours of practicing physicians in Canada. *BMC Health Serv Res* 2014;14. doi:10.1186/1472-6963-14-254.
- [5] Vainieri M, Noto G, Ferre F, Rosella LC. A performance management system in healthcare for all seasons? *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1–10. doi:10.3390/ijerph17155590.
- [6] Zurynski Y, Herkes-Deane J, Holt J, McPherson E, Lamprell G, Dammery G, et al. How can the healthcare system deliver sustainable performance? A scoping review. *BMJ Open* 2022;12. doi:10.1136/bmjopen-2021-059207.
- [7] Krijgsheld M, Tummers LG, Scheepers FE. Job performance in healthcare: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2022;22. doi:10.1186/s12913-021-07357-5.
- [8] Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Heal* 2018;6:e1196–252. doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3.
- [9] Amoah PA, Nyamekye KA, Owusu-Addo E. A multidimensional study of public satisfaction with the healthcare system: a mixed-method inquiry in Ghana. *BMC Health Serv Res* 2021;21. doi:10.1186/s12913-021-07288-1.
- [10] Vanhaecht K, Seys D, Bruyneel L, Cox B, Kaesemans G, Cloet M, et al. COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers’ mental well-being. *Int J Qual Heal Care J Int Soc Qual Heal Care* 2021;33:1–6. doi:10.1093/intqhc/mzaa158.
- [11] Ge MW, Hu FH, Jia YJ, Tang W, Zhang WQ, Chen HL. Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *J Clin Nurs* 2023;32:5836–54. doi:10.1111/jocn.16708.
- [12] Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc* 2018;320:1131–50. doi:10.1001/jama.2018.12777.
- [13] van Veen M, Schelvis RM, Hoekstra T, Bongers PM, Boot CR, Oude Hengel KM. Work characteristics and emotional exhaustion among young workers: a latent class analysis. *BMJ Open* 2023;13:e074386. doi:10.1136/bmjopen-2023-074386.
- [14] Lu L, Ko YM, Chen HY, Chueh JW, Chen PY, Cooper CL. Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:3722. doi:10.3390/ijerph19063722.

- [15] Baek H, Han K, Ryu E. Authentic leadership, job satisfaction and organizational commitment: The moderating effect of nurse tenure. *J Nurs Manag* 2019;27:1655–63. doi:10.1111/JONM.12853.
- [16] Xu X, Zhao P, Hayes R, Le N, Dormann C. Revisit the Causal Inference Between Organizational Commitment and Job Satisfaction: A Meta-Analysis Disentangling Its Sources of Inconsistencies. *J Appl Psychol* 2023;108. doi:10.1037/apl0001073.
- [17] Shao H, Fu H, Ge Y, Jia W, Li Z, Wang J. Moderating Effects of Transformational Leadership, Affective Commitment, Job Performance, and Job Insecurity. *Front Psychol* 2022;13. doi:10.3389/fpsyg.2022.847147.
- [18] Kim SY, Cho MK. The Effect of Nurse Support Programs on Job Satisfaction and Organizational Behaviors among Hospital Nurses: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19. doi:10.3390/ijerph192417061.
- [19] Niskala J, Kanste O, Tomietto M, Miettunen J, Tuomikoski AM, Kyngäs H, et al. Interventions to improve nurses' job satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs* 2020;76:1498–508. doi:10.1111/jan.14342.
- [20] Hodkinson A, Zhou, A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022;378. doi:10.1136/bmj-2022-070442.
- [21] Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2017;177:195–205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674.
- [22] Ahola K, Toppinen-Tanner S, Seppänen J. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burn Res* 2017;4:1–11. doi:10.1016/j.burn.2017.02.001.
- [23] Lee HF, Kuo CC, Chien TW, Wang YR. A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. *Appl Nurs Res* 2016;31:100–10. doi:10.1016/j.apnr.2016.01.001.
- [24] Lee M, Cha C. Interventions to reduce burnout among clinical nurses: systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2023;13. doi:10.1038/s41598-023-38169-8.
- [25] Maresca G, Corallo F, Catanese G, Formica C, Lo Buono V. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Med* 2022;58. doi:10.3390/medicina58020327.
- [26] Clot Y. Le travail à cœur. *La Découverte*; 2015. doi:10.3917/dec.cloty.2015.01.
- [27] Clot Y, Zittoun M, Bonnefond J-Y, Bonnemain A. Le prix du travail bien fait. *La Découverte*; 2021. doi:10.3917/dec.clot.2021.01.
- [28] Effken JA, Stetler CB. Impact of Organizational Redesign. *J Nurs Adm* 1997;27:23–32. doi:10.1097/00005110-199707000-00009.
- [29] Dellve L, Strömberg M, Williamsson A, Holden RJ, Eriksson A. Health care clinicians' engagement in organizational redesign of care processes: The importance of work and organizational conditions. *Appl Ergon* 2018;68:249–57. doi:10.1016/J.APERGO.2017.12.001.

- [30] Fagerström C, Wickström H, Tuvevsson H. Still engaged - healthcare staff's engagement when introducing a new eHealth solution for wound management: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2022;22. doi:10.1186/S12913-022-07515-3.
- [31] Mount CB. The continuous quality improvement process in dynamic and rapid change. *Semin Nurse Manag* 1996;4:55–9.
- [32] Sermeus W, Aiken LH, Ball J, Bridges J, Bruyneel L, Busse R, et al. A workplace organisational intervention to improve hospital nurses' and physicians' mental health: study protocol for the Magnet4Europe wait list cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2022;12:e059159. doi:10.1136/bmjopen-2021-059159.
- [33] West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;388:2272–81. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X.
- [34] Øygarden O, Olsen E, Mikkelsen A. Changing to improve? Organizational change and change-oriented leadership in hospitals. *J Health Organ Manag* 2020;34:687–706. doi:10.1108/JHOM-09-2019-0280.
- [35] Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc* 2015;90:432–40. doi:10.1016/j.mayocp.2015.01.012.
- [36] West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018;283:516–29. doi:10.1111/JOIM.12752.
- [37] Diez-Pinol M, Dolan SL, Sierra V, Cannings K. Personal and organizational determinants of well-being at work: the case of Swedish physicians. *Int J Health Care Qual Assur* 2008;21:598–610. doi:10.1108/09526860810900754.
- [38] Lasater KB, Richards MR, Dandapani NB, Burns LR, McHugh MD. Magnet hospital recognition in hospital systems over time. *Health Care Manage Rev* 2019;44:19–29. doi:10.1097/HMR.000000000000167.
- [39] Sibé M, Domecq S, Kret M, Saillour-Glenisson F. Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet®. *J Gest d'économie Médicales* 2012;30:491. doi:10.3917/jgem.127.0491.
- [40] Delgado C, Roche M, Fethney J, Foster K. Mental health nurses' psychological well-being, mental distress, and workplace resilience: A cross-sectional survey. *Int J Ment Health Nurs* 2021;30:1234–47. doi:10.1111/INM.12874.
- [41] Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J, et al. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: A systematic review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res* 2017;17:1–20. doi:10.1186/S12913-017-2707-0/FIGURES/6.
- [42] Dewanto A, Wardhani V. Nurse turnover and perceived causes and consequences: A preliminary study at private hospitals in Indonesia. *BMC Nurs* 2018;17:1–7. doi:10.1186/S12912-018-0317-8/TABLES/5.
- [43] Messias E, Flynn V, Gathright M, Thrush C, Atkinson T, Thapa P. Loss of Meaning at Work Associated with Burnout Risk in Academic Medicine. *South Med J* 2021;114:139–43. doi:10.14423/SMJ.0000000000001220.

