

Gestion des risques en équipe
Analyse systémique des pratiques a posteriori
Sensibilisation à la remontée d'événements

Analyse d'événements indésirables associés aux soins
Analyse systémique ALARME et actions correctives
Programme de formation 1 jour

Notre action de formation s'inscrit dans la démarche de certification HAS « Certification des établissements de santé pour la qualité des soins » (version 2025)

Cette action est destinée à favoriser la déclaration des événements associés aux soins EIGS, EIAS et presque accident, à les analyser et à mettre en place des actions d'améliorations en remettant en cause collectivement les pratiques à partir d'événements indésirables liés aux soins – analyser, comprendre et définir les actions correctives organisationnelles et humaines pertinentes à partir d'exemples pratiques et vécus proposés par les participants.

L'objectif est de cette formation est de :

- Contribuer à la gestion des risques associés aux soins en mettant en œuvre une démarche d'analyse systémique applicable à tout type d'événement, méthode ALARME fondée sur l'expérience de l'aéronautique.
- Analyser ces événements indésirables au regard des pratiques des personnels de santé concernés par ces événements (objet de la démarche ALARME) ;
- Proposer des actions correctives pour réduire les risques relatifs à ces événements indésirables.

Objectif général

Il s'agit de rendre les personnels de santé capables de réaliser l'analyse systémique des événements indésirables associés aux soins. Cette analyse d'un événement indésirable est une réflexion collective sur les pratiques professionnelles de chacun, permettant ainsi une évolution de l'organisation et des comportements. Dans la mesure où elle est mensuelle, elle contribue à une amélioration de la pertinence des soins et au développement d'une culture de la sécurité des soins en identifiant :

- la chronologie avérée des faits ;
- les écarts éventuels au regard des procédures actuelles et des bonnes pratiques ;
- l'ensemble des facteurs contributifs
- des actions de formation,
- des actions d'évaluation et d'amélioration de leurs pratiques grâce à l'analyse systémique d'un événement indésirable,
- des actions d'amélioration de la gestion des risques au travers la mise en œuvre d'actions correctives pertinentes.

Objectifs pédagogiques

- Faire acquérir à toutes les catégories de personnel soignant ou non une méthode simple, rigoureuse et approfondie d'analyse systémique d'un événement dans le but est de proposer des actions correctives pertinentes en face de chacune des défaillances constatées dans la chronologie de l'événement.
- A l'issue de la formation, les participants ont assimilé la méthode ALARME à partir de l'exposé de cette méthode, d'exemples présentés par les animateurs, et d'ateliers de groupe animés à partir de leurs propres événements vécus. Ils sont capables de participer et de mettre en œuvre dans leur établissement, unité de soins ou service les différentes étapes d'une analyse.

Public concerné

Tout professionnel d'une unité de soins : Médecins, Chirurgiens, Anesthésistes, Cadres, IBODE, IADE, IDE, AS, Secrétaire, Brancardier...et de façon plus générale tout personnel soignant et d'encadrement.

Pré requis

La composition du groupe doit être pluri-professionnelle.

<u>Déroulé pédagogique de l'action - Méthodes et moyens pédagogiques</u>

Lieu : sur site ou regroupement de plusieurs établissements

Déroulé pédagogique – Programme :

1 - Tour de table - relevé d'interrogations et des attentes (adaptation possible de la formation en fonction des attentes exprimées)

2 - Regard sur les démarches sécurité (transport aérien, activités à risques...)

3 - Notion de système

- Les différentes méthodes d'analyse
- Domaines possibles du retour d'expérience

4 - Le Retour d'expérience

5 - Analyse systémique ALARME

- Méthode
- Exemples d'événement, choix d'événement, criticité
- Mise en œuvre, priorisation

6 - Ateliers :

- Analyse systémique ALARME à partir de cas proposés par les participants
- Choix des actions correctives, priorisation
- Débriefing des ateliers

7 - Synthèse – Evaluations – Bilan

Méthodes pédagogiques mises en œuvre

L'acquisition des principes de l'analyse systémique ALARME se produit à partir d'exposés de ces méthodes, d'exemples présentés par les animateurs, de séquences filmées illustrant certains types d'événements et d'ateliers de groupe animés à partir de leurs propres événements vécus.

