



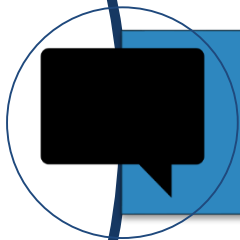
Les rendez-V'Outils du CEPPRAAL

La méthode ALARMe
Lundi 21 novembre 2022

Avant de commencer



Vos caméras et micros ne sont pas activés



Vous pouvez dialoguer avec nous via les « questions »



A la fin de la présentation, merci de consacrer quelques minutes au remplissage du questionnaire de satisfaction

La méthode ALARMe



1. Qu'est-ce que c'est ?



2. A quoi ça sert ?



3. Comment ça fonctionne?



4. Quel lien avec l'évaluation? Quelles perspectives?

1. Qu'est-ce que c'est ?

Méthode ALARM

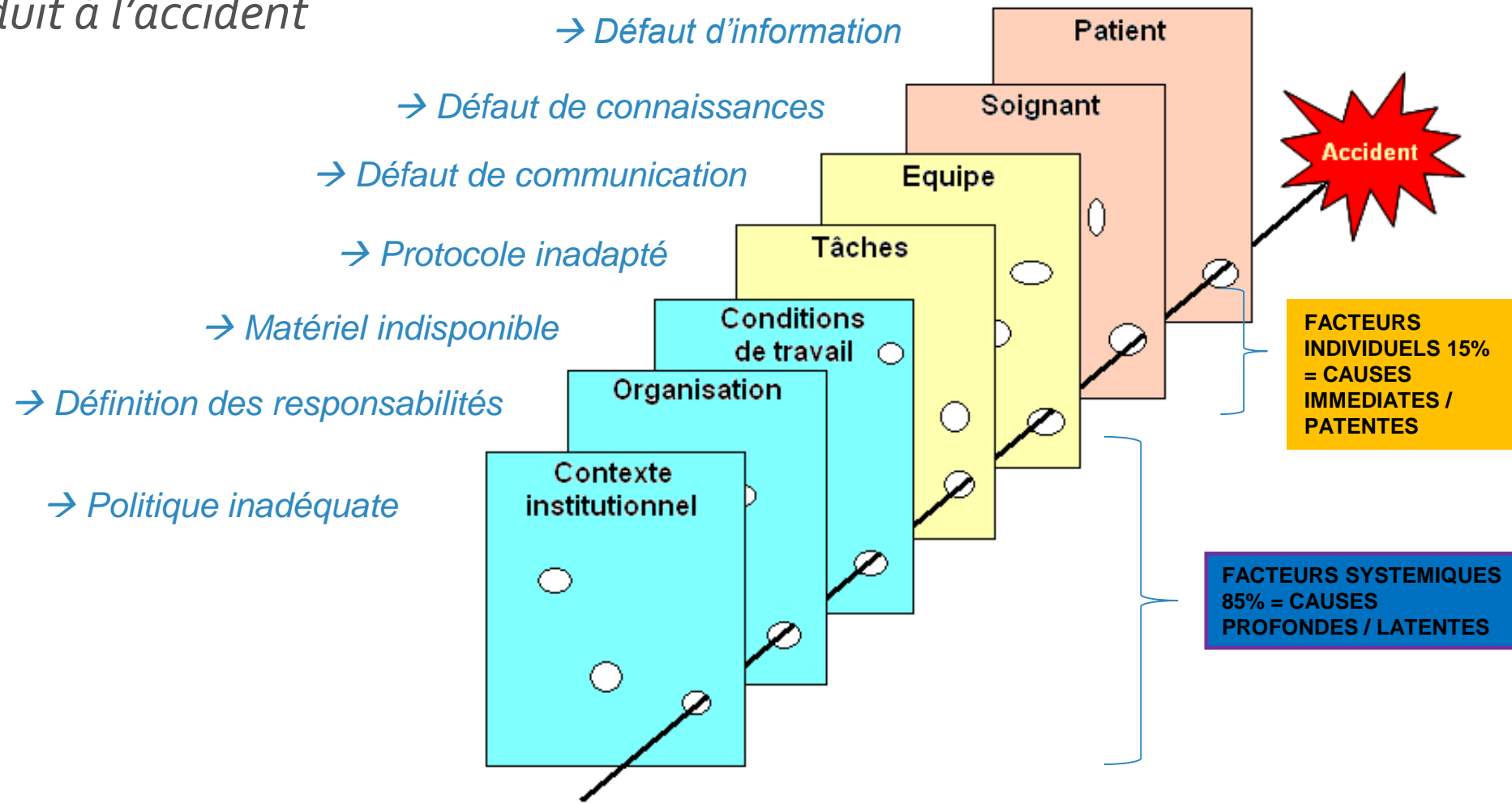
- Une des méthodes d'analyse des causes profondes des EIAS
- Méthode reconnue et validée
- Méthode développée en 1999 par un groupe coopératif de recherche anglais sous la direction de Charles Vincent :
 - Clinical Safety Research Unit (Imperial College London)
 - Association of Litigation And Risk Management (ALARM)
- Méthode la plus utilisée dans les systèmes de soins pour analyser des incidents
- Devenue **ALARME** en 2016



https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide_lanalyse_des_evenements_indesirables_associes_aux_soins_eias.pdf