- [44] Bruyneel A, Smith P, Tack J, Pirson M. Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive Crit Care Nurs* 2021;65:103059. doi:10.1016/j.iccn.2021.103059.
- [45] Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323:784–7.
- [46] McClure M. Magnet hospitals : attraction and retention of professional nurses. Kansas City Missouri: American Academy of Nursing; 1983.
- [47] Coutanceau R, Bennegadi R, Bornstein S, Cyrulnik B, Hirigoyen M-F. Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif. Dunod; 2016.
- [48] Sibé M. L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail. [Http://WwwThesesFr](http://www.theses.fr) 2014.
- [49] Lundmark VA. Magnet Environments for Professional Nursing Practice. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
- [50] Nurses Credentialing Center A. Magnet Recognition Program ® Magnet Recognition Program ® A Program Overview A Program Overview n.d.
- [51] McClure ML. Magnet hospitals: insights and issues. *Nurs Adm Q* 2005;29:198–201.
- [52] Fischer SA. Transformational leadership in nursing: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2016;72:2644–53. doi:10.1111/JAN.13049.
- [53] Asif M, Jameel A, Hussain A, Hwang J, Sahito N. Linking Transformational Leadership with Nurse-Assessed Adverse Patient Outcomes and the Quality of Care: Assessing the Role of Job Satisfaction and Structural Empowerment. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16. doi:10.3390/IJERPH16132381.
- [54] Boamah SA, Read EA, Spence Laschinger HK. Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *J Adv Nurs* 2017;73:1182–95. doi:10.1111/jan.13215.
- [55] Mohtady Ali H, Ranse J, Roiko A, Desha C. Enabling Transformational Leadership to Foster Disaster-Resilient Hospitals. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20. doi:10.3390/IJERPH20032022.
- [56] Moura LN, Camponogara S, Santos JLG Dos, Gasparino RC, Silva RM Da, Freitas EDO. Structural empowerment of nurses in the hospital setting. *Rev Lat Am Enfermagem* 2020;28:e3373. doi:10.1590/1518-8345.3915.3373.
- [57] Goedhart NS, van Oostveen CJ, Vermeulen H. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. *J Nurs Manag* 2017;25:194–206. doi:10.1111/JONM.12455.
- [58] García-Sierra R, Fernández-Castro J. Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *J Adv Nurs* 2018;74:2809–19. doi:10.1111/JAN.13805.
- [59] Riley JM, Beal JA, Ponte PR. The Exemplary Practice Life of the Nurse. *J Prof Nurs* 2021;37:1018. doi:10.1016/J.PROFNURS.2021.07.003.
- [60] Van Cleave JH, Booker SQ, Powell-Roach K, Liang E, Kawi J. A Scoping Review of Nursing's Contribution to the Management of Patients with Pain and Opioid Misuse. *Pain Manag Nurs* 2021;22:58–68. doi:10.1016/J.PMN.2020.11.007.

- [61] Petit dit Dariel O, Regnaud J-P. Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review. *JBHI Database Syst Rev Implement Reports* 2015;13:168. doi:10.11124/jbisrir-2015-2262.
- [62] Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Pastor DK, Zwanziger J, Dick AW. Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2007;42:1085–104. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00651.x.
- [63] Kelly LA, McHugh MD, Aiken LH. Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *J Nurs Adm* 2012;42. doi:10.1097/01.NNA.0000420394.18284.4F.
- [64] Kutney-Lee A, Stimpfel AW, Sloane DM, Cimiotti JP, Quinn LW, Aiken LH. Changes in Patient and Nurse Outcomes Associated With Magnet Hospital Recognition. *Med Care* 2015;53:550–7. doi:10.1097/MLR.0000000000000355.
- [65] Drenkard K. The business case for Magnet. *J Nurs Adm* 2010;40:263–71. doi:10.1097/NNA.0B013E3181DF0FD6.
- [66] Jayawardhana J, Welton JM, Lindrooth RC. Is there a business case for magnet hospitals? Estimates of the cost and revenue implications of becoming a magnet. *Med Care* 2014;52:400–6. doi:10.1097/MLR.0000000000000092.
- [67] Stimpfel AW, Sloane DM, McHugh MD, Aiken LH. Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. *Health Serv Res* 2016;51:1120–34. doi:10.1111/1475-6773.12357.
- [68] Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open* 2021;8:e019189. doi:10.1136/BMJOPEN-2017-019189.
- [69] McHugh MD, Kelly LA, Smith HL, Wu ES, Vanak JM, Aiken LH. Lower mortality in magnet hospitals. *Med Care* 2013;51:382–8. doi:10.1097/MLR.0B013E3182726CC5.
- [70] Barnes H, Rearden J, McHugh MD. Magnet® Hospital Recognition Linked to Lower Central Line-Associated Bloodstream Infection Rates. *Res Nurs Health* 2016;39:96–104. doi:10.1002/nur.21709.
- [71] Lecocq D. Pourquoi le concept d'hôpital magnétique ne se diffuse-t-il pas dans les hôpitaux en Belgique ? Une question à élucider. *En Quest* 2016;119:13–9.
- [72] Van Den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, et al. SAFE NURSE STAFFING LEVELS IN ACUTE HOSPITALS. n.d.
- [73] De Cordova PB, Jones T, Riman KA, Rogowski J, McHugh MD. Staffing Trends in Magnet and Non-Magnet Hospitals After State Legislation. *J Nurs Care Qual* 2020;35:323. doi:10.1097/NCQ.0000000000000479.
- [74] Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009;4:50. doi:10.1186/1748-5908-4-50.
- [75] Saillour-Glénisson F, Domecq S, Kret M, Sibe M, Dumond JP, Michel P. Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards. *BMC Health Serv Res* 2016;16:491. doi:10.1186/s12913-016-1736-4.

- [76] Gillet N, Fouquereau E, Coillot H, Cougot B, Moret L, Dupont S, et al. The effects of work factors on nurses' job satisfaction, quality of care and turnover intentions in oncology. *J Adv Nurs* 2018;74:1208–19. doi:10.1111/jan.13524.
- [77] Halcomb E, Smyth E, McInnes S. Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: an integrative review. *BMC Fam Pract* 2018;19:136. doi:10.1186/s12875-018-0819-1.
- [78] Herkes J, Churrua K, Ellis LA, Pomare C, Braithwaite J. How people fit in at work: systematic review of the association between person–organisation and person–group fit with staff outcomes in healthcare. *BMJ Open* 2019;9:e026266. doi:10.1136/bmjopen-2018-026266.
- [79] O'Donnell DM, Livingston PM, Bartram T. Human resource management activities on the front line: A nursing perspective. *Contemp Nurse* 2012;41:198–205. doi:10.5172/conu.2012.41.2.198.
- [80] Oppel E-M, Winter V, Schreyögg J. Evaluating the link between human resource management decisions and patient satisfaction with quality of care. *Health Care Manage Rev* 2017;42:53–64. doi:10.1097/HMR.000000000000087.
- [81] Valdez CD, Nichols TW. *Motivating Healthcare Workers to Work During a Crisis: A Literature Review*. vol. 14. 2013.
- [82] Qin X, Jiang Y. The impact of natural disaster on absenteeism, job satisfaction, and job performance of survival employees: An empirical study of the survivors in Wenchuan Earthquake. *Front Bus Res China* 2011;5:219–42. doi:10.1007/s11782-010-0129-0.
- [83] Feehan J, Apostolopoulos V. Is COVID-19 the worst pandemic? *Maturitas* 2021;149:56–8. doi:10.1016/j.maturitas.2021.02.001.
- [84] Rock LK, Rudolph JW, Fey MK, Szyld D, Gardner R, Minehart RD, et al. “Circle Up”: Workflow adaptation and psychological support via briefing, debriefing, and peer support. *Nejm Catal Innov Care Deliv* n.d. doi:10.1056/CAT.20.0240.
- [85] Digby R, Winton-Brown T, Finlayson F, Dobson H, Bucknall T. Hospital staff well-being during the first wave of COVID-19: Staff perspectives. *Int J Ment Health Nurs* 2021;30:440–50. doi:10.1111/inm.12804.
- [86] Fournier A, Laurent A, Lheureux F, Ribeiro-Marthoud MA, Ecarnot F, Binquet C, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of professionals in 77 hospitals in France. *PLoS One* 2022;17:e0263666. doi:10.1371/journal.pone.0263666.
- [87] Wang H, Huang D, Huang H, Zhang J, Guo L, Liu Y, et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on medical staff in Guangdong, China: A cross-sectional study. *Psychol Med* 2022;52:884–92. doi:10.1017/S0033291720002561.
- [88] Morawa E, Schug C, Geiser F, Beschoner P, Jerg-Bretzke L, Albus C, et al. Psychosocial burden and working conditions during the COVID-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. *J Psychosom Res* 2021;144. doi:10.1016/j.jpsychores.2021.110415.
- [89] Bruyneel A, Bouckaert N, de Noordhout CM, Detollenaere J, Kohn L, Pirson M, et al. Association of burnout and intention-to-leave the profession with work environment: A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *Int J Nurs Stud* 2022;137:104385. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104385.

