



CADRE CANADIEN D'ANALYSE DES INCIDENTS

Création d'un diagramme de constellation

© 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

H. CRÉATION D'UN DIAGRAMME DE CONSTELLATION

L'étape de création de diagrammes du processus d'analyse est axée sur la reconnaissance de tous les problèmes du système qui peuvent avoir contribué à l'incident plutôt qu'uniquement sur les facteurs qui sont apparents et les plus proches du foyer de l'incident. La schématisation peut aider les équipes à mieux comprendre les facteurs systémiques et leurs interrelations, à mieux les visualiser et à éviter le biais rétrospectif. La schématisation est l'un des éléments qui peuvent rendre les soins plus sécuritaires en augmentant la crédibilité, la fiabilité et l'efficacité de l'analyse.

Beaucoup de lecteurs seront familiers avec l'utilisation des diagrammes d'Ishikawa (également appelé « arête de poisson »)⁵² et « en arbre »⁵³ pour appuyer l'analyse, cependant, ces deux types de diagrammes ont des limites. Le diagramme d'Ishikawa est utile pour cerner et regrouper les facteurs, mais ne permet pas d'illustrer aisément les liens complexes entre les facteurs. De son côté, l'arborescence est jugée trop « linéaire » et son approche descendante peut entraîner une certaine confusion quant à l'importance relative des facteurs contributifs cernés.

Figure H.1 : DIAGRAMME D'ISHIKAWA (« ARÊTE DE POISSON »)

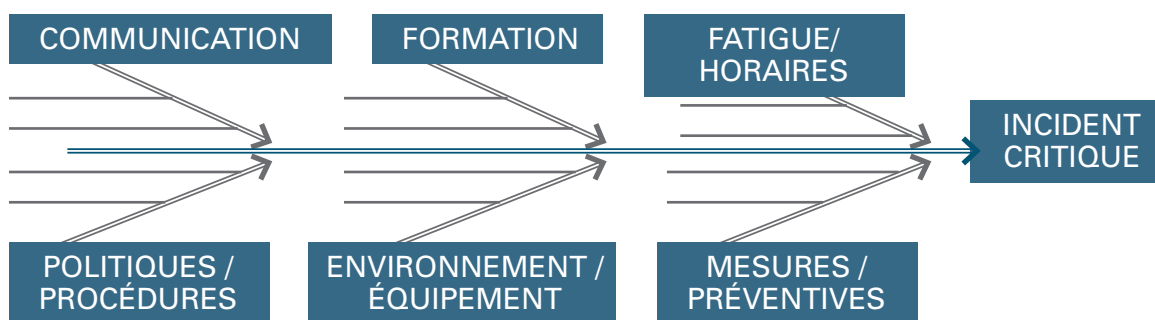
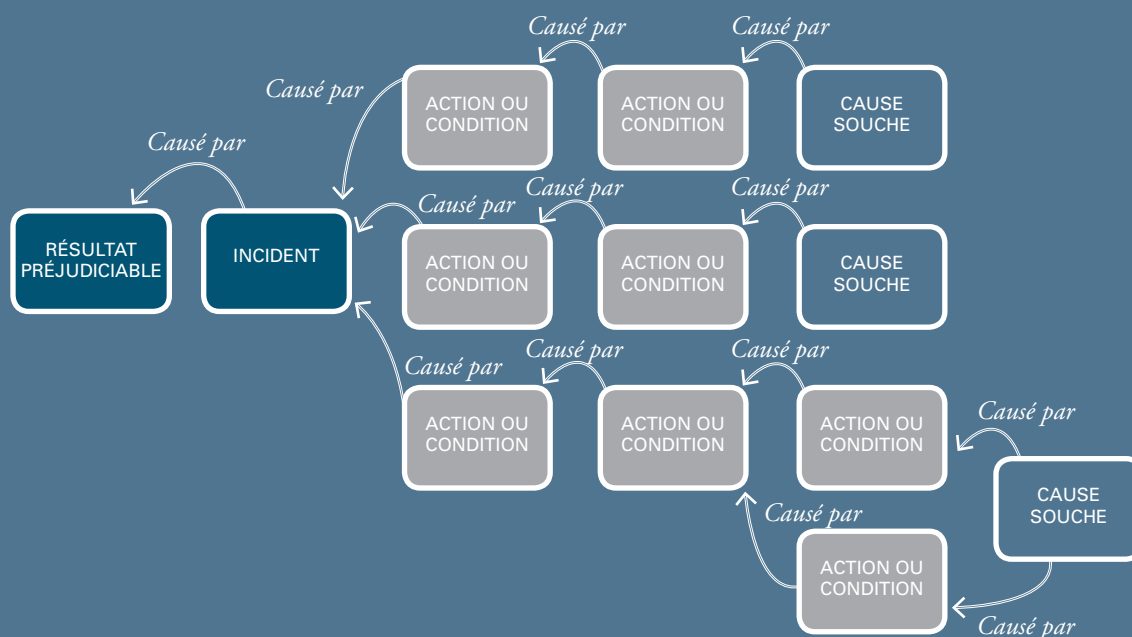


