Annexe 3 : Grille d’analyse standard d’un cas traité en CREX

**A – Identification de l’événement :** Quel est l’événement ?

Pilote de l’analyse : Date de rédaction :

Date de l’événement :

Libellé succinct :

Résumé succinct en 5 lignes maxi (aspects cliniques ou techniques, quand et où ?) :

Quel est le dommage ou la conséquence de l’événement  ?

Préciser la gravité des conséquences : checkbox Gravité réelle checkbox Gravité potentielle

*En cas de gravité réelle, la question de la déclaration à l’autorité compétente (Directeur de l’ARS, Conseil Départemental, Préfet) doit se poser, ainsi que l’intérêt de réaliser une analyse collective des causes profondes.*

**B – Chronologie des faits***: Que s’est-il passé ?*

La chronologie présente les faits (sans commentaires ni jugements) dans leur ordre d’apparition et met en évidence la chaîne des événements qui a mené à l’événement indésirable aux trois moments de l’événement :

1. AVANT – le contexte et les circonstances
2. PENDANT – le découlement de l’événement
3. APRES – la gestion de l’événement et le retour à une situation normale

Quels sont les facteurs liés à l’usager qui ont pu interférer dans la prise en charge et la survenue de l’évènement ?

**C - Analyse des causes et des facteurs influents :** *Pourquoi cela est-il arrivé ou aurait pu arriver*

**Synthétiser l’idée majeure de chaque cause et développer son contenu en quelques lignes, en s’assurant que l’on a bien observé l’événement selon plusieurs regards :**

A chaque facteur identifié, on se posera la question du « pourquoi ? ».

1. **Facteurs liés au processus** : La survenue est-elle liée à **l’organisation, les procédures, la formation ?**

(ex : procédure de soins ou de prise en charge inexistante, organisation des activités ou responsabilités non clairement définies, défaut de communication entre professionnels ou entre services, ou entre professionnels et usager, personnel non formé…)

1. **Facteurs techniques** : La survenue est-elle liée à **une défaillance technique ?**

(ex : locaux inadaptés, équipements ou fournitures non disponibles, inadaptés ou défectueux, produits de santé indisponibles ou inappropriés, bugs informatiques…)

1. **Facteur humain** : La survenue est-elle en lien avec l’ **individu, l’équipe ou l’usager ?**

(ex : stress, mauvaise connaissance du service, charge de travail excessive, dysfonctionnement au sein de l’équipe, défaut de supervision, défaut de connaissance…)

1. **Facteurs liés à l’environnement** : La survenue est-elle liée à **l’environnement ou le contexte** ?

(ex : défaut de culture qualité ou sécurité, défaut dans la politique de l’établissement ou dans la gestion des ressources humaines…)

**D – Actions correctives envisagées**

Quelles actions ont été réalisées dans l’immédiat pour réagir à l’évènement ? Quand et par qui ?

Quels sont les éléments (appelés aussi barrières ou défenses) qui ont empêché ou atténué la survenue de l’évènement ? Ou qui ont dysfonctionné ou pourraient être développés ?

**Liste d’actions correctives possibles :**

*(en précisant si possible en quelques mots qui serait chargé de la mise en œuvre de l’action et le délai envisagé, les critères d’efficacité de chaque action, une estimation de leur coût)*