

Mieux appréhender les facteurs humains dans l'analyse des EIG

René Amalberti, conseiller sécurité des soins HAS

Directeur de la Fondation pour une culture de sécurité industrielle (FONCSI)

Une évidence

- L'analyse des accidents/incidents reste un premier pas dans toute gestion des risques

- Le REX est un des quatre outils de l'analyse des risques
 - REX/ Reporting/ Signalement
 - Humain
 - informatique
 - Analyse des processus
 - Audits
 - Indicateurs

Le paysage du risque

Un sujet continuellement mouvant

**COMPLICATIONS
INDUES LIEES AU
SITE** Infections,
chutes...

**COMPLICATIONS INDUES
LIEES A LA MALADIE**

*Pratique médicale sous optimale
Perte de temps, rupture dans la continuité des
soins, déviances diverses/recommandations*

**PATIENTS PAS DANS LA
BOUCLE , MAL
INFORMES DES
RISQUES**

*Un thème montant
rapidement en puissance
Inclus la participation du
patient à sa sécurité, la
participation à la décision,
l'information sur les risques,
et l'annonce d'un EIG*

**ACCES
impossible
trop lent, pas au
bon niveau**

*La sécurité est souvent
hésitante à incorporer
cette dimension
(souvent laissée à la
Qualité) mais elle
s'avère essentielle
dans la gestion du
risque, et pas
simplement sur un
plan de l'égalité social;
exemple de l'AVC et de
l'accès au scan et au
neuroradiologue en
moins de 4h00*

*Ces deux doigts
représentent la
majorité des
problèmes*

***Arc traditionnel** des
progrès médicaux, Vision
des grands nombres,
Approches
épidémiologiques,
Expérience collective plus
importante que
l'expérience personnelle*

**ERREURS
GROSSIERES
SYSTEMIQUES**

*Un inventaire à la
Prévert, d'EIG rares,
pas d'approche
épidémiologique
possible. Le rôle de la
gouvernance de
l'établissement est au
premier plan*

EDITORIAL

Safety in healthcare is a moving target

Charles Vincent,¹ Rene Amalberti²

Safety in healthcare is a constantly moving target. As standards improve and concern for safety grows, we come to regard an increasing number of events as patient safety issues. In this respect, healthcare differs from almost all other safety-critical industries. What we regard as harm in, for instance, civil aviation remains the same whatever advances may occur in aviation technology or practice. In contrast, innovation and improving standards in healthcare alter our conceptions of both harm and preventability.

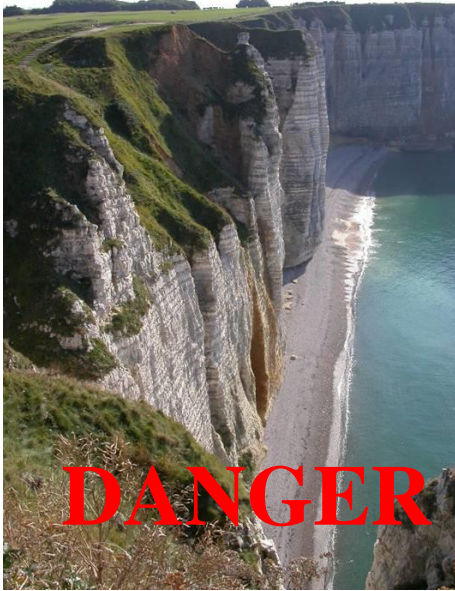
drug events in the community that cause admission to hospital, polypharmacy and general harm from overtreatment.⁸ All these, in the past, might have been regretted, but now receive greater attention by being viewed under the safety umbrella.

The perimeter of safety is, therefore, expanding. This is welcome for patients as it reflects rising standards and aspirations. However, the shifting perimeter does present problems, both conceptual and practical. The definition of harm seems increasingly difficult to pin down

Les fondements d'une nécessaire révision de notre façon d'appréhender les EIG

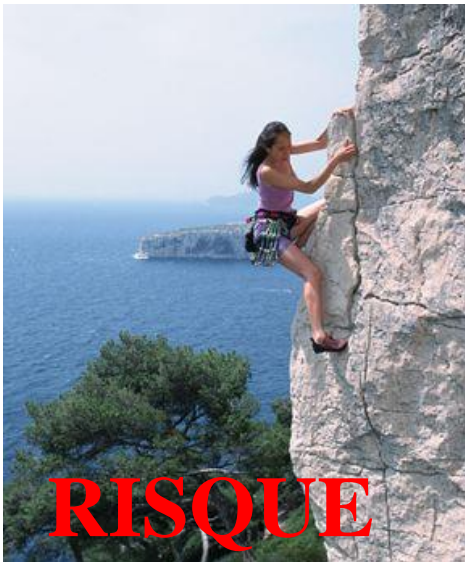
- **Plus d'EIG à attendre et non moins**
 - **Prévention précoce + vieillissement massif = beaucoup plus de patients, plus fragiles**
 - **Définition de l'EIAS extensive et sans limite haute**
 - **Période de transition difficile pour le système médical**
- **Séjours plus courts à l'hôpital aigu, parcours de soins, on voit et on verra surtout les erreurs des autres**
- **Efficacité incertaine dans nos façons de traiter les EIG**
- **Nouvelles priorités dans l'inclusion des EIG à établir avec le vieillissement massif de la population**

Quelques rappels de base: Risques et dangers



**Préventio
n**
**Limite la
probabilité**

Risque = fonction (gravité & probabilité)



Protection
**Limite la gravité
des conséquences**



Questions de vocabulaire sur les facteurs humains et les risques

- **Actions humaines**
 - Erreur (involontaire)
 - Violation (volontaire)
 - Chaîne d'erreurs
 - Récupération
 - Atténuation
- **Conséquences / impact patient**
 - Evènement indésirable (associé aux soins)
 - Grave
 - Evitable
- **Culture Juste :**
 - pardonner toutes les erreurs (forcément involontaires)
 - et aussi toutes les violations qui sont liées aux imperfections du système

