



**RENDEZ-V'OUTIL**  
45 MINUTES DE DÉCRYPTAGE

La méthode d'analyse des causes

## Avant de commencer

**Vos caméras et micros sont désactivés**

**Vous pouvez nous poser vos questions via la conversation**

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

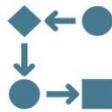
# Sommaire



1 De quoi parle-t-on ?



2 A quoi ça sert ?



3 Comment ça fonctionne ?



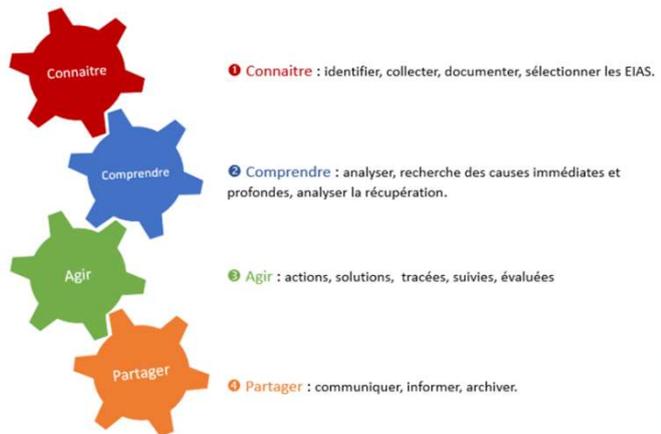
4 Quelles perspectives ?

# De quoi parle-t-ton ?



## L'analyse des causes

- S'inscrit dans une **démarche de RETEX** : tirer des enseignements de l'expérience, des événements survenus, de les partager et de mettre en œuvre les actions adéquates pour mieux maîtriser l'avenir
- Permet de comprendre les événements indésirables associés aux soins (EIAS), d'en tirer des enseignements pour l'avenir et éviter qu'ils ne se reproduisent ou atténuer les conséquences



CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

## Grille ALARM

- Permet l'analyse des causes profondes des EIAS
- Reconnue et validée
- 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)
- La plus utilisée dans les systèmes de soins pour analyser des incidents
- Décrite dans un guide HAS-FORAP publié en 2021

CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

## Grille ALARM

➤ Devenue ALARME en 2016 (e = extended)

1. Prendre en compte tout l'épisode de soins et non pas juste le moment où survient l'EIAS.
2. Prendre en compte le point de vue des patients et leurs familles.
3. Utiliser la grille ALARM pour chaque écart identifié.
4. Avoir des analyses de qualité. Le nombre ne sert à rien, mieux vaut faire moins d'analyses, mais plus approfondies.
5. Prendre en compte la détection et la récupération (succès ou échec), via l'analyse des barrières. Leur donner une place aussi importante dans l'analyse que celle donnée à la recherche des causes.
6. Prendre en compte le contexte, rester réaliste et pragmatique, et considérer dans l'analyse le réel de l'activité.
7. Produire une conclusion de l'analyse et proposer des solutions
  - réorganiser les conditions de travail,
  - s'interdire temporairement certaines pratiques ou activités,
  - apprendre à mieux détecter et récupérer les erreurs,
  - apprendre à mieux atténuer les conséquences des problèmes
  - savoir innover dans les organisations