Figure H.2 : DIAGRAMME EN ARBRE



Afin de composer avec les avantages et les limites de ces deux types de diagramme, leurs caractéristiques ont été combinées dans un diagramme innovateur qui a évolué à partir des diagrammes d'arêtes de poisson et en arbre, vers ce que nous avons appelé « diagramme de constellation », une nouvelle méthode de création de diagrammes conçue par les auteurs. Une recherche documentaire n'a pas identifié de références à des diagrammes de constellation dans le contexte d'une schématisation de facteurs contributifs dans le cadre de l'analyse des incidents, mais il y a des références à des méthodes de schématisation et d'analyse, y compris l'analyse statistique, qui mettent l'accent sur l'identification de groupes d'éléments ainsi que leurs interrelations, par exemple : le modèle d'accident fonctionnel par résonance⁸⁴ la cartographie conceptuelle⁸⁵ et cognitive,⁸⁶ et l'analyse du réseau social.⁸⁷

Grâce à ses catégories de facteurs suggérées et l'utilisation de questions d'orientation, ce nouveau schéma offre un moyen systématique pour analyser les facteurs contributifs au niveau du système. En outre, la représentation visuelle unique de la constellation encourage et facilite l'identification des interconnexions et de la sphère d'influence parmi les facteurs contributifs, ce qui aidera à identifier ceux ayant le plus fort impact sur la sécurité des patients.

Améliorer la sécurité et la qualité des soins dans les systèmes adaptatifs complexes de soins de santé est tributaire de la capacité de voir comment les parties du système s'influencent mutuellement de sorte que les ressources limitées disponibles peuvent être dirigées avec plus de précision là où les plus grands risques sont identifiés. Le diagramme de constellation offre une plus grande souplesse que les diagrammes d'Ishikawa et en arbre pour accomplir cette tâche.

L'élaboration d'un diagramme de constellation relatif à un incident lié à la sécurité des patients se fait en cinq étapes :

Étape 1 : Décrire l'incident

Étape 2 : Cerner les facteurs contributifs possibles

Étape 3 : Établir les liens entre les facteurs contributifs possibles

Étape 4 : Déterminer les conclusions

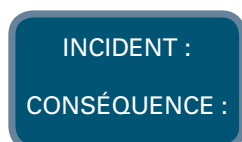
Étape 5 : Valider les conclusions avec l'équipe

Le développement et l'enregistrement du diagramme peuvent être faits en utilisant les ressources disponibles sur place, telles qu'un diagramme dessiné à la main qui peut être numérisé, une photographie de notes autoadhésives, ou à l'aide de logiciels tels que Word®, Excel®, Visio®, Mindmap®, etc.

Étape 1 : Décrire l'incident

- a. Résumer l'incident et le préjudice ou le risque de préjudice au centre du diagramme, généralement en moins de 10 mots. (*Figure H.3*)