Dynamique de survenue d'un EIAS

Cascade d'erreurs : Le modèle de *Reason* : c'est la *succession de défaillances* qui conduit à l'accident





2. A quoi ça sert ?

Comprendre ce qu'il s'est passé

- Identifier les dysfonctionnements survenus lors de l'accompagnement
- Identifier les barrières qui ont résisté
- Identifier les causes

Identifier les causes

Repose sur leur recherche et la distinction entre :

- **causes immédiates** : ce sont les causes apparentes, évidentes souvent l'erreur humaine

 - ▶ « **Comment cela est-il arrivé ?** »

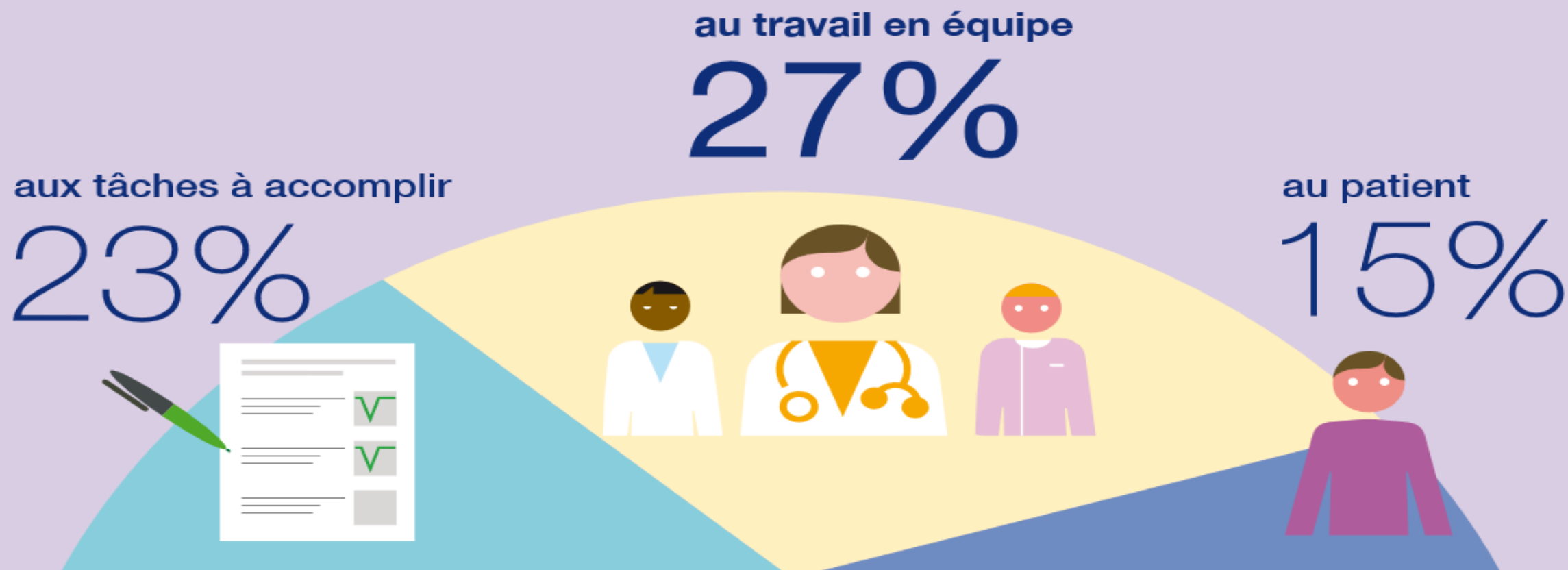
- **causes profondes ou causes systémiques** : moins évidentes, liées à des facteurs organisationnels et techniques, identifiées uniquement si recherchées par une analyse approfondie. Si on ne va pas les chercher on ne les trouvera pas

 - ▶ « **Pourquoi est-ce arrivé ?** »

Quelles sont les causes principales d'un EIAS ?

- ▶▶ S'il n'est pas possible à ce jour d'identifier les causes de tous les EIAS, la HAS a pu analyser **plus de 47 000 événements porteurs de risque***.