Les erreurs dans les activités humaines

- Trois types
 - ROUTINES 80 à 90%
 - ERREURS DE CONNAISSANCES
 - Règles (mauvaise sélection) 15%
 - Modèles de connaissances (manque de) 2 à 5%
- Fréquentes: 2 à 10 par heure en situation active (pilotage, conduite, tâches prenantes)
- Auto-récupération très élevée: moyenne 70 à 80%
 - DETECTION SUR RESULTAT BIZARRE
 - DETECTION SUR TRACES
 - CONTRÔLE SYSTEMATIQUE

Le facteur humain est partout dans les systèmes humains

- Positif et négatif
- Toutes les défaillances sont liées au facteur humain
- Mais toutes les réussites aussi.
- L'analyse doit garder à l'esprit cette dualité

Nos difficultés avec le facteur humain

L'efficacité de l'analyse des EIG en débat

- Un objectif devenu quasi administratif, une case à remplir (RMM; crex) plus qu'une analyse bien faite
- Le nombre et les statistiques plus importantes que la qualité de l'analyse; peu de temps consacré à chaque cas
- Les analystes sont parties prenantes sur le recueil des faits et l'élaboration des conclusions
- La réduction des séjours fait 'fuir' la visibilité des EIAS chez les professionnels qui ont pris le patient en charge à sa sortie
- Une recherche de causes trop souvent rapidement arrêtée au fait le plus évident, le plus récent, le plus centré sur des erreurs ponctuelles des acteurs de première ligne
- Une recherche de causes d'erreurs qui oublie le plus important pour la gestion des risques: la détection et la récupération des erreurs
- Pire, des conclusions et recommandations dramatiquement naïves: 'revenir au standard, rappeler ce standard, multiplier les barrières de prévention, et appliquer les procédures'

La littérature pointe 2 faiblesses majeures dans la prise en compte des FH dans l'analyse des EIG

- L'analyse initiale du scénario d'EIAS et sa compréhension dynamique
- L'apprentissage de l'erreur et la recherche de solutions d'améliorations pertinentes



Learning from incidents in healthcare: the journey, not the arrival, matters

Ian Leistikow,^{1,2} Sandra Mulder,¹ Jan Vesseur,¹ Paul Robben^{2,3}

Medical Specialist Care, Dutch healthcare inspectors, Utrecht, the Netherlands
¹Department of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands
²Health Care Inspectorate, Utrecht, the Netherlands

Correspondence to: Ian Leistikow, Medical Specialist Care, Dutch Healthcare Inspectorate, PO Box 2518, 3420 GA Utrecht, The Netherlands, il.leistikow@digp.nl

Received 18 September 2015
Revised 27 February 2016
Accepted 12 March 2016

INTRODUCTION Incident reporting is widely recognised as an important method for improving safety in healthcare, and many countries have established their own incident reporting systems.¹ However, the actual value of these systems is increasingly subject to debate.² Reporting systems, both local and national, are overwhelmed by the volume of reports and fall short in defining recommendations for improving healthcare safety. “We collect too much and do too little.”³

The purpose of these systems is also under debate. The UK, for example, struggles to clarify whether incident reports should be used to help healthcare organisations learn, or whether they

define for a sentinel event (SE), the most serious class of incidents that healthcare organisations are mandated to report (see box 1). Since rising standards of care influence the way incidents are judged, an incident in 2005 can be judged differently in 2015 using the identical definition.⁴ Moreover, the standards of the healthcare quality community change faster, because they stay up to date on quality improvement innovations, than the standards of many frontline personnel. As a consequence, there is an endless discussion between hospitals and the healthcare inspectorate as to which incidents are classified as SE and should therefore be reported. Another consequence is that our national incident



Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting

Tanya Anne Hewitt,¹ Samia Chreim²

¹Department of Population Health, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada
²Schulich School of Management, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada

Correspondence to: Tanya Anne Hewitt, Department of Population Health, University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada K1N 6N5, thewitt25@uottawa.ca

Received 5 June 2014
Revised 27 January 2015
Accepted 20 February 2015

ABSTRACT Practitioners frequently encounter safety problems that they themselves can resolve on the spot. We ask, when faced with such a problem, do practitioners fix it in the moment and forget about it, or do they fix it in the moment and report it? We consider factors underlying these two approaches. **Methods** We used a qualitative case study design employing in-depth interviews with 40 healthcare practitioners in a tertiary care hospital in Ontario, Canada. We conducted a thematic analysis, and compared the findings with the literature. **Results** “Fixing and forgetting” was the main

of the main objectives of incident reporting systems is to attain organisational learning.^{5–8} This learning is restricted if only realised incidents are reported, but it could be greatly enhanced if patient safety hazards (defined as conditions that could lead to patient harm) are reported as well.^{9–20} While many studies have researched obstacles to and enablers of incident reporting by front-line healthcare workers, this study focuses on a specific but significant type of information—problems that the practitioners themselves can typically resolve. Few studies have looked at the goal conflict asso-

Root-cause analysis: swatting at mosquitoes versus draining the swamp

Patricia Trbovich,^{1,2} Kaveh G Shojania^{3,4,5}

¹Institute of Health Policy, Management and Education, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada
²North York General Hospital, Toronto, Ontario, Canada
³Department of Medicine, Sunnybrook Health Sciences Centre and the University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

Correspondence to: Patricia Trbovich, 115 College Street 425, Toronto, ON, Canada M5T 1A6, patricia.trbovich@utoronto.ca

Accepted 1 February 2015

Many healthcare systems recommend root-cause analysis (RCA) as a key method for investigating critical incidents and developing recommendations for preventing future events. In practice, however, RCA vary widely in terms of their conduct and the utility of the recommendations they produce.¹ RCAs often fail to explore deep system problems that contributed to safety events² due to the limited methods used, constrained time and meagre financial/human resources to conduct RCAs.³ Furthermore, healthcare organisations often lack the mandate and authority required to develop and implement sophisticated and effective corrective actions.⁴ Consequently, corrective actions primarily aim at changing human behaviour rather than system-based changes.^{5,6}

built-in reminders exist). Returning to Reason’s analogy, we do not want to spend our time and expend our resources swatting at the mosquitoes of “root double checking”. Rather, we want to drain the swamp of the many latent conditions that make not double checking more likely to occur. Too often, RCA teams focus on the first causal factor identified (eg, staff violation of the allergy-checking policy) rather than considering such factors holistically as parts of a sociotechnical system (ie, interactions between people and technology embedded in an organisational structure).