- [90] Hong QN, Pluye P, Bujold M, Wassef M. Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Syst Rev* 2017;6:61. doi:10.1186/s13643-017-0454-2.
- [91] Mullan PC, Wuestner E, Kerr TD, Christopher DP, Patel B. Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Resuscitation* 2013;84:946–51. doi:10.1016/j.resuscitation.2012.12.005.
- [92] González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos A, Otero-García L, et al. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive Crit Care Nurs* 2021;62:102966. doi:10.1016/j.iccn.2020.102966.
- [93] Bolous NS, Graetz DE, Ashrafian H, Barlow J, Bhakta N, Sounderajah V, et al. Harnessing a clinician-led governance model to overcome healthcare tribalism and drive innovation: a case study of Northumbria NHS Foundation Trust. *J Health Organ Manag* 2022;ahead-of-print. doi:10.1108/JHOM-05-2022-0157.
- [94] Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *J Interprof Care* 2022;36:735–49. doi:10.1080/13561820.2021.1973975.
- [95] Travers JL, Schroeder K, Norful AA, Aliyu S. The influence of empowered work environments on the psychological experiences of nursing assistants during COVID-19: a qualitative study. *BMC Nurs* 2020;19:98. doi:10.1186/s12912-020-00489-9.
- [96] Wolf G, Triolo P, Ponte PR. Magnet recognition program: The next generation. *J Nurs Adm* 2008;38:200–4. doi:10.1097/01.NNA.0000312759.14536.a9.
- [97] Haller K, Berends W, Skillin P. ORGANIZATIONAL CULTURE AND NURSING PRACTICE: THE MAGNET RECOGNITION PROGRAM ® AS A FRAMEWORK FOR POSITIVE CHANGE. *Rev Médica Clínica Las Condes* 2018;29:328–35. doi:10.1016/j.rmclc.2018.03.005.
- [98] Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* 2020;60:e60–5. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008.
- [99] Khan Y, Bruyneel A, Smith P. Determinants of the risk of burnout among nurses during the first wave of the COVID-19 pandemic in Belgium: A cross-sectional study. *J Nurs Manag* 2022;30:1125–35. doi:10.1111/jonm.13624.
- [100] Paquay M, Dubois N, Diep AN, Graas G, Sassel T, Piazza J, et al. “Debriefing and Organizational Lessons Learned” (DOLL): A Qualitative Study to Develop a Classification Framework for Reporting Clinical Debriefing Results. *Front Med* 2022;9:1777. doi:10.3389/fmed.2022.882326.
- [101] Kolbe M, Schmutz S, Seelandt JC, Eppich WJ, Schmutz JB. Team debriefings in healthcare: Aligning intention and impact. *BMJ* 2021;374. doi:10.1136/bmj.n2042.
- [102] Arriaga AF, Szyld D, Pian-Smith MCM. Real-Time Debriefing After Critical Events: Exploring the Gap Between Principle and Reality. *Anesthesiol Clin* 2020;38:801–20. doi:10.1016/j.anclin.2020.08.003.

- [103] Toews AJ, Martin DE, Chernomas WM. Clinical debriefing: A concept analysis. *J Clin Nurs* 2021;30:1491–501. doi:10.1111/jocn.15636.
- [104] Raja S, Litle VR. The critical role of learning from investigating and debriefing adverse events. *J Thorac Dis* 2021;13:S3–7. doi:10.21037/jtd-2020-epts-01.
- [105] Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin* 2007;25:361–76. doi:10.1016/j.anclin.2007.03.007.
- [106] Bentley SK, McNamara S, Meguerdichian M, Walker K, Patterson M, Bajaj K. Debrief it all: a tool for inclusion of Safety-II. *Adv Simul* 2021;6:9. doi:10.1186/s41077-021-00163-3.
- [107] Flin R, Winter J, Sarac C, Raduma M. *Human Factors in Patient Safety: Review of Topics and Tools* 2009.
- [108] Servotte J-C, Welch-Horan TB, Mullan P, Piazza J, Ghuysen A, Szyld D. Development and implementation of an end-of-shift clinical debriefing method for emergency departments during COVID-19. *Adv Simul* 2020;5:32. doi:10.1186/s41077-020-00150-0.
- [109] Rudolph JW, Simon R, Raemer DB, Eppich WJ. Debriefing as Formative Assessment: Closing Performance Gaps in Medical Education. *Acad Emerg Med* 2008;15:1010–6. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00248.x.
- [110] Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There’s no such thing as “nonjudgmental” debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc* 2006;1:49–55. doi:10.1097/01266021-200600110-00006.
- [111] Kessler DO, Cheng A, Mullan PC. Debriefing in the emergency department after clinical events: A practical guide. *Ann Emerg Med* 2015;65:690–8. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.10.019.
- [112] Mullan PC, Kessler DO, Cheng A. Educational opportunities with postevent debriefing. *JAMA - J Am Med Assoc* 2014;312:2333–4. doi:10.1001/jama.2014.15741.
- [113] Peiffer-Smadja N, Lucet J-C, Deconinck L, Gérard S, Giordano L, Bendjelloul G, et al. Quelles sont les conséquences de l’épidémie COVID-19 sur l’organisation des soins ? *Médecine Mal Infect* 2020;50:S101. doi:10.1016/j.medmal.2020.06.206.
- [114] Kaye AD, Okeagu CN, Pham AD, Silva RA, Hurley JJ, Arron BL, et al. Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2020. doi:10.1016/j.bpa.2020.11.009.
- [115] Arabi YM, Azoulay E, Al-Dorzi HM, Phua J, Salluh J, Binnie A, et al. How the COVID-19 pandemic will change the future of critical care. *Intensive Care Med* 2021;47:282–91. doi:10.1007/s00134-021-06352-y.
- [116] Tannenbaum SI, Traylor AM, Thomas EJ, Salas E. Managing teamwork in the face of pandemic: Evidence-based tips. *BMJ Qual Saf* 2021;30:59–63. doi:10.1136/bmjqs-2020-011447.
- [117] Denning M, Goh ET, Scott A, Martin G, Markar S, Flott K, et al. What has been the impact of COVID-19 on safety culture? A case study from a large metropolitan healthcare trust. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1–12. doi:10.3390/ijerph17197034.
- [118] Hicks CW, Rosen M, Hobson DB, Ko C, Wick EC. Improving safety and quality of care with enhanced teamwork through operating room briefings. *JAMA Surg* 2014;149:863–8. doi:10.1001/jamasurg.2014.172.