3 CAUSES MAJEURES LIÉES :



*EIAS dont le préjudice a été évité au patient par le soignant

Pour quels résultats?

- Définir les barrières à mettre en place pour éviter la reproduction de l'évènement ou en atténuer les conséquences
- Planifier les actions à mettre en œuvre
- Partager l'expérience :

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche30.pdf>



3. Comment ça fonctionne ?

Les pré-requis

- Analyse pluriprofessionnelle
- Climat de bienveillance
- Un animateur de la réunion désigné extérieur à l'équipe concernée
- Un lieu dédié

Les étapes de la méthode ALARMe

En amont de la réunion d'analyse

1. Collecter les données
2. Reconstituer la chronologie de l'évènement
3. Identifier les écarts/dysfonctionnements/défauts de soins

Pendant la réunion d'analyse

4. Rechercher les causes systémiques (immédiates et profondes)
5. Analyser les barrières
6. Proposer des actions d'amélioration



Objectifs :

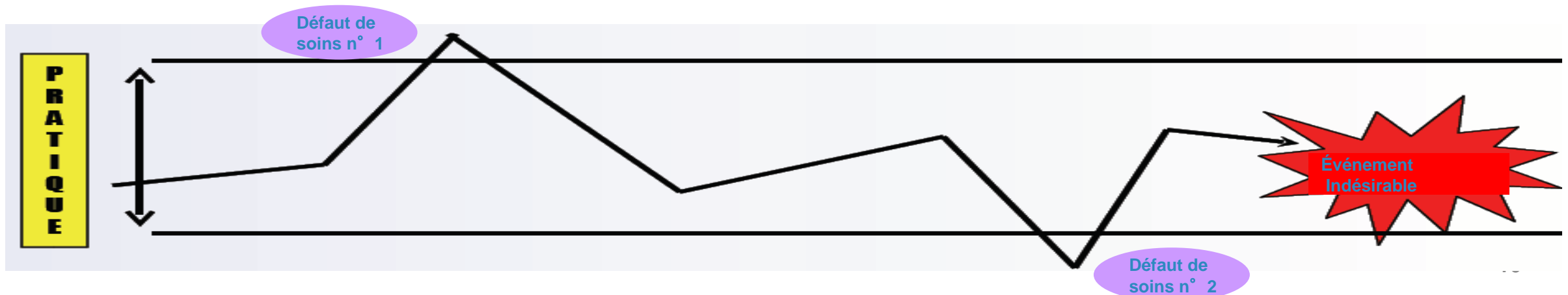
- **Rassembler les informations sur l'événement, son contexte et sa gestion sur les plans technique, organisationnel, humain et environnemental**
- **Reconstituer le « film » de l'événement**
 - Quand ?
=> « le plus tôt possible » après l'événement (biais de déformation)
 - Qui ?
=> Un professionnel extérieur à l'événement
 - Comment ? Où ?
=> Les faits auprès des acteurs impliqués (*dont la personne accompagnée*)



Définition : Action ou omission dans le processus de soin
Barrière qui n'a pas fonctionné

- Lapsus, erreur de discernement, oubli, geste non sur, mise en œuvre incorrecte ou incomplète d'une procédure, manquement délibéré aux pratiques sûres, aux procédures ou aux standards

Se référer : à la **règlementation**, aux **bonnes pratiques**, aux **documents qualité internes**





Objectif : expliquer les écarts/les défauts de soins

- Reconstituer les relations de cause à effet entre les faits
 - **Repérer la cause immédiate**
 - **Repérer les causes profondes**