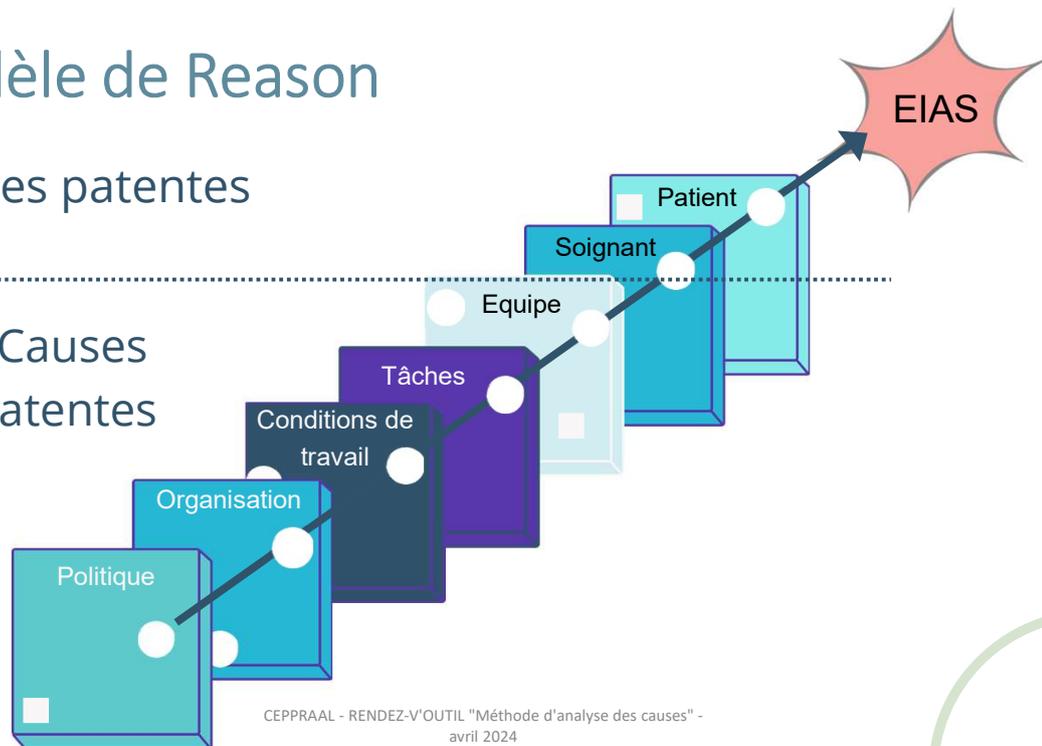
CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

7

## Modèle de Reason

Causes patentés

Causes  
latentes



CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

8

## Principes

Le modèle de Reason repose sur 3 points importants :

- Tout individu fait des erreurs, et il est même impossible qu'un être humain n'en fasse pas. Ces erreurs sont "**patentes**", visibles de tous.
- La sécurité repose sur des "défenses en profondeur" (procédures organisées pour récupérer les erreurs des individus par ex). Aucune de ces procédures (ou plaques) n'est suffisante pour procurer une sécurité totale, mais leur empilement bloque presque toutes les propagations d'erreurs dans le système.
- L'organisation du travail, sa conception et sa gouvernance par la hiérarchie pèsent sur la fréquence et le type d'erreur des professionnels. Mais les dysfonctionnements à ce niveau sont invisibles : on les appelle "**les erreurs latentes**".

# A quoi ça sert?



## L'analyse des causes

- Permet aux équipes de comprendre qu'il s'est passé et pourquoi cela s'est passé
- Permet d'identifier ce qui a été mis en œuvre pour gérer l'EIAS
- Favorise une démarche collective d'analyse structurée à la recherche, des causes apparentes ou immédiates, mais aussi des causes profondes ou "causes racines" ou « causes systémiques »
- Renforce la robustesse du système

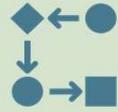
## Grille ALARM

Aide « mnémotechnique »,

permet de classer les causes profondes identifiées

dans les 7 familles du modèle de Reason

# Comment ça fonctionne?



13

## L'analyse des causes profondes

- A partir d'une **chronologie des faits** (qui prend en compte l'ensemble de l'épisode de soins)
- une équipe **pluriprofessionnelle** (incluant les acteurs de soins présents le jour de la survenue de l'EIAS)
- s'appuie sur la grille ALARM pour
  - Identifier les causes racines de chaque écart/dysfonctionnement/défaut de soins
  - Rechercher les causes systémiques (immédiates et profondes)
  - Analyser les barrières
  - Proposer des actions d'amélioration

14

## La reconstitution des faits

- Objectif : comprendre ce qu'il s'est passé
- A partir de la FEI, des témoignages des professionnels, des éléments relatifs à la prise en charge (dossier du patient/résident, protocoles de soins en vigueur....)
- Elle doit être complète, précise, anonymisée, rédigée de façon neutre et sans interprétation
  - **quand** le fait s'est produit ;
  - **qui** sont les acteurs concernés (de façon anonyme : médecin 1, infirmier 1, infirmière 2, aide-soignant 1, par exemple) ;
  - quelles sont les **actions** (ou omissions) réalisées par ces acteurs, les manques dans le processus de soin ;
  - **comment** sont réalisées les actions : les moyens utilisés (matériel, supports d'information, informatique, prestations médico-techniques, etc.).

CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

15

## Les écarts

Dans la chronologie, il faut repérer les **écarts** (ou ruptures dans le processus de soin, problèmes de soins)

L'écart se constitue dans **l'absence d'application ou la mauvaise utilisation d'une règle de sécurité**, (absence de vérification, matériel non disponible, absence de politique, lacune dans l'organisation ou la répartition des tâches)

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



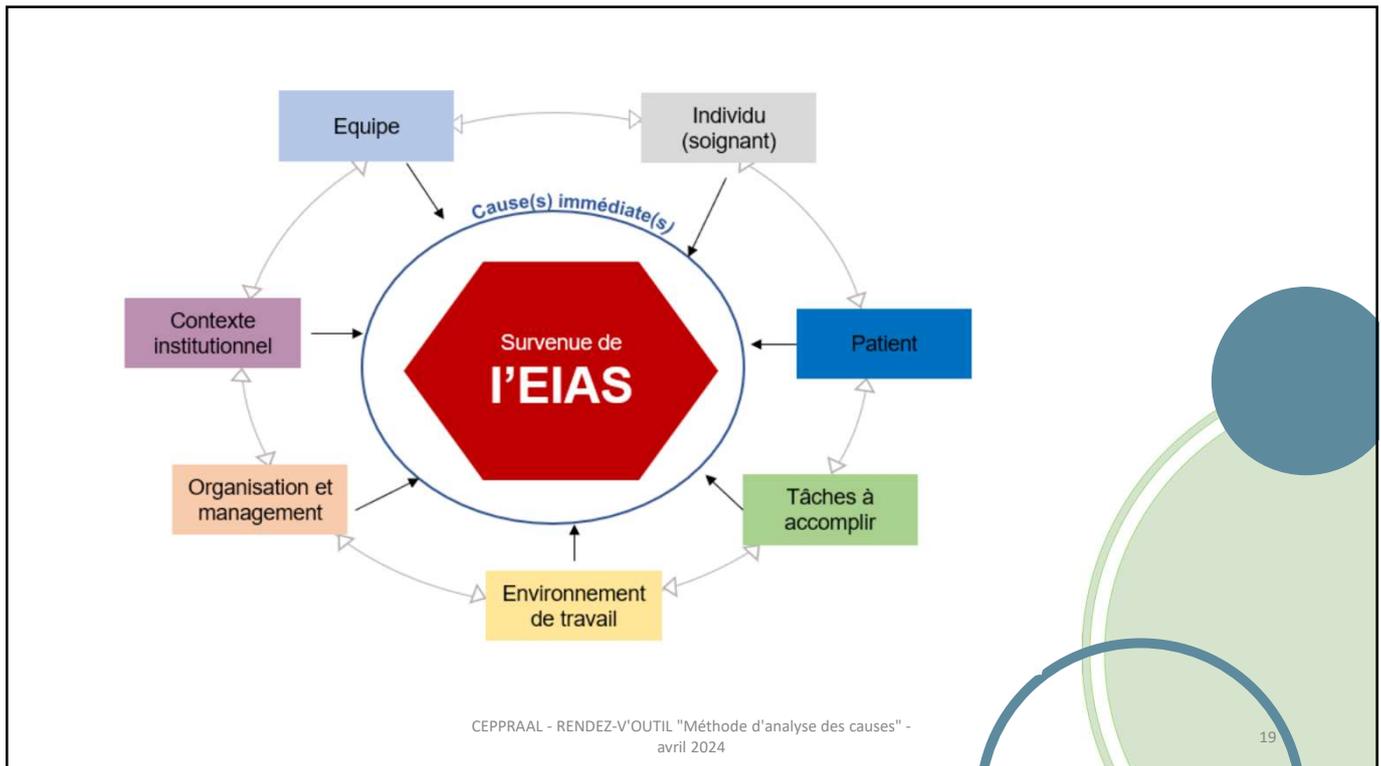
16

## Trouver les causes des écarts (causes profondes de l'EIAS)

- **Cause(s) immédiate(s)** : apparente(s), évidente(s), souvent humaine(s) : la ou les causes immédiates sont recherchées sans jugement sur les personnes impliquées
- **Causes profondes** : liées à des facteurs organisationnels et/ou techniques, identifiées uniquement grâce à une analyse approfondie des causes

