



Principes de la méthode ALARM application pour la gestion du risque infectieux

Michel SFEZ, Clinique Saint-Jean de Dieu, Paris

sfez_michel@yahoo.fr

La méthode ALARM (acronyme de "Association of litigation and risk management") est une méthode d'analyse systématisée des événements indésirables (1). Elle permet d'identifier les facteurs ayant favorisé leur survenue afin d'en prévenir la récurrence. Elle est devenue une référence pour l'analyse des causes en santé et peut s'appliquer à de nombreuses situations. Cependant, elle nécessite le respect de ses conditions d'utilisation.

Méthode

La méthode a été construite à partir du modèle conceptuel décrit par Reason à partir de l'analyse des accidents organisationnels (2). Ce schéma général postule que les erreurs humaines, commises par les individus, ne conduisent à des dommages que dans des circonstances particulières. Ces circonstances tiennent à des défaillances latentes résidant dans la stratégie ou l'organisation de l'établissement, parfois majorées par des défaillances techniques. Ces défaillances latentes, ou erreurs système, ne peuvent s'exprimer qu'à l'occasion d'une action humaine. Pour atténuer les conséquences de ces défaillances, des mesures sont prises, constituant des défenses en profondeur. Elles visent à éviter qu'une erreur humaine ne conduise à une catastrophe. Aucune de ces défenses n'est forcément totalement efficace, ce qui explique que des accidents continuent à arriver.

► **La méthode ALARM** consiste, lorsqu'un événement indésirable survient, à :

- reconstituer la chronologie des faits ayant conduit à l'événement,
- identifier dans cette description les défauts de soin,
- conduire pour chaque défaut de soin identifié une analyse des facteurs ayant favorisé sa survenue,
- rédiger une première synthèse,
- reprendre l'investigation si des zones d'ombre persistent,
- rédiger un rapport final préconisant des actions correctives.

► **Reconstruire la chronologie des faits** est essentiel à la compréhension de la situation. Cela repose sur l'examen des documents disponibles et des entretiens avec les acteurs directs. Ces entretiens individuels nécessitent un engagement de confidentialité validé par la direction de l'établissement de santé, garantissant de ne pas divulguer d'éléments personnels concernant les personnes rencontrées et permettant de ne pas identifier les différents acteurs à la lecture du rapport. Il convient de représenter les informations obtenues sous forme d'un chronogramme (fig. 1) qui met en regard les événements synchrones.

► **Identifier les défauts de soins** peut être difficile. Il s'agit des situations s'écartant de la situation de référence. La référence peut être une référence fondée sur les preuves,

une recommandation professionnelle ou un protocole local. Il arrive aussi que la référence soit implicite et donc différente pour chaque acteur.

► **L'analyse des facteurs favorisants** repose donc sur la sélection du défaut de soins à analyser en prenant en compte l'existence d'une situation de référence.

Le terme de facteurs favorisant est préférable à celui de cause dans la mesure où il est peu probable qu'existe un lien de causalité unique entre un événement déclenchant et la conséquence observée. En effet, un événement indésirable constitue la réalisation d'un risque, défini comme une "situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine"(3).

L'analyse repose, comme l'établissement de la chronologie, sur l'examen des documents et des entretiens structurés. La structuration des entretiens repose sur le classement des informations en **7 catégories de facteurs favorisants**, selon qu'ils sont liés au patient, aux individus, à la tâche au cours de laquelle survient le défaut de soin, au fonctionnement de l'équipe, à l'environnement de travail, à l'organisation et à l'encadrement, au fonctionnement de l'institution.

► **La rédaction de la synthèse** est essentiellement utile à l'investigateur et éventuellement à l'ensemble des personnes ayant été entendues lors des entretiens.

Le rapport final doit être centré sur les préconisations de mesures correctives excluant le recours à la sanction. Cela nécessite l'engagement écrit de la direction de ne pas sanctionner les acteurs de l'événement indésirable, en dehors de fautes détachables du service. Si de telles fautes sont identifiées, l'analyse ALARM doit être interrompue afin de différencier formellement une recherche de facteurs favorisants d'une démarche disciplinaire.