Figure H.3 : DÉCRIRE L'INCIDENT

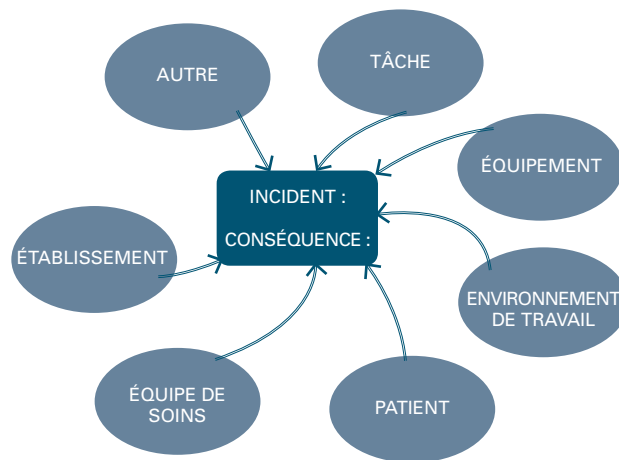


Il est crucial que l'équipe définisse clairement le point de départ de l'analyse. Ce point de départ est habituellement une situation préjudiciable que l'équipe souhaite prévenir. Il s'agit souvent, mais pas toujours, de l'issue réelle. Par exemple, dans le cas d'un incident évité de justesse, le risque a pu être décelé avant que le patient ne soit concerné. Il se peut aussi que l'incident se soit produit, mais qu'il ait été décelé à temps et que des mesures aient été prises avant qu'il ne cause de préjudice. Dans les deux cas, l'équipe déterminerait que le point de départ de l'analyse est le préjudice possible, puisqu'aucun préjudice n'a été réellement causé.

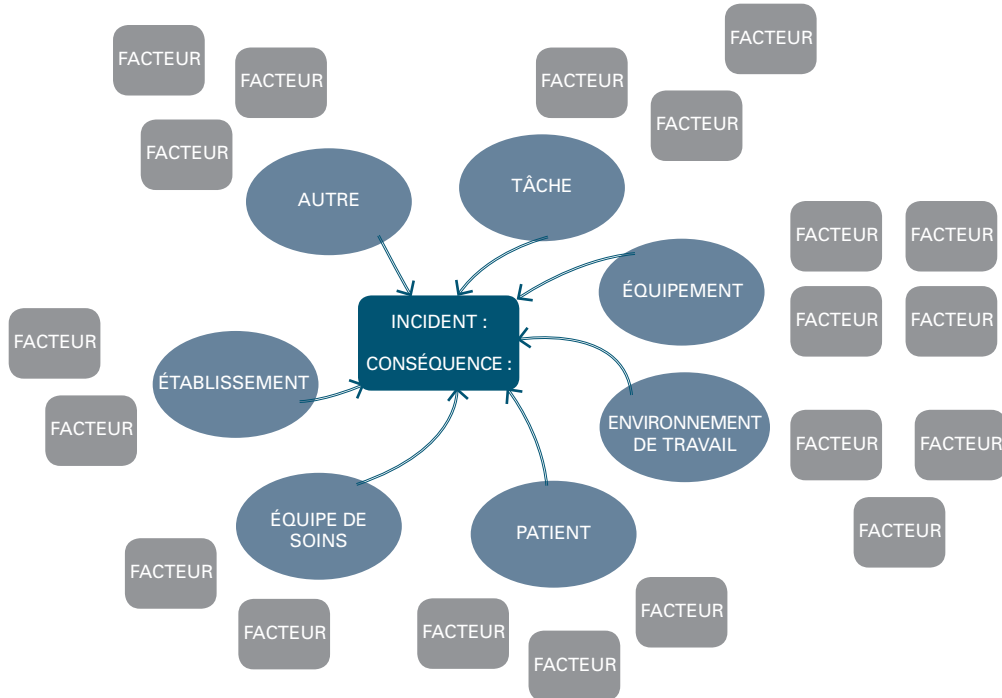
Étape 2 : Cerner les facteurs contributifs possibles

- a. Ajouter au diagramme, en les plaçant en cercle autour de la description de l'incident et de la conséquence, les catégories de facteurs contributifs : la tâche, l'équipement, l'environnement de travail, le patient, l'équipe de soins, etc. (*Figure H.4*)

Figure H.4 : AJOUTER LES CATÉGORIES DE FACTEURS CONTRIBUTIFS



- b. Utiliser les exemples de questions guides fournis (*Annexe G*), et d'autres questions au besoin, afin de cerner les facteurs contributifs possibles.
- c. Placer ensuite chacun des facteurs contributifs possibles sur une note autoadhésive et les regrouper près du titre de la catégorie (*Figure H.5*).