## Utilisation de la grille ALARM

- La grille ALARM décrit les **7 catégories** à explorer, avec pour chaque niveau une liste de causes profondes
- La grille permet de rechercher et de classer les causes profondes qui ont contribué à la survenue des causes immédiates identifiées.



## 7 familles, 37 types de causes profondes

### 1 – Facteurs liés au patient :

- Antécédents médicaux
- Etat de santé
- Traitements
- Personnalité et facteurs sociaux ou familiaux
- Relations conflictuelles

### 2 - Facteurs liés au contexte individuel (personnel):

- Qualifications, compétences
- Facteurs de stress physique ou psychologique

### 3 -Facteurs liés aux tâches à accomplir

- Protocoles et fiches techniques (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)
- Résultats d'examens complémentaires
- Aides à la décision
- Définition des tâches
- Programmation, planification des tâches

### 4 - Facteurs liés à l'équipe :

- Communication entre professionnels
- Communication vers le patient ou son entourage
- Informations écrites (dossier patient, etc.) .
- Transmissions et alertes
- Répartition des tâches
- Encadrement, supervision
- Demandes de soutien ou comportements face aux incidents

### 5 - Facteurs liés à l'environnement et conditions de travail :

- Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)
- Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites
- Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)
- Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)
- Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)
- Charge de travail, temps de travail adaptés en nombre ou en compétences
- Retards, délais

## 7 familles, 37 types de causes profondes

### 6 - Facteurs liés à l'organisation et au management :

- Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)
- Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant
- Politique de formation continue
- Gestion de la sous-traitance
- Politique d'achat
- Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement
- Ressources financières

### 7 - facteurs liés au contexte institutionnel

- Politique de santé publique nationale
- Politique de santé publique régionale
- Culture de sécurité des soins

## L'analyse des barrières

- L'identification des causes profondes est complétée par une **analyse des barrières** afin d'identifier ce qui aurait pu permettre d'éviter la survenue de l'EIAS et également ce qui a fonctionné
- 3 types de barrières de sécurité = tous les moyens humains, techniques ou organisationnels qui permettent soit
  - **d'éviter la survenue** d'un EIAS
  - de le **recupérer** quand il survient
  - **d'atténuer** la gravité de ses conséquences

## L'analyse des barrières

- Evite une analyse uniquement centrée sur l'existence de **mesures de prévention**
- Prend en compte la gestion de l'évènement pour envisager les **mesures de protection** (récupération/atténuation)
- Met en exergue les barrières qui ont résisté

## Le récit de l'utilisateur

Le recueil du « témoignage » du patient/résident est réalisé uniquement avec son accord et après l'annonce du dommage associé aux soins (HAS – Guide)

Il donne une approche complémentaire pouvant apporter des éléments qui n'ont pas été mis en évidence par les professionnels, notamment dans la chronologie des faits et également corroborer des éléments

L'utilisateur peut également contribuer à identifier des actions d'amélioration.

## Les écueils à éviter !

- Centrer l'analyse sur la recherche d'un coupable plutôt que sur la compréhension des mécanismes de survenue.
- Porter des jugements.
- Rechercher les causes immédiates avant d'avoir établi la séquence précise des faits.
- Rechercher des facteurs favorisants alors que les causes immédiates n'ont pas été identifiées.
- Utiliser la grille comme une banale liste sans la mise en œuvre d'une collecte de faits précis, structurée sur une base chronologique, sans description chronologique et précise des événements selon les différentes dimensions (tâches, individu, milieu, matériel...), sans questionnement suffisant des problèmes identifiés (« Pourquoi ? », « Qu'a-t-il fallu pour que cela arrive ? », « Est-ce suffisant ? »).
- Ne pas avoir exploré de façon satisfaisante l'ensemble des dimensions.
- Ignorer le récit du patient.
- Faire l'impasse sur l'analyse des barrières

