

1. Recherche de causes

1.1. Pour chaque problème de soins rencontré, poser les questions

Pourquoi cela est-il arrivé ? Qu'est-ce qui a « favorisé » la survenue du problème ? Quels sont les facteurs nécessaires pour que cela arrive ?

On recherche alors les **facteurs favorisants** (ou contributifs) dans les domaines suivants et dans cet ordre :

- **Facteurs liés au patient :**
Antécédents, traitements, statut (gravité, complexité, urgence), environnement social et familial, personnalité, difficultés de compréhension (âge, langue, pathologies...);
- **Facteurs individuels (personnels) :**
Capacités techniques, relationnelles, compétence, formation, motivation, stress ou fatigue, état physique et psychologique, adaptations ;
- **Facteurs liés aux procédures opérationnelles :**
Conception, répartition, planification, lisibilité des tâches et activités à effectuer : existence, validation, actualisation, disponibilité, utilisation, faisabilité et acceptabilité des procédures opérationnelles ;
- **Facteurs liés au fonctionnement de l'équipe :**
Communication orale et écrite, supervision, mode de transmission des informations, aide, leadership, composition, dynamique et interactions entre les personnes ;
- **Facteurs liés à l'organisation et au management :**
Organisation et gouvernance, contraintes du secteur d'activité, moyens affectés (humains et matériels), niveau de décision, rapports hiérarchiques, gestion des ressources humaines, information, gestion des risques, culture qualité et sécurité ;
- **Facteurs liés à l'environnement de travail :**
Matériel, sites et locaux, équipement, fournitures, maintenance, charges de travail, conditions de travail, ergonomie ;
- **Facteurs liés au contexte institutionnel :**
Contexte réglementaire, politique et social, contraintes économiques et financières, restructuration, liens avec d'autres organisations ou établissements.

1.2. Après chaque facteur favorisant identifié, poser la question

Était-ce suffisant pour expliquer le problème rencontré ? **afin d'identifier d'autres facteurs favorisants.**

Remarque :

Une cause n'est pas décrite négativement mais factuellement et précisément. Exemple : ne pas dire : « la procédure était mal rédigée », mais : « la procédure ne mentionnait pas l'utilisation de barrières chez tout patient agité ».

1.3. Pour chaque facteur favorisant identifié poser la question

Pourquoi ? afin de rechercher un élément de causalité explicatif supplémentaire.

- Si un élément supplémentaire explicatif est mis en évidence, poser à nouveau la question : Pourquoi ? afin de rechercher d'autres éléments explicatifs.
Exemple : devant un facteur favorisant identifié lié à l'environnement de travail = panne de matériel : Pourquoi ? réponse : maintenance non faite, Pourquoi ? réponse : maintenance reportée, Pourquoi ? réponse : problème d'effectifs, etc.
- Si aucun élément supplémentaire explicatif n'est trouvé : **passer au point 2**

Remarque :

Il convient de ne pas arrêter l'analyse lors de la découverte d'une erreur humaine ou d'un écart par rapport à une procédure, mais de toujours en rechercher une cause (en effet dans une vision systémique, c'est la cause qui peut faire l'objet d'une action correctrice et non pas l'erreur ou l'écart).

2. Analyse de la récupération mise en œuvre pour « rétablir » la situation

(Notamment pour un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient)

- Quand et comment avons-nous vu que le processus de prise en charge déviait de son cours habituel ? (détection). Qui a détecté ?
- Quand et comment avons-nous compris ce qu'il se passait ? (Identification). Qui a identifié ?
- Quand et comment avons-nous réagi ? Qu'est-ce qui a été fait ? (récupération). Qui a récupéré ?
- Quels sont les éléments (appelés aussi barrières ou défenses) qui ont empêché, ralenti ou atténué l'évolution vers une complication ou un décès ? ou qui ont dysfonctionné, cédé ? ou qui étaient absents ?
- Comment l'évènement s'est-il arrêté ? En combien de temps ?
- Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour améliorer la récupération ?

3. Synthèse

- Quelles sont les forces et les vulnérabilités du « système » (de la prise en charge) ? Est-il nécessaire de revoir le système (la prise en charge) ?
- Quelles recommandations et ou actions correctives mettre en place pour éviter la survenue de cet évènement ?
- Quels enseignements tirons-nous de cette analyse ?