



CADRE CANADIEN D'ANALYSE DES INCIDENTS

Questions guides pour l'analyse des incidents

© 2012 Institut canadien pour la sécurité des patients

Tous droits réservés. Une permission est accordée par les présentes pour redistribuer ce document, en partie ou en totalité, à des fins pédagogiques non commerciales, sous réserve que son contenu ne soit pas modifié, que l'Institut canadien pour la sécurité des patients soit dûment reconnu pour ce travail et qu'il soit mentionné clairement que l'Institut canadien pour la sécurité des patients ne soutient pas cette redistribution du document. Une permission écrite de l'Institut canadien pour la sécurité des patients doit être obtenue pour faire usage de ce document à toute autre fin, y compris pour en utiliser les illustrations dans un but commercial.

Citation entière :

Partenaires collaborant à l'analyse des incidents. Cadre canadien d'analyse des incidents. Edmonton, Alberta : Institut canadien pour la sécurité des patients, 2012. Les partenaires collaborant à l'analyse des incidents sont l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, Saskatchewan Health, Patients pour la sécurité des patients du Canada (un programme de l'ICSP dirigé par les patients), Paula Beard, Carolyn E. Hoffman et Micheline Ste-Marie.

Cette publication est téléchargeable gratuitement à : www.securitedespatients.ca

Pour obtenir des renseignements supplémentaires ou pour faire des commentaires, veuillez utiliser

l'adresse suivante : analysis@cpsi-icsp.ca

G. QUESTIONS GUIDES POUR L'ANALYSE DES INCIDENTS

La liste de questions guides qui suit vise à faciliter la détermination des facteurs contributifs, des dangers et des facteurs atténuants à l'étape de l'analyse de l'incident qui cherche à savoir « comment et pourquoi c'est arrivé ». Les questions sont posées pour vérifier la disponibilité et la solidité des mesures de sécurité mises en place à tous les niveaux de l'établissement et pour orienter l'analyse vers la détermination des vulnérabilités du système qui, une fois alignées d'une certaine façon, ont permis à un incident de survenir. Les équipes sont encouragées à noter, analyser et rapporter les barrières systémiques qui ont bien fonctionné (facteurs atténuants), et qui devraient donc être renforcées et reconnues pour qu'elles continuent à empêcher les préjudices futurs.

Les questions sont regroupées selon des catégories de facteurs établies pour concentrer l'analyse sur l'interaction entre les humains et le système et, de ce fait, faciliter la détermination des facteurs contributifs à l'échelle du système à divers échelons de l'établissement. Voir la *Section 2.3*. Ces catégories s'inspirent de celles utilisées en situation d'analyse partout dans le monde^{37, 49, 50, 51} et raffinées dans le cadre d'essais pilotes et de consultations auprès d'un spécialiste des facteurs humains.

L'utilisation qui est faite de cette liste relève des préférences personnelles. Certaines personnes choisissent de poser les questions énumérées ci-dessous pour faciliter la collecte de données, alors que d'autres préfèrent les utiliser pour corroborer les renseignements déjà obtenus. Le but de l'exercice est de poser toutes les questions pour voir si des mesures de protection sont en place et si elles fonctionnent bien. Pour chaque catégorie, il faut réfléchir aux autres facteurs qui ont pu contribuer à l'incident et en tenir compte dans l'analyse.

Conseils:

- Les questions guides sont fournies à titre d'exemple et ne représentent pas une liste exhaustive.
- Les questions guides sont différentes des questions d'entrevue.
- Pour chaque question guide, demander quel est son rapport à l'incident.
- Si la réponse à une question guide suggère qu'une précaution n'était pas en vigueur ou ne fonctionnait pas, questionner davantage avec des questions supplémentaires : par exemple, « pourquoi est-ce le cas? », ou « si c'est le cas, comment cela a-t-il contribué à affecter l'incident? ».

Tâche (soins/processus de travail) :

- » Y a-t-il déjà eu des défaillances passées ou prévues en lien avec cette tâche ou ce processus?
- » Fallait-il des compétences spécialisées pour exécuter cette tâche?
- » Fallait-il une procédure établie ou une séquence d'étapes, p. ex., groupes d'ordonnances pré-établies, listes de vérification, etc.? Existait-elle et a-t-elle été suivie?
- » Existait-il un protocole, était-il à jour et a-t-il été suivi dans ce cas?
- » Au moment d'effectuer la tâche, y avait-il des contraintes ou des pressions, p. ex., de temps, de ressources?