Un outil pour l'analyse des causes: la grille ALARMe

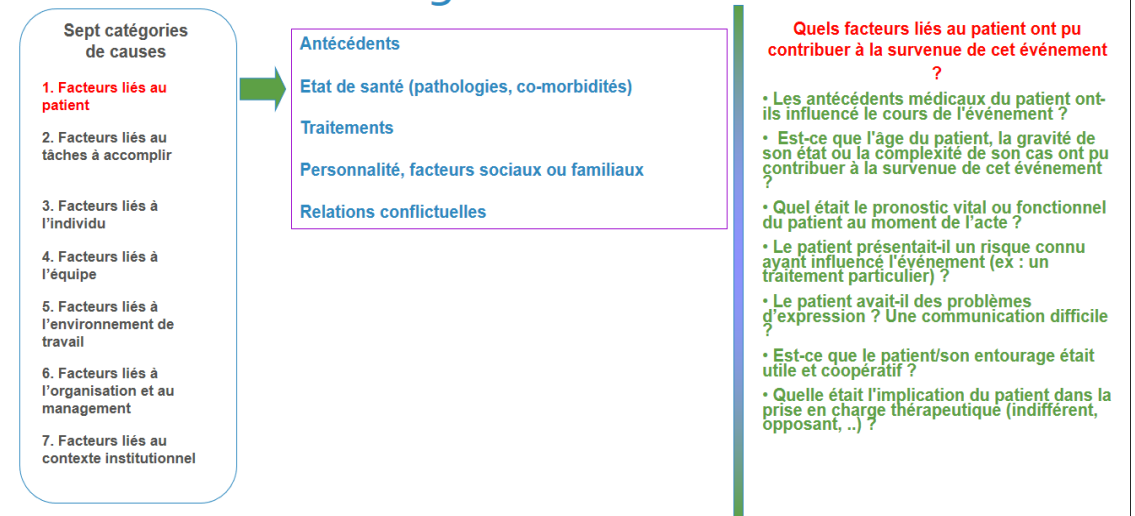
Sept catégories de causes

1. Facteurs liés au patient
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir
3. Facteurs liés à l'individu
4. Facteurs liés à l'équipe
5. Facteurs liés à l'environnement de travail
6. Facteurs liés à l'organisation et au management
7. Facteurs liés au contexte institutionnel

Une grille unique pour caractériser les causes de tous les EIAS

- 7 grandes catégories
- 37 types de causes

La grille ALARMe

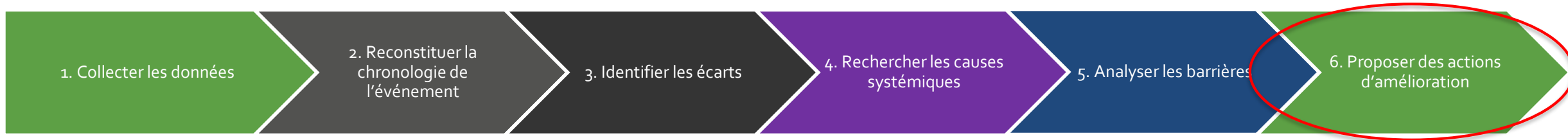




5. L'analyse des causes est complétée par l'analyse de la gestion de l'EI

Barrières qui ont bien fonctionné : Détection, récupération et atténuation

- Quand et comment avons-nous vu que le processus de prise en charge déviait de son cours habituel ? Qui a détecté l'évènement, quand et comment ?
- Quand et comment avons-nous compris ce qu'il se passait ? Qui a identifié l'évènement ?
- Quand et comment avons-nous réagi ? Quelles procédures avons-nous activées ?
- Comment l'évènement s'est-il arrêté ? en combien de temps ?
- Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour améliorer la récupération ?
-



Objectif : trouver des actions afin d'éviter le renouvellement des écarts/dysfonctionnements/défauts de soins

- Proposer des actions permettant d'éliminer les causes profondes
- Vérifier leur faisabilité (coût, difficultés....)
- S'assurer qu'elles n'engendrent pas d'autres risques
- S'assurer de leur pertinence (suivi)
- Proposer un calendrier et un responsable de la mise en œuvre

DES ACTIONS UTILES, UTILISABLES, UTILISEES



4. Quel lien avec l'évaluation ? Quelles perspectives ?

LA METHODE ALARMe

=

METHODE D'ANALYSE DES CAUSES PROFONDES

=> Permet d'aller au-delà de l'erreur humaine

=> Permet d'identifier les causes profondes

=> Permet de traiter les causes profondes

=> **BUT: que l'évènement ne se reproduise pas**

Lien avec le dispositif HAS

4 critères dont
3 impératifs

- Thématique (chapitre 3): Démarche qualité et gestion des risques
 - Objectif 3.11 : L'ESSMS organise le recueil et le traitement des évènements indésirables.
 - L'ESSMS organise le recueil des évènements indésirables.
 - L'ESSMS communique sur le traitement des évènements indésirables auprès parties prenantes.
 - Les professionnels déclarent et **analysent en équipe les évènements indésirables et mettent en place des actions correctives.**
 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la gestion des évènements indésirables.

Méthode
ALARMe

2 nouveaux outils pour les ESSMS

La démarche qualité c'est quoi ?

2 posters disponibles en accès libre sur notre page internet:

<https://www.ceppraal-sante.fr/les-outils-forap-2/>

Prochainement, le programme 2023...

4 thématiques:

- La gestion des risques (EI)
- Le travail en équipe
- La coordination qualité
- L'évaluation et sécurité des accompagnements et des soins

Et des nouveautés à venir !



Suivez-nous:



ceppraal-sante.fr

Vos questions