- [119] Tavares W, Eppich W, Cheng A, Miller S, Teunissen PW, Watling CJ, et al. Learning Conversations: An Analysis of the Theoretical Roots and Their Manifestations of Feedback and Debriefing in Medical Education. *Acad Med* 2020;95:1020–5. doi:10.1097/ACM.0000000000002932.
- [120] Schmutz JB, Eppich WJ. Promoting learning and patient care through shared reflection: A conceptual framework for team reflexivity in health care. *Acad. Med.*, vol. 92, Lippincott Williams and Wilkins; 2017, p. 1555–63. doi:10.1097/ACM.0000000000001688.
- [121] Diaz-Navarro C, Leon-Castelao E, Hadfield A, Pierce S, Szyld D. Clinical debriefing: TALK© to learn and improve together in healthcare environments. *Trends Anaesth Crit Care* 2021. doi:10.1016/j.tacc.2021.07.004.
- [122] Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1994.
- [123] Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *Br Med J* 1998;316:1154–7. doi:10.1136/bmj.316.7138.1154.
- [124] Ishikawa K. *Guide to quality control*. Tokyo: 1982.
- [125] Leka S, Jain A, Cox T, Kortum E. The development of the European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF. *J Occup Health* 2011;53:137–43. doi:10.1539/joh.O10010.
- [126] Lane AS, Roberts C. The Learning Pathways Grid. *Int J Qual Methods* 2018;17:160940691879160. doi:10.1177/1609406918791605.
- [127] Pokrajac N, Schertzer K, Poffenberger CM, Alvarez A, Marin-Nevarez P, Winstead-Derlega C, et al. Mastery learning ensures correct personal protective equipment use in simulated clinical encounters of COVID-19. *West J Emerg Med* 2020;21:1089–94. doi:10.5811/westjem.2020.6.48132.
- [128] Ryan S, Ward M, Vaughan D, Murray B, Zena M, O'Connor T, et al. Do safety briefings improve patient safety in the acute hospital setting? A systematic review. *J Adv Nurs* 2019;75:2085–98. doi:10.1111/jan.13984.
- [129] Wang X, Zhang X, He J. Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: Reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. *Biosci Trends* 2020;14. doi:10.5582/BST.2020.01043.
- [130] Rose C. Am I Part of the Cure or Am I Part of the Disease? Keeping Coronavirus Out When a Doctor Comes Home. *N Engl J Med* 2020;382:1684–5. doi:10.1056/nejmp2004768.
- [131] He Q, Xiao H, Li H ming, Zhang B bei, Li C wei, Yuan F jian, et al. Practice in Information Technology Support for Fangcang Shelter Hospital during COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Med Syst* 2021;45. doi:10.1007/s10916-021-01721-y.
- [132] Topaz M, Peltonen L-M, Mitchell J, Alhuwail D, Barakati S-S, Lewis A, et al. How to Improve Information Technology to Support Healthcare to Address the COVID-19 Pandemic: an International Survey with Health Informatics Experts. *Yearb Med Inform* 2021. doi:10.1055/s-0041-1726491.
- [133] Couper K, Salman B, Soar J, Finn J, Perkins GD. Debriefing to improve outcomes from critical illness: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2013;39:1513–23. doi:10.1007/s00134-013-2951-7.

- [134] Clark R, McLean C. The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive Crit Care Nurs* 2018;47:78–84. doi:10.1016/j.iccn.2018.03.009.
- [135] Coggins A, Santos ADL, Zaklama R, Murphy M. Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: An observational study of learning topics and outcomes. *BMC Emerg Med* 2020;20:79. doi:10.1186/s12873-020-00370-7.
- [136] Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. *Hum Factors* 2013;55:231–45. doi:10.1177/0018720812448394.
- [137] Rose S, Cheng A. Charge nurse facilitated clinical debriefing in the emergency department. *Can J Emerg Med* 2018;20:781–5. doi:10.1017/cem.2018.369.
- [138] Sandhu N, Eppich W, Mikrogianakis A, Grant V, Robinson T, Cheng A. Postresuscitation debriefing in the pediatric emergency department: a national needs assessment. *CJEM* 2014;16:383–92. doi:10.2310/8000.2013.131136.
- [139] Gilmartin S, Martin L, Kenny S, Callanan I, Salter N. Promoting hot debriefing in an emergency department. *BMJ Open Qual* 2020;9:e000913. doi:10.1136/bmjopen-2020-000913.
- [140] Zinns LE, Mullan PC, O’Connell KJ, Ryan LM, Wratney AT. An Evaluation of a New Debriefing Framework: REFLECT. *Pediatr Emerg Care* 2020;36:147–52. doi:10.1097/PEC.0000000000001111.
- [141] Azizoddin DR, Vella Gray K, Dundin A, Szyld D. Bolstering clinician resilience through an interprofessional, web-based nightly debriefing program for emergency departments during the COVID-19 pandemic. *J Interprof Care* 2020;34:711–5. doi:10.1080/13561820.2020.1813697.
- [142] Szyld D, Arriaga AF. Implementing clinical debriefing programmes. *Emerg Med J* 2021;0. doi:10.1136/emered-2021-211133.
- [143] Lech CA, Betancourt E, Shapiro J, Dolmans DHJM, Pusic M. Creation and evaluation of a novel, interdisciplinary debriefing program using a design-based research approach. *AEM Educ Train* 2022;6. doi:10.1002/aet2.10719.
- [144] Senge PM. *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization* /. Doubleday/Currency; 1990.
- [145] Westland J. *The Project Management Life Cycle: A Complete Step-By-Step Methodology for Initiating, Planning, Executing & Closing a Project Successfully* 2006.
- [146] DEMING CYCLE (PDCA). *Encycl. Prod. Manuf. Manag.*, Springer US; 2000, p. 155–155. doi:10.1007/1-4020-0612-8_229.
- [147] Kamto Kenmogne M, Van Caillie D, BOGA D, COUCKE P. Étude de la culture de sécurité des patients dans un service de radiothérapie: Analyse de l’interaction entre le climat de sécurité et les comportements de participation à la sécurité. *Cah La Sécurité La Justice* 2016:140–50.
- [148] Duarte SDCM, Stipp MAC, Cardoso MMVN, Büscher A. Patient safety: understanding human error in intensive nursing care. *Rev Esc Enferm USP* 2018;52. doi:10.1590/S1980-220X2017042203406.
- [149] Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. vol. 12. 1999. doi:10.1016/S1051-0443(01)70072-3.

- [150] Bates DW, Levine DM, Salmasian H, Syrowatka A, Shahian DM, Lipsitz S, et al. The Safety of Inpatient Health Care. *N Engl J Med* 2023;388:142–53. doi:10.1056/NEJMSA2206117/SUPPL_FILE/NEJMSA2206117_DISCLOSURES.PDF.
- [151] Lark ME, Kirkpatrick K, Chung KC. Patient Safety Movement: History and Future Directions. *J Hand Surg Am* 2018;43:174–8. doi:10.1016/J.JHSA.2017.11.006.
- [152] Eltaybani S, Abdelwareth M, Abou-Zeid NA, Ahmed N. Recommendations to prevent nursing errors: Content analysis of semi-structured interviews with intensive care unit nurses in a developing country. *J Nurs Manag* 2020;28. doi:10.1111/JONM.12985.
- [153] Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper n.d.
- [154] Sherman H, Castro G, Fletcher M, Hatlie M, Hibbert P, Jakob R, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: The conceptual framework. *Int J Qual Heal Care* 2009;21:2–8. doi:10.1093/INTQHC/MZN054.
- [155] Dramowski A, Aucamp M, Bekker A, Pillay S, Moloto K, Whitelaw AC, et al. NeoCLEAN: a multimodal strategy to enhance environmental cleaning in a resource-limited neonatal unit. *Antimicrob Resist Infect Control* 2021;10. doi:10.1186/S13756-021-00905-Y.
- [156] Meyer J, Nippak P, Cumming A. An evaluation of cleaning practices at a teaching hospital. *Am J Infect Control* 2021;49:40. doi:10.1016/J.AJIC.2020.06.187.
- [157] Pérez-Francisco DH, Duarte-Clíments G, Del Rosario-Melián JM, Gómez-Salgado J, Romero-Martín M, Sánchez-Gómez MB. Influence of Workload on Primary Care Nurses' Health and Burnout, Patients' Safety, and Quality of Care: Integrative Review. *Healthc (Basel, Switzerland)* 2020;8. doi:10.3390/HEALTHCARE8010012.
- [158] Schmutz JB, Antino M, Lei Z, Eppich W. Effects of Ad-hoc After-action Reviews on Emotional Exhaustion and Performance. <https://doi.org/10.5465/AMPROC202318116abstract> 2023;2023. doi:10.5465/AMPROC.2023.18116ABSTRACT.
- [159] Aunger JA, Millar R, Rafferty AM, Mannion R, Greenhalgh J, Faulks D, et al. How, when, and why do inter-organisational collaborations in healthcare work? A realist evaluation. *PLoS One* 2022;17. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0266899.
- [160] Anderson VL, Johnston ANB, Massey D, Bamford-Wade A. Impact of MAGNET hospital designation on nursing culture: an integrative review. *Contemp Nurse* 2018;54:483–510. doi:10.1080/10376178.2018.1507677.
- [161] Lewis K, Hinchcliff R. Hospital accreditation: an umbrella review. *Int J Qual Heal Care J Int Soc Qual Heal Care* 2023;35. doi:10.1093/INTQHC/MZAD007.
- [162] Davenport T, Kalakota R. The potential for artificial intelligence in healthcare. *Futur Healthc J* 2019;6:94. doi:10.7861/FUTUREHOSP.6-2-94.
- [163] Imbert M. 2. Sept raisons pour lesquelles la communication managériale devient incontournable. *Strateg Manag* 1996:9–15.
- [164] Autissier D, Johnson K, Moutot J-M. L'innovation managériale : rupture ou évolution du management. *Quest Manag* 2016;n° 13:25–33. doi:10.3917/QDM.162.0025.