Lors de l'identification d'éventuels facteurs contributifs, on doit mettre l'accent sur des facteurs système, et non ceux qui sont centrés sur les individus, afin d'assurer que les recommandations ne sont pas centrées sur les individus. En gardant à l'esprit les principes des facteurs humains et de la théorie des systèmes, l'analyse devrait se concentrer sur « comment » certaines actions humaines se sont produites et non seulement sur le fait qu'elles ont eu lieu.

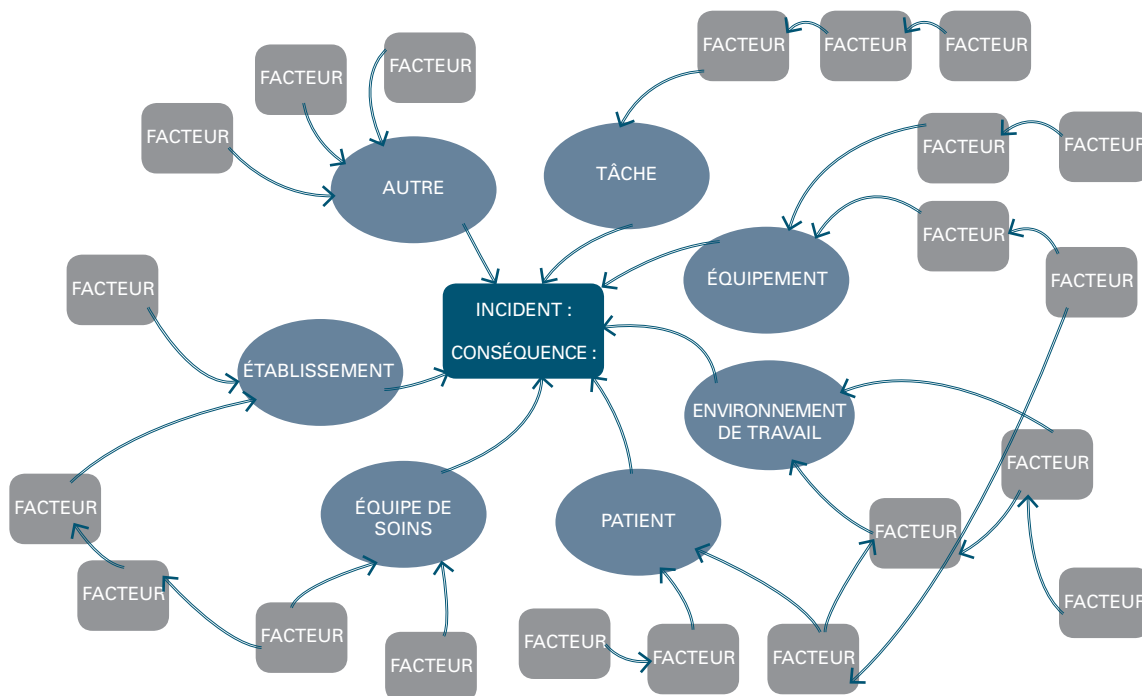
Par exemple, dans le cadre de l'analyse d'un incident au cours duquel un médicament a été administré incorrectement, il a été déterminé que l'infirmière était pressée. Le fait que l'infirmière était pressée est un détail factuel de ce qui s'est passé et non un facteur contributif. Les facteurs contributifs sont ceux qui peuvent avoir causé l'empressement. Il pourrait s'agir de trop de tâches attribuées, l'infirmière ayant pris en charge trop de patients complexes; ou le moment d'administration des médicaments du patient était en conflit avec un changement de quart, le patient ayant été admis peu avant la fin du quart et l'infirmière a voulu donner au patient ses médicaments contre la douleur pour lui éviter d'attendre la fin du changement de quart. En se concentrant sur les facteurs contributifs du système, l'équipe d'analyse sera en mesure d'identifier des solutions à effet multiplicateur. Les recommandations devraient être compatibles avec l'un des principaux fondements des facteurs humains : adapter la tâche ou le système à l'être humain et non l'inverse.

