

1 - Méthode ORION

Analyse systémique des événements en santé

Ce document constitue le cadre de référence de la méthode ORION

La méthode ORION a été développée par AFM42 pour le monde de la Santé dans le cadre de travaux commandités par la MeaH puis par l'ANAP.

La méthode ORION a fait l'objet de publications scientifiques accessibles publiquement et est utilisée depuis de nombreuses années dans les établissements de santé. La méthode est mise à disposition en accès libre et peut être utilisée sans droit d'usage exclusif, dans une logique de diffusion des bonnes pratiques.

1. Finalité

La méthode ORION est une méthode d'analyse systémique des événements indésirables associés aux soins (EIAS), des événements indésirables graves (EIGS) et des événements porteurs de risque (EPR).

Elle vise à comprendre les mécanismes ayant conduit à un événement, afin d'améliorer durablement la sécurité des soins et le fonctionnement des organisations, dans une logique d'apprentissage collectif et non de recherche de responsabilité individuelle.

2. Fondements et principes

La méthode ORION repose sur plusieurs principes clés :

- **Approche systémique** : l'événement est considéré comme le résultat d'interactions multiples au sein d'un système complexe.
- **Culture juste et non punitive** : l'analyse vise à comprendre et améliorer, non à sanctionner.
- **Analyse collective et pluridisciplinaire** : croisement des regards professionnels.
- **Orientation vers l'action** : chaque analyse débouche sur des actions concrètes et suivies.

La méthode s'inscrit dans les référentiels nationaux de sécurité des soins tels que promus par la HAS, et contribue au développement d'une culture du retour d'expérience.

3. Champ d'application

La méthode ORION est utilisée pour :

- les revues de morbi-mortalité (RMM),
- les comités de retour d'expérience (CREX),
- l'analyse des événements indésirables graves (EIGS),

- l'analyse des événements porteurs de risque (EPR).

Elle est applicable à tous les secteurs de soins, quel que soit le niveau de complexité de l'organisation.

4. Démarche méthodologique

La méthode ORION repose sur sept étapes structurantes :

1. Préparation de l'analyse

Collecte des éléments disponibles et identification des acteurs concernés.

2. Recueil des faits

Entretiens avec les acteurs impliqués – et si besoin le patient, dans une logique d'écoute et de neutralité.

3. Reconstitution du scénario

Chronologie factuelle des événements, avant / pendant / après.

4. Identification des écarts

Mise en évidence des écarts par rapport aux référentiels, procédures ou règles de l'art.

5. Analyse des facteurs contributifs (et influents)

Recherche des causes systémiques ayant favorisé l'événement.

6. Définition des actions correctives

Actions ciblant les causes identifiées, réalistes, proportionnées et suivies.

7. Formalisation et partage

Rédaction du rapport d'analyse et suivi des actions dans les instances dédiées.

5. Cadre d'analyse

Les facteurs contributifs sont analysés selon quatre grandes familles :

- **Facteurs techniques**
- **Facteurs humains**
- **Facteurs organisationnels**
- **Facteurs environnementaux**

Cette structuration permet une lecture globale et cohérente des mécanismes à l'origine des événements. Elle est compatible avec les 8 familles de la méthode ALARMe et permet de remplir aisément le volet 2 de la déclaration à l'ARS d'un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS)

6. Conditions de réussite

La qualité de la démarche repose notamment sur :

- l'implication des experts métiers à la détection des écarts,
 - la désignation d'analystes formés,
 - un climat de confiance et de non-sanction,
 - l'inscription de la démarche dans un dispositif institutionnel pérenne,
 - le suivi effectif des actions décidées.
 - la prise en compte de la « deuxième victime »
-

7. Références

- Debouck F. et al. *Méthode ORION : analyse systémique des événements cliniques*. Cancer/Radiothérapie, 2012.
- Caeymaex L. et al. *An educational programme in neonatal intensive care units (SEPREVEN)*. The Lancet, 2022.
- Travaux et recommandations relatifs à la sécurité des soins (HAS)
- Vincent C. et al. *Analyse systémique d'incidents cliniques : le protocole de Londres 2024*