- [165] Frimousse S, Peretti J-M. Repenser la culture d'entreprise après la crise Covid-19. *Quest Manag* 2021;31:151–206. doi:10.3917/QDM.211.0151.
- [166] Braithwaite J, Clay-Williams R, Vecellio E, Marks D, Hooper T, Westbrook M, et al. The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: A laboratory-controlled teamwork experiment. *BMJ Open* 2016;6. doi:10.1136/bmjopen-2016-012467.
- [167] Weller J. Shedding new light on tribalism in health care. *Med Educ* 2012;46:134–6. doi:10.1111/J.1365-2923.2011.04178.X.
- [168] Jordan SR, Connors SC, Mastalerz KA. Frontline healthcare workers' perspectives on interprofessional teamwork during COVID-19. *J Interprofessional Educ Pract* 2022;29. doi:10.1016/J.XJEP.2022.100550.
- [169] Liu D, Chen Y, Li N. Tackling the negative impact of COVID-19 on work engagement and taking charge: A multi-study investigation of frontline health workers. *J Appl Psychol* 2021;106:185–98. doi:10.1037/apl0000866.
- [170] Goddard L, Parkland Team. Top-down vision and bottom-up management: a collaborative and motivational path to business success 2002:248.
- [171] Blarr WH, Wulf T. Organizational ambidexterity: Implications for the strategy- Performance linkage. *Organ Ambidexterity Implic Strateg Perform Link* 2012;9783834968593:1–205. doi:10.1007/978-3-8349-6859-3/COVER.
- [172] Heyden MLM, Fourné SPL, Koene BAS, Werkman R, Ansari SS. Rethinking 'Top-Down' and 'Bottom-Up' Roles of Top and Middle Managers in Organizational Change: Implications for Employee Support. *J Manag Stud* 2017;54:961–85. doi:10.1111/JOMS.12258.
- [173] Van de Klundert J, De Korne D, Yuan S, Wang F, Van Wijngaarden J. "Hybrid" top down bottom up health system innovation in rural China: A qualitative analysis. *PLoS One* 2020;15. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0239307.
- [174] Austin J, Drossaert CHC, van Dijk J, Sanderma R, Børøsund E, Mirkovic J, et al. Integrating Top-down and Bottom-up Requirements in eHealth Development: The Case of a Mobile Self-compassion Intervention for People With Newly Diagnosed Cancer. *JMIR Cancer* 2022;8. doi:10.2196/37502.
- [175] Alizadeh Y, Jetter AJ. Pathways for Balancing Exploration and Exploitation in Innovations: A Review and Expansion of Ambidexterity Theory. *Int J Innov Technol Manag* 2019;16. doi:10.1142/S0219877019500329.
- [176] Twigg S. Clinical event debriefing: a review of approaches and objectives. *Curr Opin Pediatr* 2020;32:337–42. doi:10.1097/MOP.0000000000000890.
- [177] Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, Huanchuari N, Morris CA, Pearson M, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: A systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Qual Saf* 2020;29:844–53. doi:10.1136/bmjqs-2019-009911.
- [178] Paquay M, Diep AN, Kabanda Z, Ancion A, Piazza J, Ghuysen A. Impact of the Covid-19 crisis on the hospital work environment and organization: A mixed-methods study. *Int J Healthc Manag* 2023:1–11. doi:10.1080/20479700.2023.2190252.
- [179] Paquay M, Simon R, Ancion A, Graas G, Ghuysen A. A success story of clinical debriefings: lessons learned to promote impact and sustainability . *Front Public Heal* 2023;11.

- [180] Apgar M, Snijder M, Higdon GL, Szabo S. Evaluating Research for Development: Innovation to Navigate Complexity. *Eur J Dev Res* 2023;35:241–59. doi:10.1057/S41287-023-00577-X.
- [181] Miake-Lye IM, Delevan DM, Ganz DA, Mittman BS, Finley EP. Unpacking organizational readiness for change: an updated systematic review and content analysis of assessments. *BMC Health Serv Res* 2020;20. doi:10.1186/S12913-020-4926-Z.
- [182] Hill JE, Stephani AM, Sapple P, Clegg AJ. The effectiveness of continuous quality improvement for developing professional practice and improving health care outcomes: a systematic review. *Implement Sci* 2020;15. doi:10.1186/S13012-020-0975-2.
- [183] Lang JWB, Bliese PD. General Mental Ability and Two Types of Adaptation to Unforeseen Change: Applying Discontinuous Growth Models to the Task-Change Paradigm. *J Appl Psychol* 2009;94:411–28. doi:10.1037/A0013803.
- [184] Bliese PD, Lang JWB. Understanding Relative and Absolute Change in Discontinuous Growth Models: Coding Alternatives and Implications for Hypothesis Testing. *Organ Res Methods* 2016;19:562–92. doi:10.1177/1094428116633502.
- [185] Perla RJ, Provost LP, Murray SK. The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes. *BMJ Qual Saf* 2011;20:46–51. doi:10.1136/BMJQS.2009.037895.
- [186] Williams E. Understanding Variation-Part 2: The Control Chart. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2018;48:202–5. doi:10.1016/J.CPPEDS.2018.08.009.
- [187] Coughlin K, Posencheg MA. Common Quality Improvement Methodologies Including the Model for Improvement, Lean, and Six Sigma. *Clin Perinatol* 2023;50:285–306. doi:10.1016/J.CLP.2023.02.002.
- [188] Slyngstad L. The Contribution of Variable Control Charts to Quality Improvement in Healthcare: A Literature Review. *J Healthc Leadersh* 2021;13:221. doi:10.2147/JHL.S319169.
- [189] Zonsius MC, Milner KA. Continuous Quality Improvement. *Res Adv Pract Nurses, Fourth Ed From Evid to Pract* 2023:70–90. doi:10.1891/9780826151339.0004.
- [190] Rogers EM. *DIFFUSION OF INNOVATIONS* Third Edition. 1962.
- [191] Orlikowski WJ, Gash DC. *Technological Frames: Making Sense of Information Technology in Organizations* CY-i ~je. Alfred P. Sloan School of Management, Massachusetts Institute of Technology; 1993.
- [192] Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II. The past and future of safety management*. Farnham: Ashgate; 2014.
- [193] Coronado-Vázquez V, Canet-Fajas C, Delgado-Marroquín MT, Magallón-Botaya R, Romero-Martín M, Gómez-Salgado J. Interventions to facilitate shared decision-making using decision aids with patients in Primary Health Care: A systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2020;99:E21389. doi:10.1097/MD.00000000000021389.
- [194] Rahimi SA, Cwintal M, Huang Y, Ghadiri P, Grad R, Poenaru D, et al. Application of Artificial Intelligence in Shared Decision Making: Scoping Review. *JMIR Med Informatics* 2022;10. doi:10.2196/36199.
- [195] Galland J, Jaffrelot M, Sanges S, Fournier JP, Jouquan J, Chiniara G, et al. Introduction to debriefing for internists: how to transform real or simulated clinical situations into learning moments. *Rev Med Interne* 2020;41:536–44. doi:10.1016/j.revmed.2020.03.003.