FURTHER INVESTIGATION NEEDED BETWEEN RCAs AND RECOMMENDED CORRECTIVE ACTIONS

Macrae C. The problem with incident reporting BMJ Qual Saf Published Online First: doi:10.1136/bmjqs-2015-004732

RCAs often fail to explore deep system problems that contributed to safety events³ due to the limited methods used, constrained time and meagre financial/ human resources to conduct RCAs.⁴ Furthermore, healthcare organisations often lack the mandate and authority required to develop and implement sophisticated and effective corrective actions.⁴ Consequently, corrective actions primarily aim at changing human behaviors rather than system based changes

Paradoxalement, la déclaration insuffisante d'EIAS n'est plus une priorité citée par la littérature, bien au contraire

Une forte ambiguïté sur l'inclusion (et donc la définition des EIG)

- **Plus de 90% des EIAS graves sont des 'case mix'**
 - **Causés par un mélange d'erreurs dans la PEC et d'évolution spontanée de la pathologie**
 - **Ce qui explique (sans justifier) leur exclusion dans 80% des cas, et le faible nombre d'EI déclaré**
 - **Hélas double erreur car la vraie source de progrès de sécurité n'est pas tant dans la recherche et la suppression de causes (sensible au case mix) que dans la meilleure gestion des risques et des conséquences (détection, récupération, atténuation) (insensible au case mix)**
- **La définition des EIAS dépend (trop) de la norme locale.**
 - **Un grand nombre de vrais EIAS ne fait pas sens pour les professionnels, noyé dans une 'normalité déviante'**

La question des compétences et sa causalité dans la survenue des EIAS

Compétences techniques et Compétences non techniques

- **Compétences techniques**

- La pratique technique médicale dans toutes ses facettes (gestes, anamnèse, examen physique, séméiologie, examens complémentaires)
- La thérapeutique (sous toutes ses formes et particulièrement les Pratiques médicales recommandées)

- **Compétences non techniques**

- La relation au patient et à l'entourage du patient
- La gestion des conflits et des priorités (avec le patient, avec ses collègues ou employés, avec ses propres priorités, ses contrariétés du jour, etc.)
- La gestion des collaborations dans le système médical (avec les confrères et professionnels de santé)
- La gestion des outils: informatique, téléphone, dossiers, aides de toutes sortes, ... et documents pour l'administration
- La gestion de son niveau de stress et de fatigue....

Lien compétence-sécurité

- **Les personnes prennent des risques parce qu'ils sont biaisés par des heuristiques de jugement**
- **715 avalanches survenues entre 1972 et 2002 aux USA analysées avec le comportement de prise de risque des victimes avant l'avalanche (Ian Mc Cammon, avalanche news, 68, 2004)**

Description générale des terrains où sont survenues les avalanches

**La plupart des avalanches surviennent dans ces conditions hautement prévisibles
Plus de 75% des accidents surviennent dans des conditions où existent au moins 3 facteurs parmi ceux cités ci-dessous**

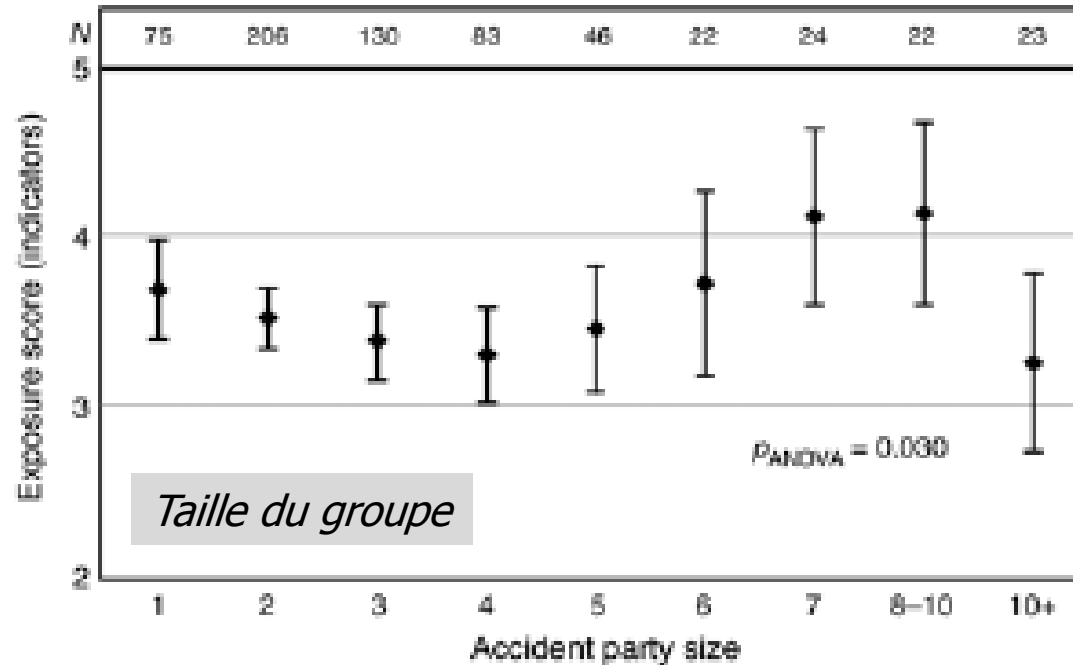
Facteurs de risque	Fréquence de représentation dans les 715 avalanches mortelles
Couloir à avalanche connu	82%
Amas neigeux récent avec / Sans vent	66%
Terrain piègeur, rochers, très fortes pentes	58%
Zone connue pour des accidents déjà répertoriés	55%
Avalanche récente à cet endroit	35%
Conditions particulières d'instabilité du manteau neigeux, réchauffement	20%
Simple signes d'instabilité, craquements sous les skis, craquements visibles	17%