Étape 3 : Établir les liens entre les facteurs contributifs possibles

- a. Pour chaque facteur contributif possible, se demander « pourquoi et comment c'est arrivé? », « qu'est-ce qui a influencé cela? » et « quels autres facteurs ont influencé les circonstances? ».
- b. Ajouter les réponses à ces questions afin d'établir des « chaînes relationnelles ».
 - i. Certains facteurs contributifs peuvent être directement liés l'un à l'autre, dans la même catégorie, pour créer une chaîne.
 - ii. Certaines réponses peuvent provenir de différentes catégories de facteurs contributifs; dans ce cas, il faut indiquer le lien en traçant une ligne.
- c. Continuer à poser les questions « pourquoi » et « qu'est-ce qui a influencé cela? » jusqu'à ce qu'aucun autre indice ne puisse être produit.

Une fois les facteurs contributifs possibles cernés à l'aide des catégories de questions guides, la deuxième étape de l'analyse commence. En se demandant « qu'est-ce qui a influencé cela? » et « quels autres facteurs ont influencé les circonstances? », l'équipe agrandit alors le diagramme de constellation pour y ajouter les « chaînes relationnelles » des facteurs contributifs, comme l'illustre la *Figure H.6*. Ce processus de questionnement se poursuit jusqu'à ce que toutes les questions aient été posées, que les connaissances soient limitées ou que les enjeux cernés débordent du cadre de l'analyse. Il faut s'attendre à ce que des facteurs de catégories différentes soient interreliés et puissent s'influencer mutuellement.

Figure H.6 : ÉTABLIR LES LIENS ENTRE LES FACTEURS CONTRIBUTIFS POSSIBLES



Étape 4 : Cerner les conclusions

La prochaine étape dans le processus d'analyse consiste à identifier les conclusions qui sont au cœur de l'incident. L'équipe doit s'attendre à identifier plusieurs conclusions - il y a

rarement, sinon jamais, qu'une seule raison qui explique pourquoi un incident s'est produit.

Les conclusions seront identifiées dans trois catégories :

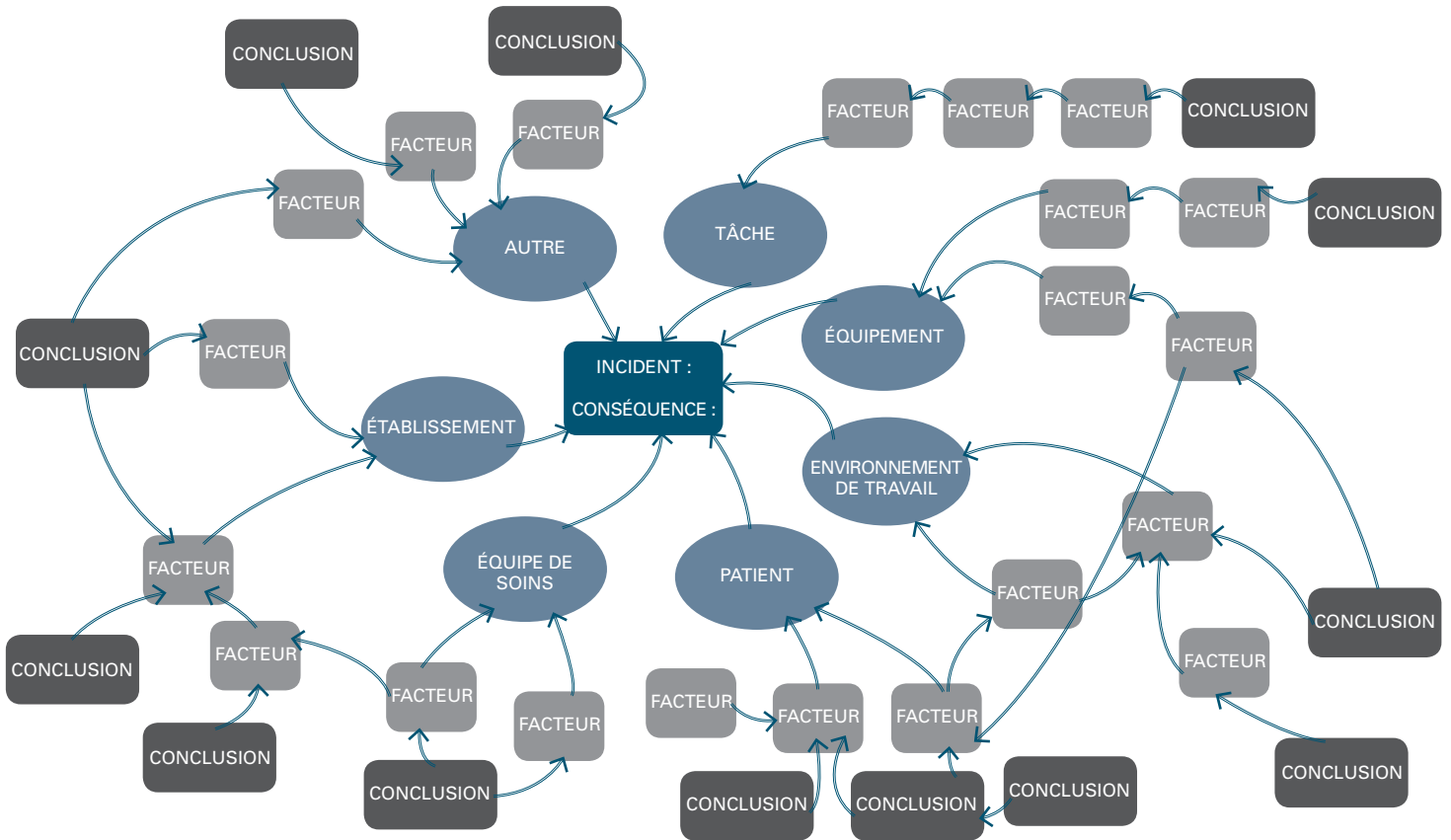
- a. Des facteurs qui, s'ils avaient été corrigés, auraient vraisemblablement prévenu l'incident ou atténué le préjudice subi, seront à la base de l'élaboration de recommandations.