- [196] Snelling PJ, Dodson L, Monteagle E, Ware RS, Acworth J, Symon B, et al. PRE-scripted debriefing for Paediatric simulation Associated with Resuscitation EDucation (PREPARED): A multicentre, cluster randomised controlled trial. *Resusc Plus* 2022;11:100291. doi:10.1016/J.RESPLU.2022.100291.
- [197] Rueda-Medina B, Gómez-Urquiza JL, Molina-Rivas E, Tapia-Haro R, Aguilar-Ferrándiz ME, Correa-Rodríguez M. A Combination of Self-debriefing and Instructor-led Debriefing Improves Team Effectiveness in Health Science Students. *Nurse Educ* 2021;46:E7–11. doi:10.1097/NNE.0000000000000845.
- [198] MacKenna V, Díaz DA, Chase SK, Boden CJ, Loerzel V. Self-debriefing in healthcare simulation: An integrative literature review. *Nurse Educ Today* 2021;102. doi:10.1016/J.NEDT.2021.104907.
- [199] LeBlanc LA, Nosik MR. Planning and Leading Effective Meetings. *Behav Anal Pract* 2019;12:696–708. doi:10.1007/S40617-019-00330-Z.
- [200] Tran TH, de Boer J, Gyorki DE, Krishnasamy M. Optimising the quality of multidisciplinary team meetings: A narrative review. *Cancer Med* 2022;11:1965–71. doi:10.1002/CAM4.4432.
- [201] Seelandt JC, Walker K, Kolbe M. “A debriefer must be neutral” and other debriefing myths: a systemic inquiry-based qualitative study of taken-for-granted beliefs about clinical post-event debriefing. *Adv Simul* 2021;6:1–15. doi:10.1186/s41077-021-00161-5.

ANNEXES

Annexe 1

Tableau illustrant le Contexte Organisationnel et Managérial dans les Établissements de Santé, dimensions, sous-dimension et nombres d'items

DIMENSIONS	SUB- DIMENSIONS (N = 21)	ITEMS (N = 83)
1. PROFESSIONAL INVOLVEMENT	<ul style="list-style-type: none"> a. Unit engagement b. Standards reception c. Professional aspirations (<i>possible qualifying adjective: patient concern, good management of the service, relationships with colleagues, effective care, protection the professional status</i>) 	12
2. PERCEIVED RESULTS OF UNIT PERFORMANCE	<ul style="list-style-type: none"> a. Job satisfaction b. Intention to stay c. Absence of work overload d. Absence of burnout e. Perceived effectiveness of the unit 	17
F. UNIT MANAGEMENT	<ul style="list-style-type: none"> a. Consideration of the individual in the collective b. Weak discriminatory practices c. Task and objective assignment d. Organizational learning e. Low conflict incidence f. Conflict management mode (<i>possible qualifying adjective: denial of this issue, consensus building, authoritarian regime, collective agreement strategy, pursuit of personal benefit</i>) g. Type of behaviors encouraged in the unit (<i>possible qualifying adjective: normative (standards compliance), creative (taking initiatives), productive (efficiency), collaborative (teamwork)</i>) 	26
H. RELATIONSHIP AND COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> a. Relationships between paramedics b. Relationships with and between physicians c. Unit coordination d. Information dissemination 	14
E. RELATIONSHIP WITH THE PATIENT AND FAMILY		5
F. HIERARCHICAL SUPPORT		9

Annexe 2

Tableau illustrant le nombre et pourcentage d'évaluations positives des trois sous-dimensions catégoriques du COMET sur deux points temporels

Dimensions	Time 0		p-value	Time 1		p-value	Both group		p-value	N	Cronbach's alpha
	Non-Covid	Covid		Non-Covid	Covid		Time 0	Time 1			
Professional aspirations											0.605
Patient concern	28 (96.6)	65 (97.0)	1.000	27 (93.1)	64 (95.5)	0.636	93 (96.9)	91 (94.8)	0.625	9 6	
Conflict management mode											0.711
Absence of problem denial	14 (48.3)	28 (41.8)	0.609	13 (44.8)	35 (52.2)	0.290	42 (43.8)	48 (50.0)	0.162	9 6	
Type of behaviors encouraged in the unit											0.741
Productivity	24 (80.0)	59 (89.4)	0.055	22 (73.3)	60 (90.9)	0.017	83 (86.5)	82 (85.4)	0.572	9 6	
Collaboration	26 (86.7)	57 (86.4)	0.896	25 (83.3)	69 (90.9)	0.387	83 (86.5)	85 (88.5)	0.990	9 6	

Note. The numbers and percentages in parentheses represent the positive ratings (merging ratings of 4 and 5) of each sub-dimension.

Annexe 3

Tableau illustrant le Debriefing and Organizational Lessons Learned (DOLL) framework Dimensions, Sous-dimensions et Exemples