Etude de cas

L'étude d'un cas fictif permet de mieux illustrer la mise en œuvre de la méthode.

► Description du cas

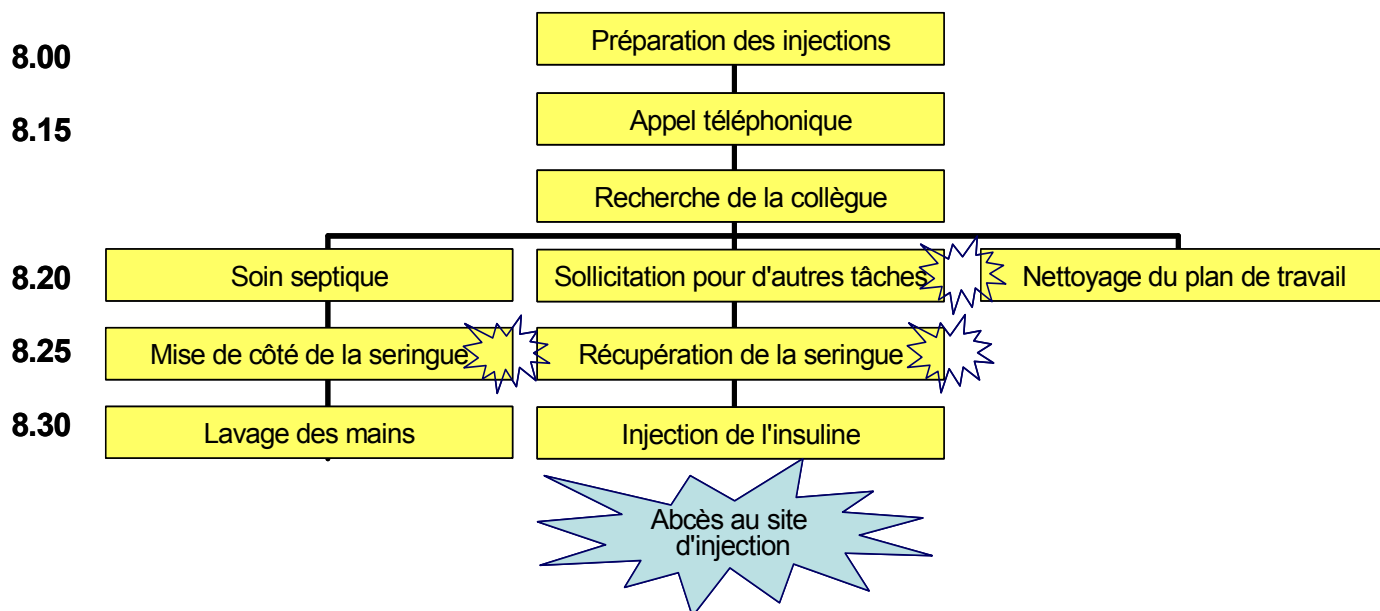
Dans le service de diabétologie, à la prise de service du matin, le cadre est averti de l'absence d'une des deux infirmières. Elle obtient le détachement d'une infirmière du service d'explorations fonctionnelles respiratoires qui arrive une heure plus tard. Sa collègue l'accueille et lui montre le plan de soins pour les patients dont elle aura la charge. Elle lui indique le réfrigérateur où sont stockées les insulines et lui demande de préparer les injections des patients dont elle a la charge. Pendant qu'elle effectue les préparations, le téléphone sonne.



Méthode ALARM

Figure 1. Chronologie et défauts de soins

(Les défauts de soins sont représentés par les étoiles)



Elle décroche et répond qu'elle va se renseigner auprès de sa collègue. Dans le couloir, elle ne parvient pas à identifier tout de suite la chambre où sa collègue effectue un soin, en l'absence de témoin lumineux de présence. Celle-ci, en train d'effectuer un pansement d'escarre, suspend son soin pour aller répondre au téléphone.