Description de l'expertise des personnes accidentées

Plus de 50% des groupes accidentés contenait au moins un expert du domaine et 2/3 des groupes connaissaient le risque et savaient l'identifier

Expertise	Description	Fréquence	Age moyen
Novices	Aucune connaissance des avalanches	34%	24,3
Habitués	Connaissance générales, sans entraînement formel aux précautions particulières	24%	30,1
Experts amateurs	Entraînés au problème des avalanches, ont vu le problème et pris des précautions	28%	30,9
Experts pro	Très entraînés Ont testé le risque	15%	33,5

Le groupe rassure et fait prendre plus de risques



Facteurs de risques présents dans la situation

Heuristique de valorisation

- Etre le premier à faire quelque chose est toujours plus valorisant (je peux le faire)
- Dans l'étude, 31 cas d'ouvertures de traces dans des conditions de risque maximal (plus de 4 marqueurs du risque visibles)
 - Toutes le fait de skieurs experts, dans des groupes où régnait une ambiance de compétition
 - L'effet est d'autant plus fort que le groupe est grand, et que le nombre de marqueurs connus pour la prise de risque est grand

Lien compétences-sécurité: une courbe en U inversée

- La prise de risque est attractive parce que valorisée socialement quand elle est réussie
 - Les accidents ne sont que les exceptionnels échecs d'une logique habituellement gagnante (renforcement positif sur l'apprentissage)
- L'acquisition de compétences professionnelles suit une courbe en U renversé dans son rapport à la sécurité des pratiques
- A court terme, les pratiques d'experts hors procédures sont à risques
- Mais le bénéfice de l'expertise ne doit pas être lu uniquement en termes de sécurité immédiate, car il est porteur d'acquisition et de défenses futures
- L'aéronautique a depuis longtemps fait le choix du court terme et inscrit dans ses règlements qu'elle se refusait à former des pilotes exceptionnels et qu'elle refusait des machines exigeant des compétences exceptionnelles

