|  |
| --- |
| **Analyse d’événements indésirables associés aux soins**  **Analyse systémique ALARME et actions correctives**  **Programme de formation 1 jour** |

Développer la culture Sécurité par l’analyse des facteurs contributifs et des facteurs influents des événements indésirables associés aux soins grâce à une organisation opérationnelle rigoureuse, des ateliers sur les cas pratiques choisis par les participants et le choix d’actions correctives pertinentes.

L’objet de cette formation/action s’inscrit dans le cadre des orientations fixées pour les années 2016 à 2018 cf l’annexe 1 de l’arrêté du 8 décembre 2015 :

« S’inscrivent dans ces orientations les actions contribuant à développer, […], une culture de la sécurité des soins passant par […] la déclaration des événements indésirables liés aux soins, aux médicaments ou à toute substance, ainsi que par une réflexion sur la pertinence des soins et sur le retour d’expérience. »

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.
* Favoriser la déclaration des événements indésirables associés aux soins (orientation N°30 : Signalement des événements indésirables associés aux soins) ;
* 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 (orientation N°31 : Amélioration de la pertinence des soins).

**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 et influents.

Cette analyse systémique répond donc à un enjeu majeur, celui d’apporter un regard précis et factuel sur les défaillances et les causes profondes de ces défaillances. Ainsi les aspects structurants et rigoureux de cette démarche contribuent à la pertinence des évaluations des pratiques professionnelles.

Cette formation répond à l’article 4021-4-I du décret du 8 juillet 2016. Elle est en effet de nature à permettre au professionnel de santé de s’engager dans une démarche de développement professionnel continu en lui proposant :

* 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.

**Déroulé pédagogique de l’action - Méthodes et moyens pédagogiques**

**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 évènements 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 évènement
   1. présence obligatoire de chacune des fonctions (médicale, paramédicale, pharmaceutique), (5 à 8 personnes, etc.),
   2. 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. 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