## Quelles perspectives?



## Méthode d'analyse des causes profondes

- Est une des étapes du RETEX
- Est une démarche collective
- Permet de comprendre ce qu'il s'est passé et pourquoi cela est arrivé est survenu
  - Utilisation de la grille ALARM
- Permet d'identifier comment l'EIAS a été géré
- Permet d'aller au-delà de l'erreur humaine
- Permet de proposer des actions pour sécuriser le système

[Guide HAS-FORAP 2021](#)

CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

27

## Le dispositif de déclaration des EIGS

EIGS : Evénement indésirables grave associé aux soins

Déclaration en 2 temps

Volet 1 : ce qu'il s'est passé et la gestion de l'événement

Volet 2 : les causes de l'événement et les actions d'amélioration

CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

28

## Lien avec les dispositifs HAS : Evaluation des ESSMS

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

## Lien avec les dispositifs HAS : certification des établissements de santé

- 2.4-04 : les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés (parcours traceur)
  - EE 3 : Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes (de type ALARM)
- 3.7-04 : L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'EIAS (traceur ciblé)
  - EE 3 (gouvernance) : Les événements indésirables graves sont systématiquement analysés collectivement selon les méthodes promues par la HAS (analyse systémique des causes)...

## Vous souhaitez approfondir les notions abordées dans ce RENDEZ-V'OUTIL

### Formation inter-établissements

Réussir l'analyse des causes des EIAS : méthode et mise en pratique

*Temps 1 : 24 mai 2024 - visio-conférence  
Temps 2 : 24 septembre 2024 - Lyon  
03 octobre 2024 - Clermont-Ferrand*

### Rencontre Qualité Sécurité

Apprendre de nos erreurs : analyse et RETEX

*10 octobre 2024 - Lyon  
17 octobre 2024 - Clermont-Ferrand*

### Formation inter-établissements

Événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) et obligations réglementaires

*31 mai 2024 - visio-conférence*

CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" - avril 2024

31

## Vous souhaitez aller plus loin dans la gestion des EIAS ?

### Formation inter-établissements

Améliorer la maîtrise du risque

*06 juin 2024 - Clermont-Ferrand  
13 juin 2024 - Lyon*

### Rencontre Qualité Sécurité

Améliorer le signalement des EIAS

*19 septembre 2024 - Lyon  
01 octobre 2024 - Clermont-ferrand*

### Rencontre Qualité Sécurité

Facteurs humains

*07 novembre 2024 - Lyon  
26 novembre 2024 - Clermont-ferrand*

### Rencontre Qualité Sécurité

La culture juste

*12 décembre 2024 - Lyon  
17 décembre 2024 - Clermont-ferrand*

Inscrivez-vous et retrouvez l'intégralité de notre programme sur [www.ceppraal-sante.fr](http://www.ceppraal-sante.fr)

CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" - avril 2024

32

## Nos prochains



### Les rencontres de sécurité

Lundi 13 mai 2024 - visio-conférence

### Puis

03 juin : évaluation des pratiques collaboratives  
 01 juillet : outils d'animation en équipe  
 09 septembre : outils de communication en équipe  
 07 octobre : cadre général de l'évaluation des REX  
 04 novembre : le récit patient  
 02 décembre : les PROMS et les PREMS

33

Pour vous inscrire à nos [RENDEZ-V'OUTILS](#)

CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

# VOS QUESTIONS



CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

34

# VOTRE SATISFACTION

<https://forms.office.com/e/kBr5nkvjuA>



CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

35

## Contactez le CEPPRAAL

[www.ceppraal-sante.fr](http://www.ceppraal-sante.fr)  
[contact@ceppraal-sante.fr](mailto:contact@ceppraal-sante.fr)  
04 72 11 54 60



CEPPRAAL - RENDEZ-V'OUTIL "Méthode d'analyse des causes" -  
avril 2024

36