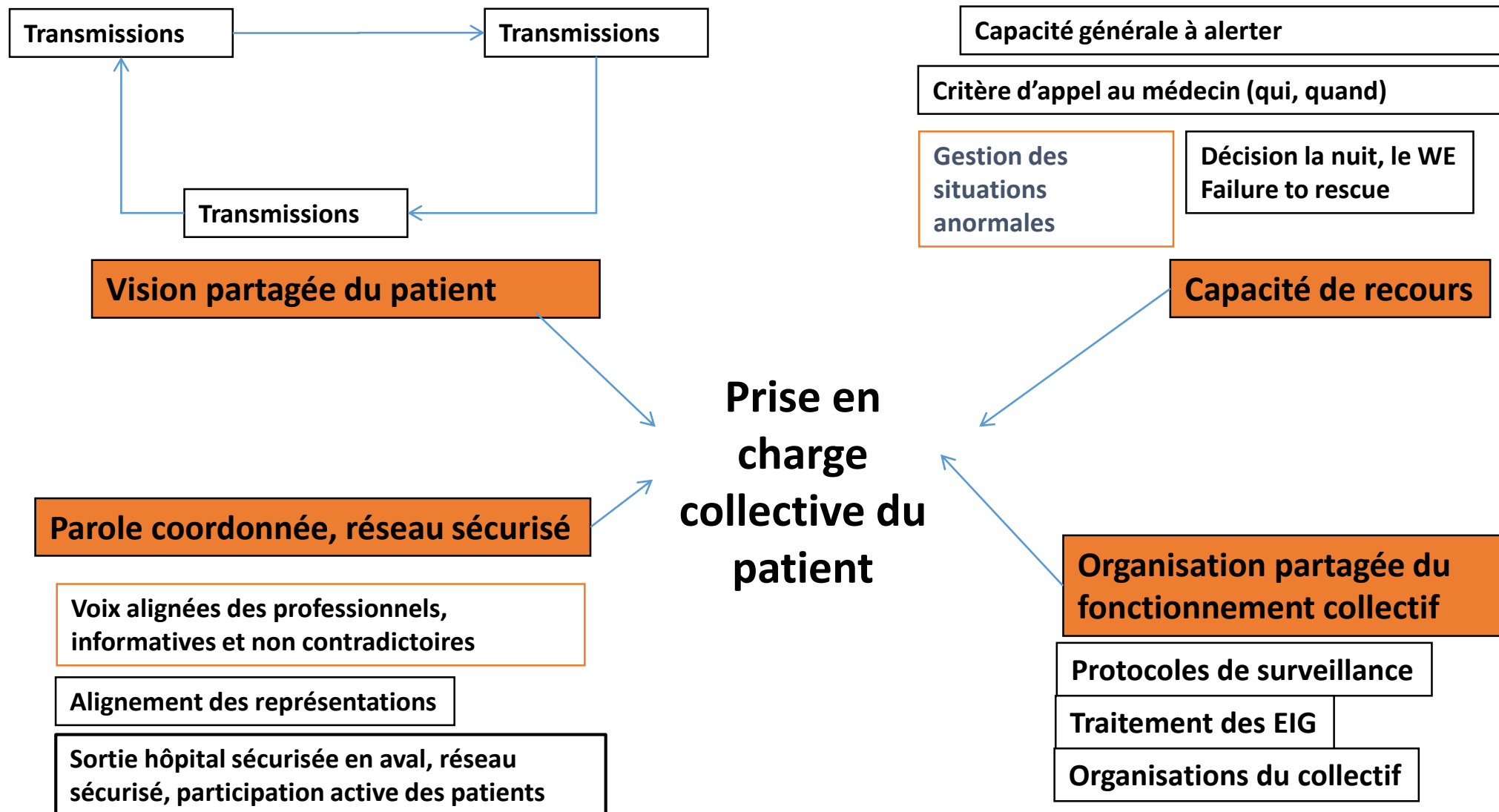
Risque d'accident



Trois raisons essentielles à la montée en puissance du focus équipe dans le traitement des EIAS

- **Fragmentation des actes et parcours, sur-spécialisation médicale, nécessité d'une coordination augmentée**
- **Prise de risque augmentée pour inclure du patient à risques, temps d'hospitalisation réduits, fenêtres de décision raccourcies pour la récupération de problème; l'équipe est plus sollicitée dans sa coordination**
- **Nouvelles organisations de soins à flux tendu, réduisant les opportunités de temps d'échange –**
- **Sous effectifs des 'lits chauds' de l'ambulatoire**

Quatre cibles de l'analyse des erreurs collectives



Sept changements de fond à opérer

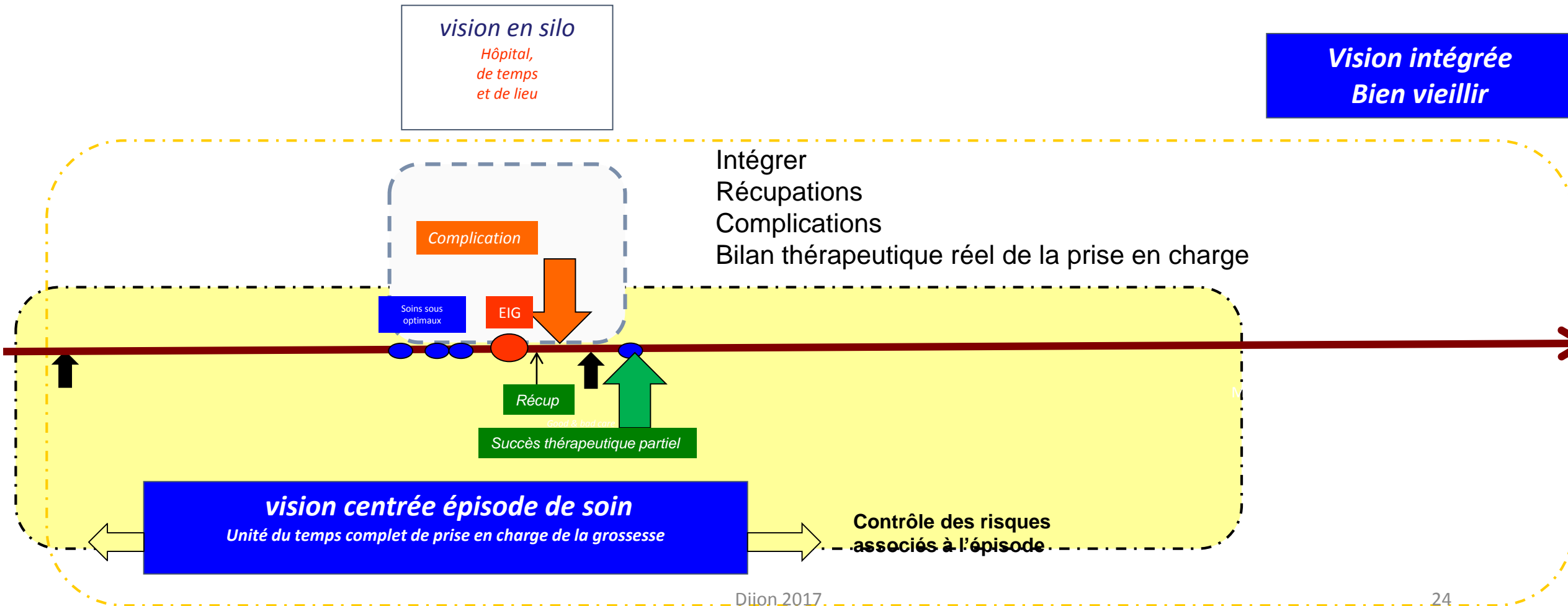
- **INCLURE LES RECITS DE PATIENTS** Travailler avec les patients et les familles pour identifier, définir et prioriser les questions de sécurité
- **CONSIDER LE PARCOURS PLUTÔT QUE L'ACTE** Elargir le périmètre temporel de l'analyse: analyser le parcours
- **FEWER DEEPER** Faire beaucoup moins d'analyses, beaucoup plus approfondies, et plus pertinentes (triage et sélection)
- **QUITTER UNE VISION CENTREE RECHERCHE DE CAUSES:** Comprendre les succès et les échecs dans la détection et la récupération du problème initial et des problèmes suivant, **INCLURE TOUTES LES COMPLICATIONS** et non seulement les EIG dans le périmètre de l'analyse (résout le problème des case mix)
- **CONSIDERER LES FAITS SUR LE PARCOURS COMPLET, COMPLICATIONS, RECUPERATIONS, RESULTAT MEDICAL AUSSI, CHAQUE REBONDISSEMENT EST UN SUJET D'ANALYSE** Analyser les questions de sécurité et les facteurs contributifs à différent points du parcours
- **SORTIR D'UNE VISION SIMPLISTE DES RECOMMANDATIONS DE FIN D'ANALYSE** Sortir d'une vision correctrice qui demande exclusivement de revenir à l'observance des standards
- **RECOMMANDER DES STRATEGIES PRAGMATIQUES VALABLES ICI ET MAINTENANT** Elargir le périmètre des stratégies suggérées avec pragmatisme et savoir faire en gestion du risque