Dans le poste de soin, l'infirmière remplaçante est sollicitée par le médecin qui souhaite qu'elle l'accompagne auprès d'une patiente et par la secrétaire du bureau des sorties qui souhaite récupérer des dossiers. Répondant aux deux, elle range les injections qu'elle avait préparées en oubliant une seringue d'insuline.

Après la visite, elle reprend sa tâche au moment où la femme de ménage finit de nettoyer le plan de travail. La seringue oubliée avait été mise de côté par sa collègue avant qu'elle ne se lave les mains pour reprendre son soin. Elle la récupère et va réaliser l'injection. Le lendemain, le patient présente un abcès au point d'injection.

► Analyse selon la méthode ALARM

L'analyse de l'événement indésirable que constitue l'abcès secondaire à une injection septique obéit aux règles énoncées plus haut.

Elle permet d'établir l'enchaînement chronologique des faits et d'identifier 4 défauts de soin (fig. 1) : l'oubli de la seringue préparée sur le plan de travail, la manipulation de la seringue avant le lavage des mains après un soin septique, le nettoyage non décontaminant du plan de travail sur lequel est posée la seringue, l'injection contaminante.

L'analyse des facteurs ayant favorisé la réalisation de l'injection contaminante paraît nécessaire car cet événement est celui qui a eu des conséquences pour le patient.

L'ensemble de ces facteurs favorisants inclut ceux des autres défauts de soin. Les **facteurs liés au patient** sont sans objet ici. Les **facteurs individuels** concernant l'infirmière remplaçante se limitent à son manque de connaissance du service de diabétologie. Les **facteurs liés à la tâche** de cette infirmière découlent de cette méconnaissance :

- oubli de la seringue sur le plan de travail,
- absence de vérification de l'intégrité de la seringue préparée
- utilisation de la seringue.

Les **facteurs liés à l'équipe** concernent l'infirmière habituelle du service, le médecin, la femme de ménage. Ainsi, on peut identifier :

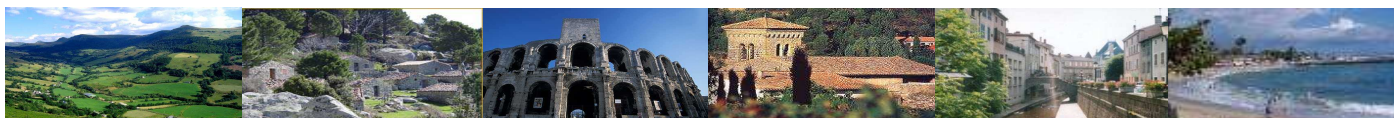
- la délégation d'une tâche à risque à une infirmière remplaçante non formée,
- l'absence de supervision de cette infirmière,
- l'oubli du témoin de présence dans la chambre où se trouve l'infirmière habituelle,
- l'attitude du médecin qui ne tient pas compte des tâches des infirmières,
- l'absence de remarques à la femme de ménage et à l'infirmière habituelle sur le non-respect des règles d'hygiène.

Le **facteur lié à l'environnement** de travail est l'absence de calme pour préparer les médicaments.

Les **facteurs liés à l'organisation et à l'encadrement** sont :

- le recours à une infirmière non qualifiée pour les tâches à effectuer,
- l'absence d'encadrement de la prise de fonction de la remplaçante par le cadre du service,
- la charge de travail des infirmières qui sont chargées de remettre les dossiers aux secrétaires.

Aucun **facteur lié à l'institution** n'apparaît ici.



Méthode ALARM

► Synthèse des informations

Il peut être utile de regrouper les informations en fonction de la nature des défaillances.

Les **défaillances humaines** sont les plus évidentes.

On peut ainsi relever :

- le choix de l'infirmière remplaçante par le cadre du service,
- le non respect des règles d'hygiène par l'infirmière habituelle
- le comportement du médecin,
- l'absence de travail d'équipe, tolérant de ne pas relever les erreurs faites par les autres.

Les **défaillances d'organisation** correspondent à :

- la modalité de recherche d'une infirmière remplaçante,
- la définition réaliste des tâches infirmières,
- la façon dont les tâches sont déléguées,
- l'absence de supervision des tâches à risque,
- la disposition des lieux où sont préparés les médicaments.