- » L'information nécessaire pour décider des soins à donner était-elle disponible et à jour, p. ex., les résultats d'analyse, la documentation, l'identification du patient?
- » Y avait-il un programme d'évaluation des risques, de vérification ou de contrôle de la qualité en place pour la tâche ou le processus?
- » Autre?

Équipement (comprend les systèmes d'information et de communication) :

- » Les signaux visuels et les commandes étaient-ils compréhensibles?
- » L'équipement pouvait-il détecter et afficher les problèmes automatiquement?
- » L'affichage était-il fonctionnel?
- » Les étiquettes de mise en garde, le guide de référence et les mécanismes de sécurité étaient-ils fonctionnels et faciles à voir ou accessibles?
- » L'entretien et la mise à niveau étaient-ils à jour?
- » L'équipement était-il normalisé?
- » Les utilisateurs qualifieraient-ils cet équipement de «facile à utiliser»?
- » Des systèmes de communication : téléphone, téléavertisseur, logiciel, matériel, etc.) étaient-ils disponibles et fonctionnels?
- » Autre?

Environnement de travail :

- » Le niveau de bruit a-t-il gêné l'écoute des alarmes?
- » L'éclairage était-il approprié à la tâche?
- » La zone de travail était-elle adéquate pour les tâches effectuées, p. ex., l'espace, l'aménagement, la localisation et l'accessibilité des ressources?
- » Autre?

Patients :

- » Le patient avait-il l'information nécessaire pour aider à ce que l'incident soit évité?
- » Sinon, qu'est-ce qui aurait permis au patient d'aider l'équipe de soins?
- » Certains facteurs comme l'âge, le sexe, les médicaments, les allergies, le diagnostic et les autres conditions médicales ont-ils contribué à l'incident? De quelle façon y ont-ils contribué?
- » Certains facteurs d'ordre social ou culturel ont-ils contribué à l'incident? Lesquels?
- » De quelle façon?
- » La langue a-t-elle constitué une barrière?
- » Autre?

Équipe de soins :

Prestataires de soins :

- » L'éducation, l'expérience, la formation et le niveau de compétences étaient-ils appropriés?
- » La fatigue, les éléments de stress, des problèmes de santé ou d'autres facteurs posaient-ils un problème?
- » La charge de travail était-elle appropriée?
- » Une aide ou une supervision appropriée et opportune étaient-elles disponibles?
- » Autre?

Équipe de soutien (tous les individus prenant part au processus de soin) :

- » Les rôles et les responsabilités étaient-ils clairs et bien compris?
- » La qualité et la fréquence des communications orales et écrites entre les membres de l'équipe étaient-elles adéquates : claires, précises, exemptes de jargon technique, pertinentes, complètes, opportunes?
- » Des séances d'information et de bilan d'équipe régulières étaient-elles tenues concernant les questions importantes liées aux soins?
- » Le moral de l'équipe était-il bon? Les membres de l'équipe se soutiennent-ils mutuellement?
- » Des canaux de communication : courriel, téléavertisseur, téléphone, etc. étaient-ils disponibles et appropriés pour répondre aux besoins de l'équipe?
- » Autre?

Établissement :

Politiques et priorités :

- » Les politiques et procédures pertinentes étaient-elles disponibles, connues et accessibles et répondent-elles aux besoins des utilisateurs?
- » Y avait-il des dérogations aux politiques et procédures documentées?
- » Existait-il un mécanisme pour signaler et régler les incohérences entre la politique et la pratique?
- » Les priorités stratégiques de l'établissement étaient-elles claires pour tout le monde?
- » Autre?

Culture:

- » Les patients, cliniciens et autres employés étaient-ils à l'aise de signaler les problèmes de sécurité?
- » Le soutien de la direction et du conseil d'administration envers la sécurité des patients était-il visible?
- » La communication entre le personnel et la direction soutenait-elle les soins sécuritaires quotidiens prodigués aux patients?
- » Les incidents étaient-ils considérés comme des défaillances du système pour lesquelles les gens n'ont pas été blâmés?
- » Autre?

Les ressources :

- » L'horaire établi a-t-il influencé le niveau de dotation ou causé du stress, de la fatigue?
- » Le système avait-il les ressources suffisantes pour bien fonctionner?
- » Les mesures d'incitation formelles ou informelles étaient-elles appropriées?
- » Autre?

Autre - à considérer :

- » Existait-il d'autres conditions ou circonstances locales qui ont pu influencer sur les conséquences ou le résultat?
- » Existait-il des conditions ou circonstances propres au secteur qui ont pu influencer sur les conséquences ou le résultat?
- » Autre?