La question qui se pose est la suivante: « *si ce facteur avait été éliminé ou corrigé, cela aurait-il réduit le risque de récurrence des incidents ou des préjudices?* » Même s'il est possible que de nombreux facteurs contributifs puissent être identifiés par l'analyse, certains facteurs, si corrigés, ont une plus grande probabilité de prévenir l'incident complètement ou d'en atténuer les préjudices. Il est commun que ces facteurs soient « **très relationnels** ». En d'autres termes, des relations ou des relations possibles entre plusieurs facteurs identifiés semblent se combiner pour permettre à un incident de se produire, il y a donc une sphère d'influence parmi eux. Ces conclusions seront à la base de l'élaboration de recommandations. Noter que des mesures pourraient être requises à différents niveaux du système.

- b. Des facteurs qui, s'ils avaient été corrigés, n'auraient pas prévenu l'incident ni atténué le préjudice subi, mais qui demeurent importants pour la sécurité du patient, du personnel ou la sécurité des soins en général. Ces questions devraient être couvertes par les conclusions de l'équipe, portées à l'attention des individus appropriés pour suivi et consignées au rapport d'analyse à des fins d'examen et d'action future au besoin.
- c. Les facteurs atténuants - facteurs qui ont évité que des conséquences plus graves ne découlent de l'incident et qui représentent des mesures préventives solides qui doivent être conservées.

Un diagramme de constellation complété est illustré à la *Figure H.7* qui suit.

Figure H.7 : DIAGRAMME DE CONSTELLATION COMPLÉTÉ



Étape 5 : Valider les conclusions avec l'équipe

- a. S'assurer d'un consensus et de leur soutien pour l'élaboration de recommandations.

L'équipe doit s'entendre sur les conclusions avant de passer à l'élaboration de recommandations. S'il y a une absence d'accord immédiat, il sera important de discuter et de régler tout désaccord afin de parvenir à un consensus avant de procéder. Si les individus clés impliqués dans l'incident ne sont pas des participants dans l'équipe d'analyse, il sera utile d'obtenir leur avis sur les conclusions de l'équipe d'analyse dans le cadre du processus de vérification des conclusions. Cette étape du processus devrait aussi inclure une étape de rétrovérification; en d'autres termes, considérer l'effet qu'aurait la correction des vulnérabilités identifiées en répondant à la question suivante, « si ce facteur n'avait pas été présent ou avait été corrigé, est-ce que l'incident se serait produit quand même? ».