Faire évoluer la mesure de la sécurité

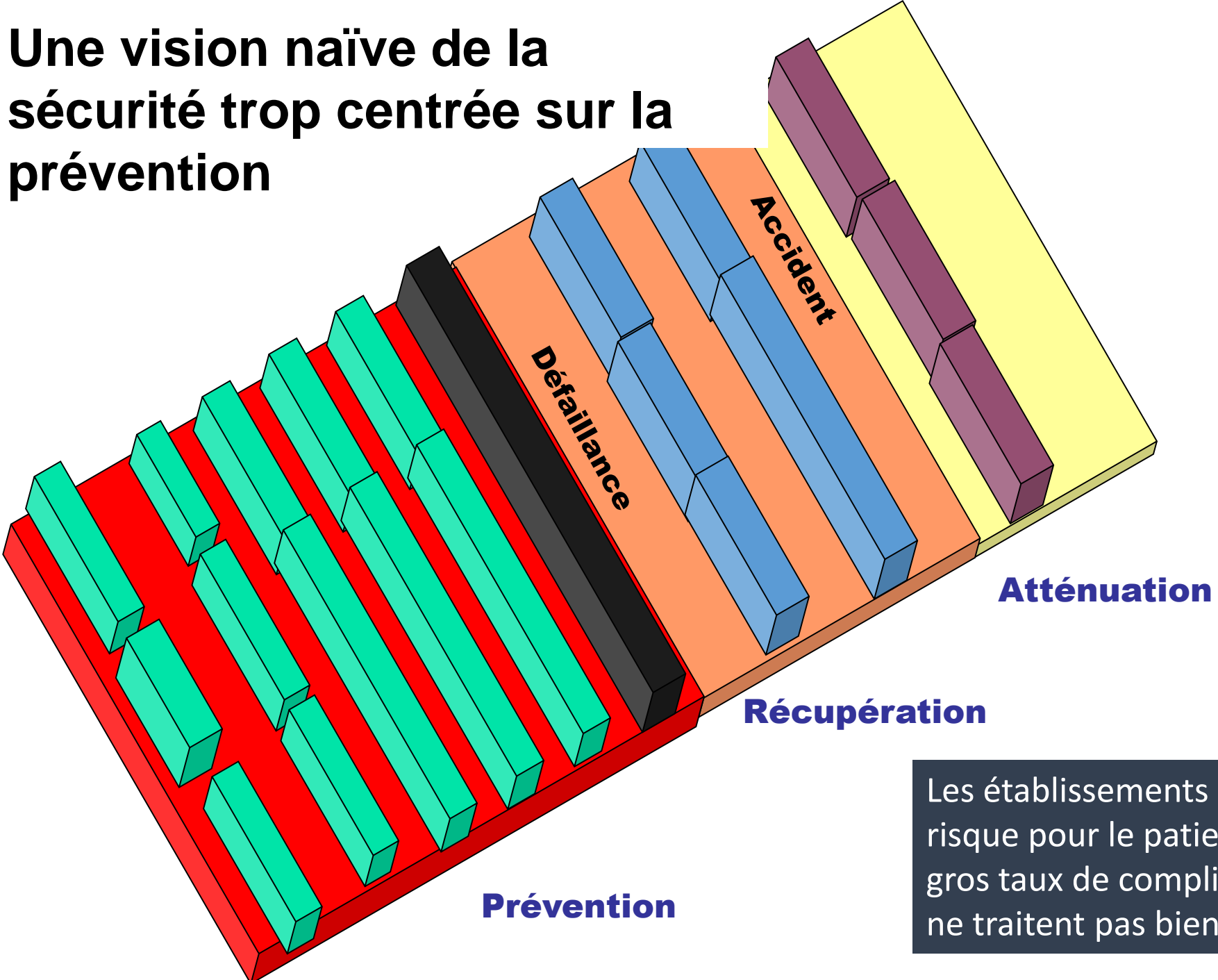
Sortir d'une mesure ponctuelle du risque (le simple compte des EIG)

Adopter une vision parcours, replacer l'EIG dans son parcours de soin

Redéfinir la Sécurité des Soins comme le Contrôle Réussi des Risques sur l'épisode de soins



Une vision naïve de la sécurité trop centrée sur la prévention



THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Variation in Hospital Mortality Associated with Inpatient Surgery

Amir A. Ghaferi, M.D., John D. Birkmeyer, M.D., and Justin B. Dimick, M.D., M.P.H.

ABSTRACT

BACKGROUND
Hospital mortality that is associated with inpatient surgery varies widely. Reducing rates of postoperative complications, the current focus of payers and regulators, may be one approach to reducing mortality. However, effective management of complications once they have occurred may be equally important.

METHODS
We studied 84730 patients who had undergone inpatient general and vascular surgery from 2005 through 2007, using data from the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program. We first ranked hospitals according to their risk-adjusted overall rate of death and divided them into five groups. For hospitals in each overall mortality quintile, we then assessed the incidence of overall and major complications and the rate of death among patients with major complications.

RESULTS
Rates of death varied widely across hospital quintiles, from 3.5% in very-low-mortality hospitals to 6.9% in very-high-mortality hospitals. Hospitals with either very high mortality or very low mortality had similar rates of overall complications (24.6% and 26.9%, respectively) and of major complications (18.2% and 16.2%, respectively). Rates of individual complications did not vary significantly across hospital mortality quintiles. In contrast, mortality in patients with major complications was almost twice as high in hospitals with very high overall mortality as in those with very low overall mortality (21.4% vs. 12.5%, P<0.001). Differences in rates of death among patients with major complications were also the primary determinant of variation in overall mortality with individual operations.