Méthodes de l'évaluation de l'action

- **En amont de la formation**, un questionnaire est présenté aux participants sur le livret de formation pour évaluer les pratiques et les méthodes en cours dans l'établissement dans le domaine du retour d'expérience et de l'analyse des événements.

- **La formation** est réalisée conformément au programme ci-dessous. A l'issue de la formation une évaluation permet de mesurer les acquis.
- **Trois mois ou plus après la formation**, chaque participant actualise les réponses apportées au questionnaire en amont ; l'objet est d'observer une évolution au travers d'une nouvelle évaluation des pratiques, d'effectuer un bilan des acquis et de la mise en œuvre de la méthode.

Références, recommandations, bibliographies utilisées dans le cadre de l'action
--

Guide HAS / Juillet 2011 / page 92

Guide HAS Gestion des Risques/mars 2012/ Fiche n° 23

Comité de retour d'expérience (CREX)

Le **retour d'expérience** (13, 25) est une démarche organisée et systématique de recueil et d'exploitation des signaux que donne un système. Il consiste à apprendre de ce qui se passe et de ce qui s'est passé (performances, erreurs évitées, incidents et accidents) pour mieux maîtriser l'avenir.

Objectif :

Il s'agit d'une **démarche collective** où la recherche de l'ensemble des causes, à partir d'une analyse systémique des événements recensés, le choix des actions correctives et la mise en œuvre de ces actions nécessitent une implication forte de l'ensemble des acteurs. Le CREX peut décider de mettre en œuvre une RMM ou une REMED.

Conduite de la démarche en 7 étapes

1. Présentation des événements du mois (Fréquence mensuelle – durée idéale : de 1h15 à 1h30) Écoute et recensement des événements du mois écoulé.
2. Choix collégial par le CREX d'un événement
 - a. présence obligatoire de chacune des fonctions (médicale, paramédicale, pharmaceutique), (5 à 8 personnes, etc.),
 - b. choix d'un seul événement pour analyse – recours possible à une analyse de criticité pour étayer le choix (produit de la fréquence par la gravité).
3. Choix d'un pilote (formé à la méthode spécifique ALARME)

4

V01 – 10/10/2025

N° SIRET: 498 906 106 00055 Code APE : 7022 Z -
N° de déclaration d'activité de formation : **11 78 80570 78**
Immatriculation RCS 2007 VERSAILLES 01/07/2007
AFM42 : 30 bis rue du Vieil Abreuvoir
78100 Saint Germain en Laye
Adresse postale : AFM42 C/0 Patricia Fontaine
33 rue du Plessis 77340 Pontault-Combault

4. Présentation par le pilote de l'analyse ALARME de l'événement choisi lors du CREX précédent
5. Choix des actions correctives et désignation du responsable de l'action et de son échéance
6. Suivi des actions correctives précédentes

C'est à la demande de la MeaH qu'AFM42 a imaginé et conçu le CREX en 2005.

1. Woynar S, Debouck F, Cellier P, Bourhis J, Cauterman M, Lartigau E. « Vers une politique sécurité » en oncologie radiothérapie. La mise en œuvre du retour d'expérience » Cancer Radiother 2007;11:320–32.
2. Debouck F, Petit H « Système de management de la qualité en Oncologie Radiothérapie : du transport aérien vers le monde médical », Hôpitaux magazine, avril 2008
3. Lartigau E, Vitoux A, Debouck F. « Crex et analyse Orion en radiothérapie : vers une mutualisation des actions correctives » . Cancer Radiother 2009; 458-460.
4. Debouck F, Petit H-B, Lartigau E « De la mutualisation des comités de retour d'expérience (CREX) à l'audit des pratiques cliniques » Cancer Radiother 2010; 571-575
5. Debouck F, Rieger E, Petit H, Noël G., Ravinet L « Méthode ORION : analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière » Cancer Radiother 16(2012) ; 201-208