► Les propositions de solutions

Elles doivent tenir compte des défaillances identifiées mais aussi de leur faisabilité. A ce titre, l'étalement dans le temps de la mise en œuvre de ces solutions doit être envisagé. Par contre, seule une prise en compte de l'ensemble des mesures correctives permet de maîtriser le risque de récurrence.

Agir exclusivement sur les facteurs humains a une portée limitée. En effet, la fréquence quotidienne des erreurs dans la réalisation des tâches est extrêmement élevée. En outre, la plupart des erreurs sont récupérées par les opérateurs eux-mêmes. Il est plus efficace d'encadrer la détection et la gestion de ces erreurs, essentiellement par des dispositions relevant de l'organisation.

Ainsi, il convient de s'attacher à appliquer les recommandations du Cclin Sud-Ouest relatives à la préparation et à l'administration des médicaments, téléchargeable à www.cclin-sudouest.com (4). De la sorte, il est possible d'améliorer les locaux de préparation des médicaments (isolement au calme), d'adapter les équipements si besoin, de contextualiser le déroulement de la préparation et de l'administration selon un algorithme affiché.

Ces mesures sont nécessaires mais insuffisantes à garantir la réduction du risque d'injection contaminante. L'organisation doit être renforcée afin de palier, dans des conditions aussi peu dégradées que possible, une absence imprévue de personnel. A ce titre, la supervision et l'encadrement du personnel remplaçant doivent être organisés préalablement.

Un travail de sensibilisation de l'ensemble des intervenants vient compléter le dispositif, contribuant à une culture partagée de la sécurité des patients. Parmi les axes de travail, il est essentiel d'insister sur la nécessité de ne jamais interrompre un professionnel en train de réaliser une tâche à risque.

Discussion

L'illustration par une étude de cas est souvent utile à l'apprentissage de la méthode ALARM. Cependant, les conditions de sa mise en œuvre doivent être précisées avant de l'appliquer. En effet, des facteurs clés de succès ont pu être identifiés par l'expérience.

Le caractère non punitif et l'engagement de respect de la confidentialité déjà évoqués garantissent la participation de tous à la démarche. Que ces principes soient bafoués condamne de façon durable toute analyse d'événement indésirable dans l'établissement.

Le choix de l'événement indésirable à analyser est également important. En effet, la mise en œuvre de la méthode ALARM prend du temps. Il est donc nécessaire qu'elle permette d'identifier un nombre important de facteurs favorisant susceptibles d'entraîner la récurrence de l'événement sur un mode plus grave. A l'opposé, son utilisation dans un contexte de catastrophe est illusoire. La charge émotionnelle et la menace de contentieux, éventuellement judiciaire, compromettent la fiabilité et la circulation de l'information.

C'est pourquoi il est préférable d'analyser des presque accidents (accidents évités de justesse, grâce à un heureux concours de circonstances), selon la définition de l'ANAES (3). Enfin, il est nécessaire d'identifier les références professionnelles applicables à la situation étudiée pour définir les défauts de soins.

Conclusion

La méthode ALARM a fait la preuve de son efficacité dans l'analyse des facteurs favorisant la survenue des défauts de soins. Elle permet de proposer des mesures de prévention de la récurrence. Cependant, il faut être strict sur le respect de ses conditions d'utilisation. Surtout, la phase d'analyse doit être suivie de la mise en œuvre des mesures correctives préconisées, faute de quoi cet exercice consommateur de temps ne trouvera plus d'écho dans l'établissement.

Références

1. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, *et al.* Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser : protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002 ; 21 (6) : 509-516
2. Reason J.T. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care*.1995 ; 4 : 80-89
3. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé. Janvier 2003. <http://www.anaes.fr/ANAES/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3ZMHJP>. Consulté le 15 mai 2008
4. Préparation et administration des médicaments dans les unités de soins. Bonnes pratiques d'hygiène. Coordonnateur C. Dumartin. Cclin Sud-Ouest, octobre 2005.