CONCLUSIONS
In addition to efforts aimed at avoiding complications in the first place, reducing mortality associated with inpatient surgery will require greater attention to the timely recognition and management of complications once they occur.

Les établissements qui présentent le plus grand risque pour le patient ne sont pas ceux qui ont le plus gros taux de complications et d'erreurs, mais ceux qui ne traitent pas bien les complications qu'ils ont

Adopter les yeux du patient dans l'analyse des évènements indésirables

- **Ecouter et analyser d'autres EIG**
 - Accumulation de soins sous optimaux
 - Souffrance psychologique, sociale,
 - Incorporer dans nos RMM au moins 20% de déclaration des patients (ou d'écoute de récits de patients)
- **Revoir le protocole ALARM. Sur le fond toujours la même grille à 7 dimensions mais...**
 - Analyse centrée épisode de soins
 - Analyse centrée efficacité du GESTION des RISQUES plutôt que recherche des CAUSES
 - Intégrant EIG, récupérations, atténuations, succès et échecs thérapeutiques
 - Avec un portfolio élargie de stratégies d'améliorations+++
- **Accepter que la définition de la sécurité à l'hôpital ne soit pas exactement la définition de la sécurité à la maison :**
 - savoir revoir nos protocoles pour des contextes différents où le patient devient acteur avec sa famille et ses aidants

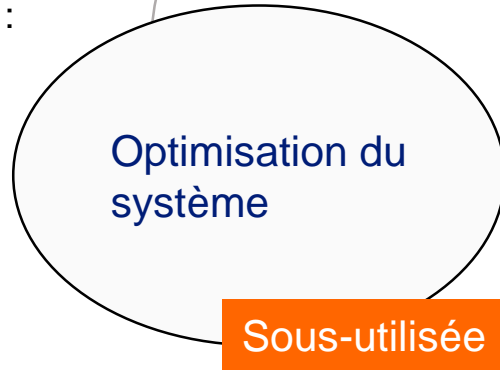
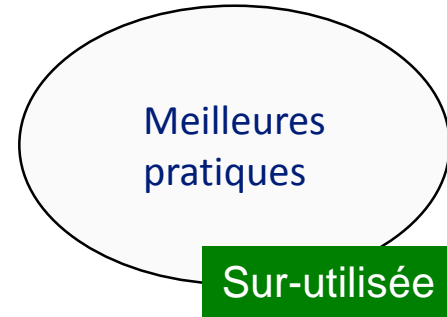
Les patients sont très bons pour détecter les évènements indésirables Ils détectent des évènements que ne voient pas les professionnels

Weingart, JGenIntMed, 2005
Weissman, AnnInt Med, 2008
Schwappach, Med care, 2009
Enwistle, QualSafHealthCare, 2010

Utiliser tout le portfolio des stratégies d'amélioration de la sécurité des soins

Stratégies d'optimisation

Développer des référentiels et augmenter leur l'observance



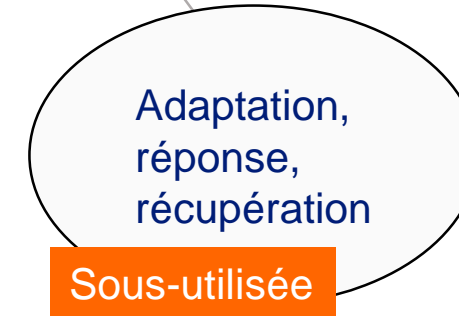
Prendre en compte les facteurs humains et organisationnels :

- Ergonomie
- Nouveaux matériels
- Organisation roulements
- Staffing
- Climat social
- Organisation service

Stratégies de gestion des risques



Définir les no go et les conditions restrictives d'exploitation du système
Autorisations, suivis, audits



Se préparer à faire face à l'inattendu,
Failure to rescue
- coproduction de soin, engagement des patients
-compréhension partagée de la situation
- coproduction de soin
- **recupérer** les situations en s'appuyant sur l'organisation et la culture sécurité
S'assurer que la sécurité n'est pas sacrifiée aux profit d'autres priorités



Limiter les conséquences
-**Réduire la gravité**
-Pour les victimes, les équipes, l'hôpital, les soins primaires
-Financières et judiciaires
-Transparence et honnêteté pour maintenir le lien de confiance et de

De nouvelles priorités

- **EIAS Collectifs**
- **EIAS en soins primaires**
- **EIAS en médico-social**
- **EIAS à la maison**

Quelle place au nouveau décret et à la politique institutionnelle?