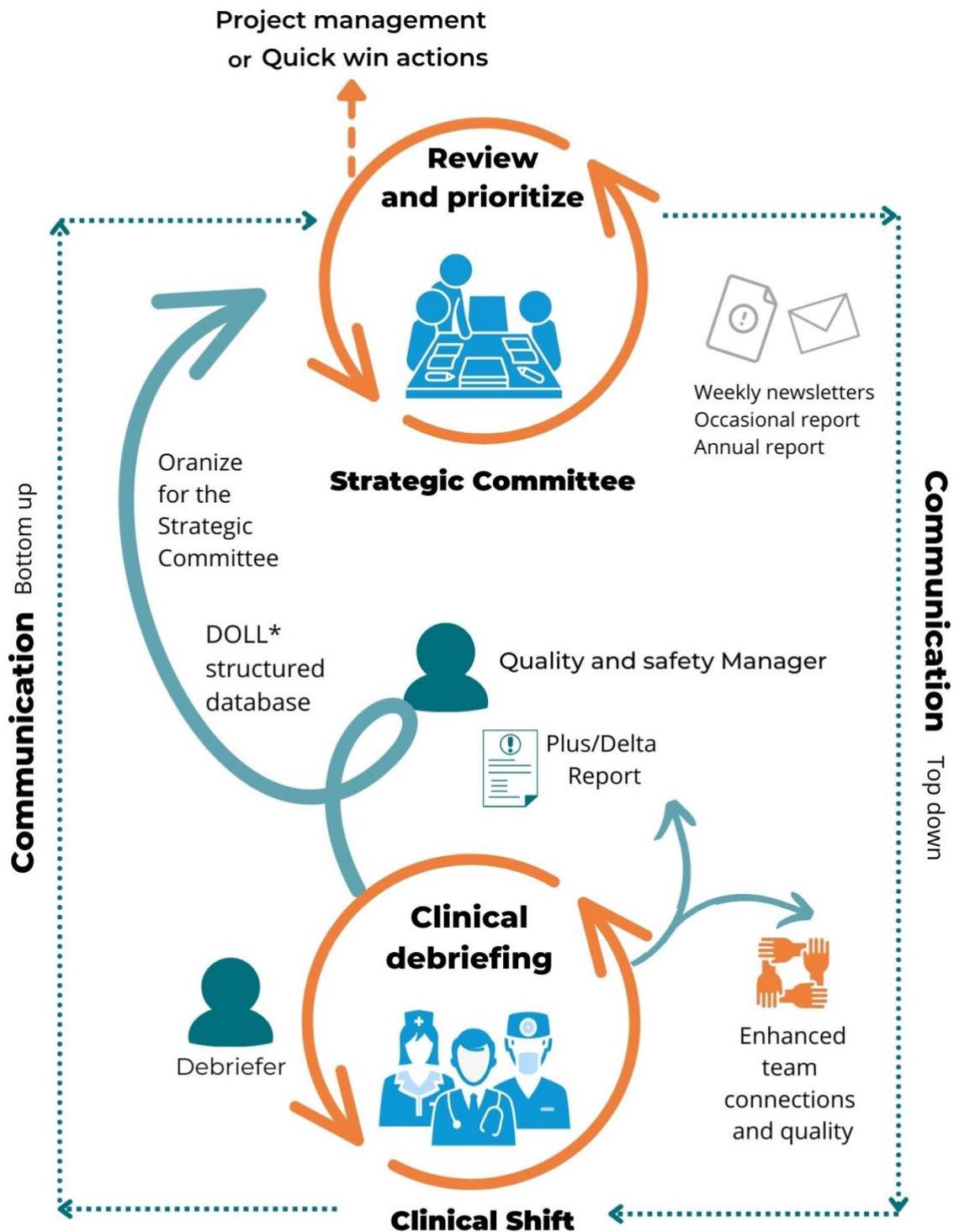
Dimensions	Description	Plus And Delta Examples
PATIENT	Refers to the patient's clinical condition, social and familial environment.	Delta: « <i>A patient in the drive with red flag to be examined refused to get out of the vehicle and left</i> »
INDIVIDUALS	People behavior: Relates to personality and belonging to a specific group of professionals	Plus: “ <i>Colleagues can rely on each other. There is a good working atmosphere</i> ”
	Training and knowledge of the workplace: Refers to competencies, procedures training program and understanding of the immediate environment	Delta: “ <i>An improvement could be made regarding nurses from other units. They are not briefed and do not know the procedures. One of them was particularly anxious, as she was not at all familiar with the emergency room. We should give these nurses at least 24 hours' notice to give them the opportunity to read the procedures, encourage continuity as much as possible (the same people coming to help) and ensure that their skills profile is correct.</i> ”
	Physical and psychological state: Deals with mental or physical condition like tiredness or stress.	Delta: “ <i>Colleagues are "dropping like flies" around us, it is not a fear related to a risk of transmission to our children, but rather related to the loss of efficiency and skills if they are no longer used</i> ”
INTERNAL UNIT ORGANIZATION	Roles, tasks and responsibilities: This subdimension defined by the objectives set by the team, task planning and roles distribution.	Plus: “ <i>A good routine has been established between the team members and we are getting used to our new missions. It's great to work in these conditions.</i> ”
	Communication: Refers to oral and written communication, communication tools and reporting of information	Plus: “ <i>Overall, the team notes a clear improvement in medical-nursing communication in the village [Covid structure] compared to the beginning thanks to greater exchange of information, feedback, closed loop communication</i> ”
	Humans and materials resources management: Relates to how resources are used and managed within the unit	Delta: “ <i>The work is lighter and there is a feeling of imbalance of forces. The team wonders if it would not be necessary to transfer a</i> ”

		<i>nurse to the traditional emergency department because they have the impression of being under-utilized.”</i>
PROCEDURES	Refers to the adequacy, efficiency or clarity of the unit and hospital’s clinical and organizational procedures	Delta: <i>“This weekend, COVID unit received several pregnant women from the maternity ward for smears. Sometimes they came with labels, and at other times only with the request. In addition to the fear of contaminating them and making them wait a long time, the nurses think that there should be a clear procedure to avoid administrative problems and even long waiting times”</i>
WORK ENVIRONMENT	Material and equipment: Considers how the unit is supplied by the hospital	Delta: <i>“The printers are all located in the consultation room. If a medical prescription is printed, it is automatically considered contaminated. Proposal: placing a printer in the corridor would avoid this problem</i>
	Computer technology: Refers to the availability and functioning of the computer system, user interface, guidelines and system maintenance	Delta: <i>“Recurring problems with the IT department. Called this day at least 3 times since the morning because it was impossible to print from the PCs. Finally, nobody ever came... This is a problem for transfusions because it is impossible to print the labels to be scanned. You have to call the colleagues from the [standard] ED to get these labels, which is very tiresome.”</i>
	Site and infrastructure: Relates to physical structure of the unit including architecture, engineering, the structural issues and availability of space	Delta: <i>“Problem with the turf. The net would sink. A carpenter came but can't do much. This causes difficulties when patients are in wheelchairs (difference in level)”</i>
	Workload: Is defined by the type and quality of unit workload.	Delta: <i>« Workload is heavier. There is an overall fatigue within the team after an 8-hour shift during which we had to concentrate considerably more. Everything takes longer »</i>
OTHER HOSPITAL UNITS	Refers to the impact other units or departments decisions on the unit of interest	Delta: <i>“There were a lot of people waiting at the drive opening, requiring an early opening. It's like that every day. The drive is busy at the opening and during the morning and then much quieter the rest of the day. Most of the patients who come for a pre-hospitalization</i>

		<i>smear test say that they were told by the anesthesiologist or their doctor to come early in the morning, which contributes to the overloaded opening of the drive”</i>
INSTITUTION	Institutional policy: Refers to the hospital’s organization, governance and policies	Delta: <i>“The hospital visits will be allowed again starting this Tuesday. The team is concerned about not having guidelines. They are wondering what the process is for visitors to accompany patients admitted to the ED. Are visitors allowed in the ED?”</i>
	Economic and political constraints: Is defined by regulatory and financial aspects impacting the unit	Delta: <i>“More on the financial side, teams noted a lack of equity between people on temporary lay-off, who would receive 90% of their salary and caregivers who, if they are sick, would receive less. In addition, statutory workers would lose legal paid vacation days.”</i>
	Institutional network: Considers the link to other organizations, programs and levels of government	Delta: <i>“Patients coming from nursing homes were, in most cases, patients at the end of life with clear notification in their file. Managing these patients is long and complicated (confusion) and the structure is not suitable for providing serene end-of-life care. At a time, 4 of the 5 patients in one area of the ED were nursing home patients at the end of life. The hospital needs to meet with the nursing home network to find out how to collaborate.”</i>

Annexe 4

Figure illustrant le processus de Débriefing Clinique Routinier comme management à double flux



*Paquay M, Dubois N, Diep AN, Graas G, Sassel T, Piazza J, et al. "Debriefing and Organizational Lessons Learned" (DOLL): A Qualitative Study to Develop a Classification Framework for Reporting Clinical Debriefing Results. *Front Med* 2022;9:1777. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.882326>.

Annexe 5

Tableau illustrant des exemples concrets de Débriefings Cliniques Routiniers et les actions subséquentes

Element reported during clinical debriefing	Type of subsequent actions	What was done
<i>“There are disparities between nurses and physicians continuing education and nurses feel that is unfair”</i>	Project management	<ul style="list-style-type: none"> - First was to define and establish of teams’ continuing education strategy in the ED - Ongoing
<i>“In general, people are more aggressive in the ED and outside (patients, families, colleagues etc). This is exhausting.”</i>	Continuous improvement	<ul style="list-style-type: none"> - Multidisciplinary team training focused on conflict management with the collaboration of the psychology department - Charter to promote zero tolerance policy to violence against ED staff - Structural safety initiated, e.g. access control system, camera surveillance, security guards.
<i>“Difficulty in knowing patient’s allocation among physicians. Also, some residents have argued the fact they usually get cases nobody wanted”</i>	Continuous improvement	<ul style="list-style-type: none"> - Started system of random allocation of patients. - The system was assessed and refined through the debriefings following its implementation.
<i>“One nurse was absent, and some physicians didn’t know it. Physicians insist on sharing this information during the morning briefing.”</i>	Immediate intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Awareness raised in the weekly newsletter by praising solidarity. - Asking nurses and physicians to systematically ask if some team members are absent.
<i>“Trouble with device batteries. The unit has acquired more and more devices requiring sockets but there are few in the ED.”</i>	Immediate intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Technical department was contacted to add sockets
<i>“Issue related to continuity of care during lunch time. Almost all nurses went together to eat leaving one zone of the unit empty.”</i>	Immediate intervention	<ul style="list-style-type: none"> - Reminder of lunchtime rules in the weekly newsletter
<i>“Teams are tired of long-term boarding in the ED. Teams explained that the hospital hasn’t addressed this problem.”</i>	Escalation to higher levels of management	<ul style="list-style-type: none"> - The problem has been brought to the attention of the hospital's upper management. - Regular meetings are organized between other departments and ED leadership.

Annexe 6

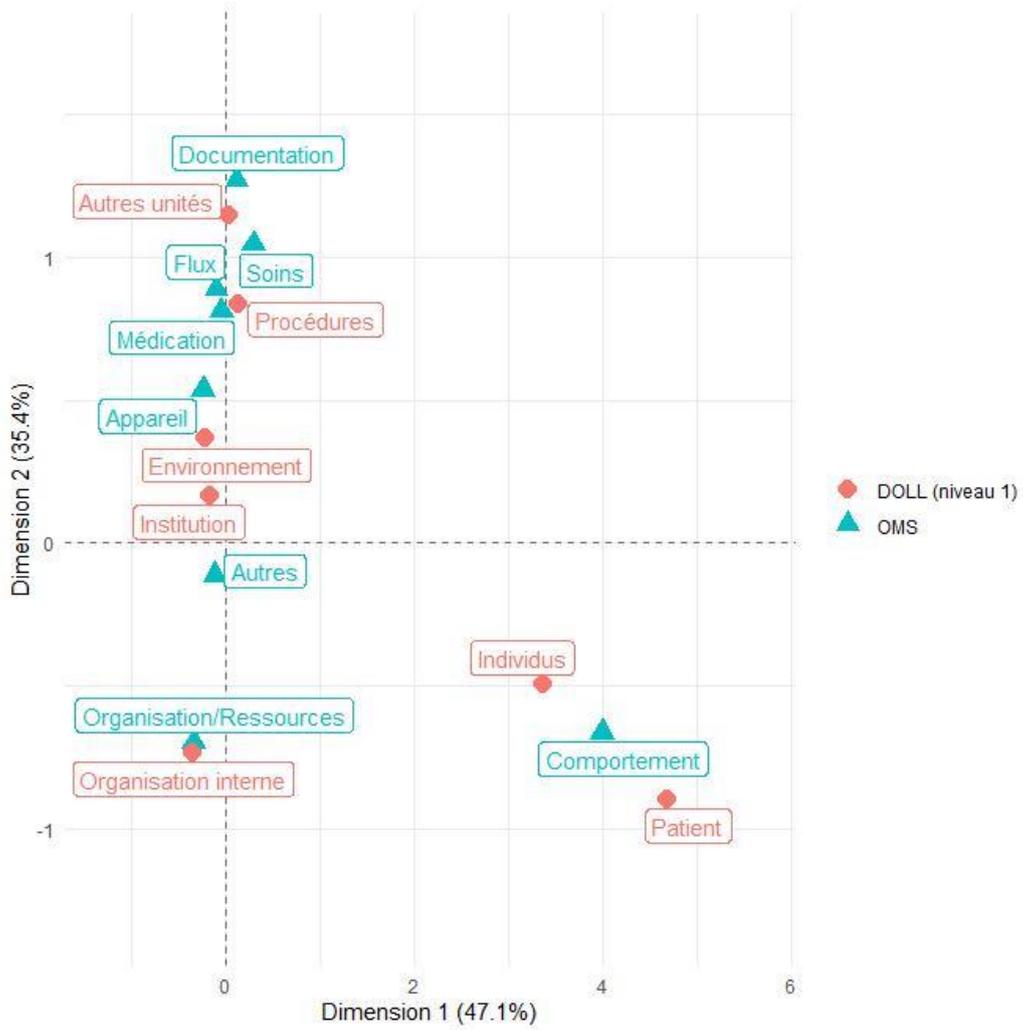


Figure 1. Résultats de l'analyse des correspondances entre les classifications OMS et DOLL (niveau 1) pour les débriefings

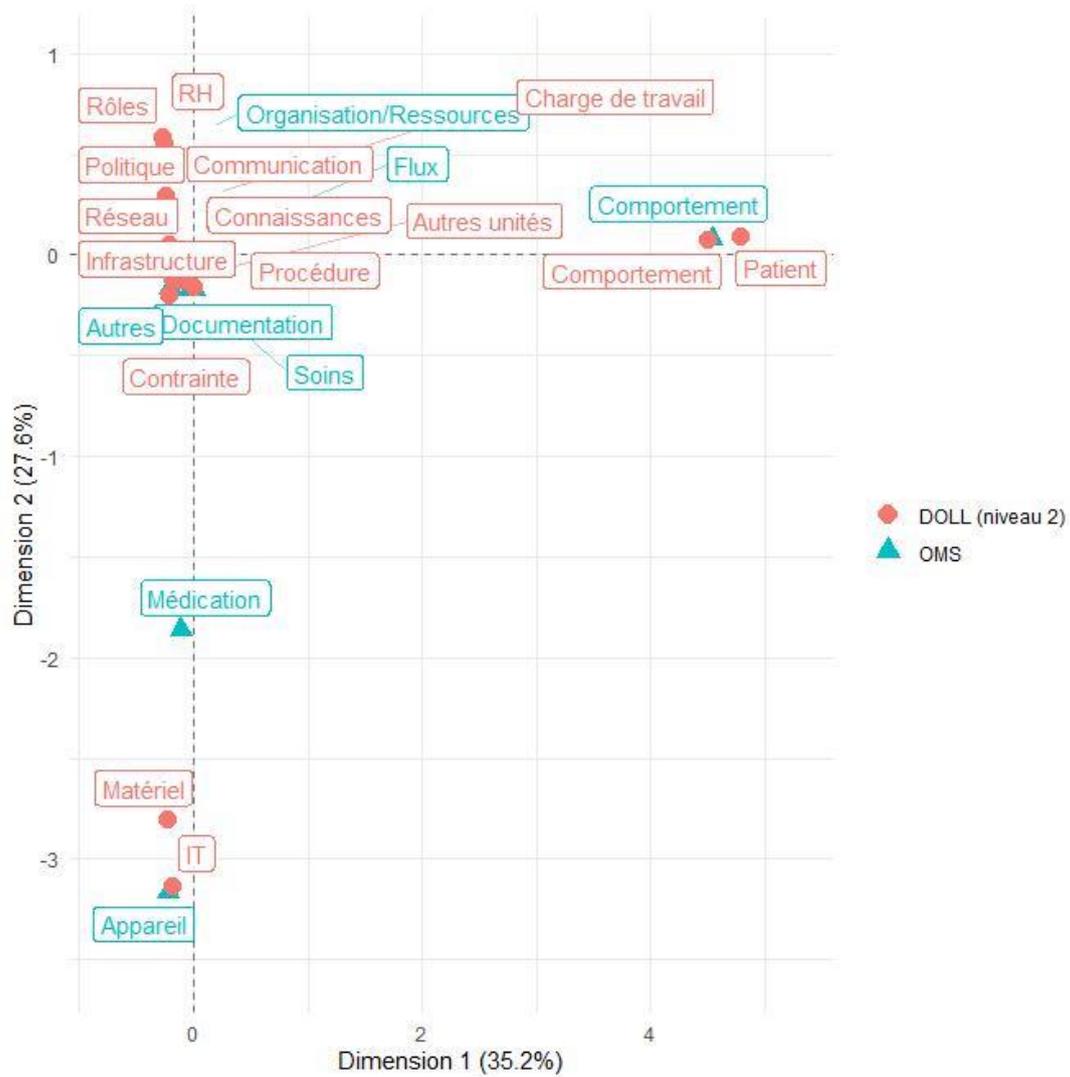


Figure 2 Résultats de l'analyse des correspondances entre les classifications OMS et DOLL (niveau 2) pour les débriefings