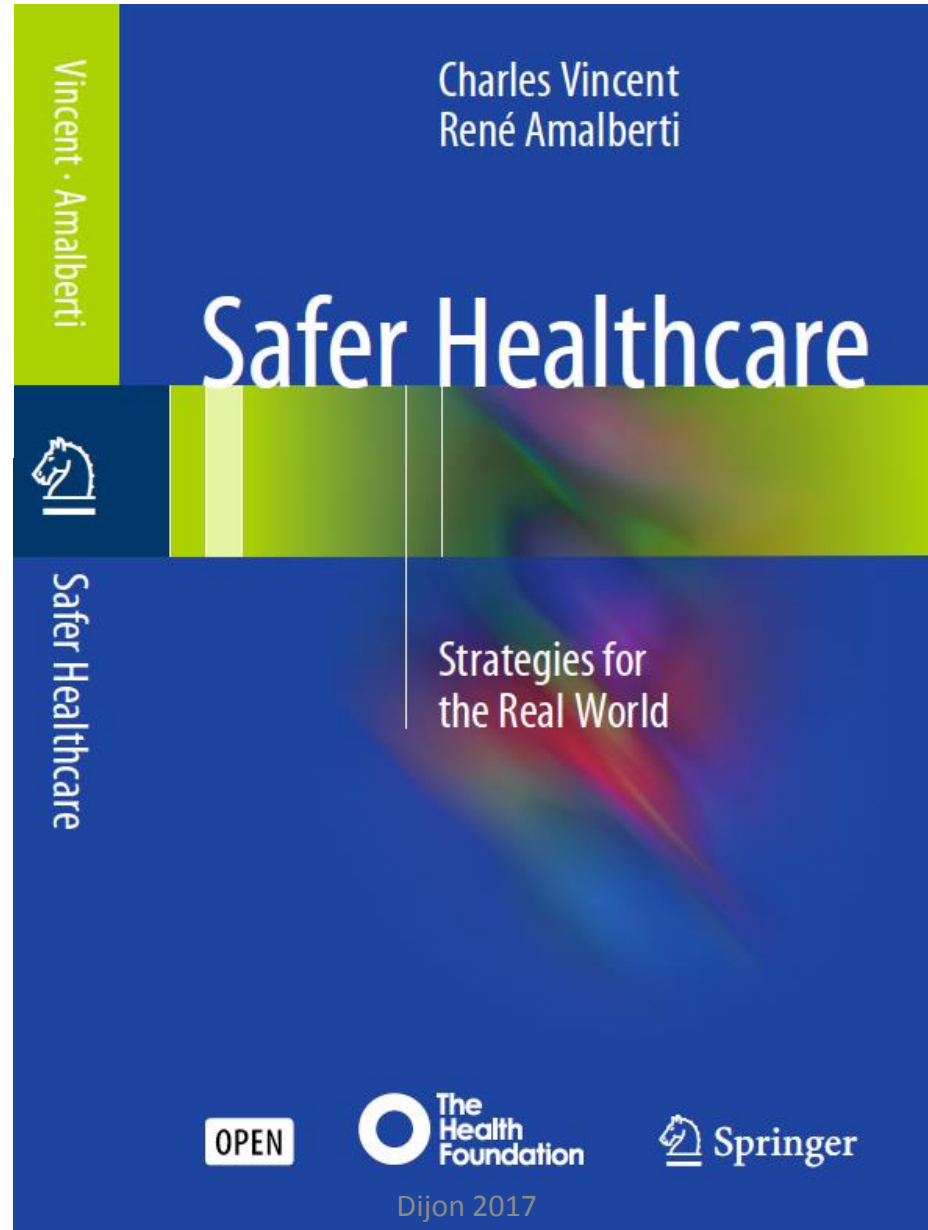
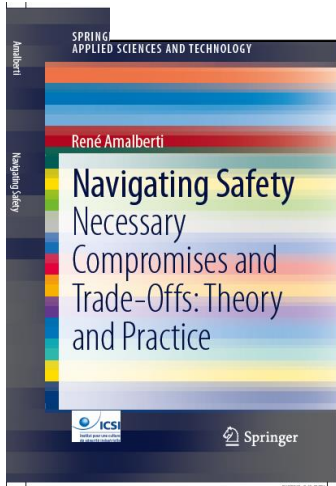
- Le décret ne concerne que les EIG graves
- Il ne dit rien sur la méthode d'analyse
- Toutes les recommandations précédentes sont donc applicables à ces analyses et encore plus aux analyses en flux d'EIG réalisées dans les structures médicales
- Peut être un jour un bureau indépendant (Healthcare Safety Investigation Branch)

Conclusions

- ✓ **Le risque va mécaniquement augmenter avec une population vieillissante et polymorbide, sans parler de la crise liée à la réorganisation du modèle de santé national**
- ✓ **On aura donc un potentiel de plus d'EIG et non de moins d'EIG...**
- ✓ **Mais il faudra aussi redéfinir progressivement notre approche des EIG**
- ✓ **Seront essentiels dans ce contexte**
 - ✓ **La transparence sur les EIG,**
 - ✓ **Le recrutement des EIG analysés (ajouter les catégories EIG relevant de la perspective des patients)**
 - ✓ **L'analyse des EIG, moins priorisée sur la recherche de causes, et plus centrée sur l'analyse de la gestion des risques et de l'évènement dans l'épisode de soins, pré, per et post EIG, pour apprendre des autres et savoir encore plus vite détecter les problèmes, le partenariat patient, à la fois en détection et en déclaration**

TELECHARGEMENT GRATUIT

<http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-25559-0>



Sept changements de fond à opérer

- **INCLURE LES RECITS DE PATIENTS** Travailler avec les patients et les familles pour identifier, définir et prioriser les questions de sécurité
- **CONSIDER LE PARCOURS PLUTÔT QUE L'ACTE** Elargir le périmètre temporel de l'analyse: analyser le parcours
- **FEWER DEEPER** Faire beaucoup moins d'analyses, beaucoup plus approfondies, et plus pertinentes (triage et sélection)
- **QUITTER UNE VISION CENTREE RECHERCHE DE CAUSES:** Comprendre les succès et les échecs dans la détection et la récupération du problème initial et des problèmes suivant, **INCLURE TOUTES LES COMPLICATIONS** et non seulement les EIG dans le périmètre de l'analyse (résout le problème des case mix)
- **CONSIDERER LES FAITS SUR LE PARCOURS COMPLET, COMPLICATIONS, RECUPERATIONS, RESULTAT MEDICAL AUSSI, CHAQUE REBONDISSEMENT EST UN SUJET D'ANALYSE** Analyser les questions de sécurité et les facteurs contributifs à différent points du parcours
- **SORTIR D'UNE VISION SIMPLISTE DES RECOMMANDATIONS DE FIN D'ANALYSE** Sortir d'une vision correctrice qui demande exclusivement de revenir à l'observance des standards
- **RECOMMANDER DES STRATEGIES PRAGMATIQUES VALABLES ICI ET MAINTENANT** Elargir le périmètre des stratégies suggérées avec pragmatisme et savoir faire en gestion du risque