

# FORMATION



[www.mqs-formation.com](http://www.mqs-formation.com)

## La gestion des risques

Dates : 07 et 08 mars 2017

Lieu : RENNES

Johann Bourgeault

## I. LA GESTION DES RISQUES

### II. LA GESTION DES RISQUES A PRIORI



### III. LA GESTION DES RISQUES A POSTERIORI



# I – La gestion des risques

- 1 . Origine de la gestion des risques**
- 2 . Obligation réglementaire**
- 3. Bénéfices attendus**
- 4. Définition du risque**
- 5. Gestion des risques**

# Origine de la gestion des risques

A thick yellow arrow that starts under the title and curves to the right, pointing towards the right edge of the slide.

- Née dans le **secteurs de l'assurance et de l'industrie aux USA**
- Les différentes crises conduisent depuis les années 80 au développement et au renforcement du système de gestion des risques.
- Plusieurs lois se sont succédées entre 1993 et 2004, jusqu'à la récente loi HPST de 2009 qui renforce les **dispositifs de vigilance**.
- La population montre de **hautes exigences de sécurité et de qualité** et attend des pouvoirs publics qu'ils lui donnent des garanties.
- L'application de la gestion des risques comme la qualité **remet en cause** à la fois les organisations, les pratiques et expériences des professionnels.

# Une obligation réglementaire

A thick yellow arrow starts from the left side of the slide, curves upwards, and then points to the right, ending near the top right corner.

- **Ordonnance du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée : démarche d'accréditation des établissements de santé visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins.
- **Loi du 1er juillet 1998** relative au renforcement de la sécurité sanitaire : mise en place d'un dispositif de veille et de sécurité sanitaire ayant pour objectif d'anticiper, surveiller, alerter, agir et surveiller (PDCA)
- **Loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : cette loi précise le droit à l'information du patient et prévoit la réparation des risques sanitaires.
- **Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004** relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

# Une obligation réglementaire

- **Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010** relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé et circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
- **Arrêté du 6 avril 2011** relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé

**Parallèlement à la réglementation relative à la sécurité sanitaire, les risques professionnels sont davantage encadrés :**

- **Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991** demande au chef d'établissement de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs.
- **Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001** portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

# Une obligation réglementaire

## Concernant le secteur médico-social :

Règlement de sécurité contre les <b>risques d'incendie</b> et de panique dans les ERP (catégorie J), arrêtés du 25 juin 1980 modifié et du 22 juin 1990 modifié	Registre de sécurité
Circulaire DGAS n° 2009-170 du 18 juin 2009 relative à la sécurité des personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux en cas de <b>défaillance d'énergie</b>	DARDE
Circulaire N° DGS/EA4/2010/448 du 21 décembre 2010 relative aux missions des Agences régionales de santé dans la mise en œuvre de l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la <b>surveillance des légionelles</b> dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.	Carnet sanitaire
Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de <b>restauration collective</b> à caractère social	PMS
Circulaire du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de <b>prévention des infections</b> dans le secteur médico-social 2011-2013	DARI
Arrêté du 7 juillet 2005 modifié par l'arrêté du 8 août 2005 fixant le cahier des charges du plan d'organisation à mettre en œuvre en cas de <b>crise sanitaire ou climatique</b> et les conditions d'installation d'un système fixe de rafraîchissement de l'air dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.	Plan bleu

# Les bénéfices attendus

Manager les risques permet d'améliorer :



La veille réglementaire, le respect des droits des usagers et des obligations des professionnels.	<b>Respect des droits et obligation</b>
La réactivité face à des situations inattendues et/ou graves grâce à la mise en place de systèmes d'alerte et de gestion de crises.	<b>Réactivité face à des situations inattendues</b>
La fréquence et la gravité des accidents.	<b>Réduction de la fréquence et de la gravité des accidents</b>
La confiance des usagers et de diminuer le nombre de plaintes et, lorsqu'il y a plainte, en diminuer les conséquences pour l'établissement	<b>Réduction du nombre de plaintes</b>
Les conditions de travail (changements organisationnels, formations,...)	<b>Conditions de travail favorables</b>
L'efficacité économique en réduisant le cout global des risques.	<b>Réduction du coût lié au risque</b>
Les décisions stratégiques par une prise en compte des bénéfices et des risques liés à chaque choix.	<b>Décisions stratégiques éclairées</b>



# Définition du risque

**Dans le langage courant le risque est défini comme :**

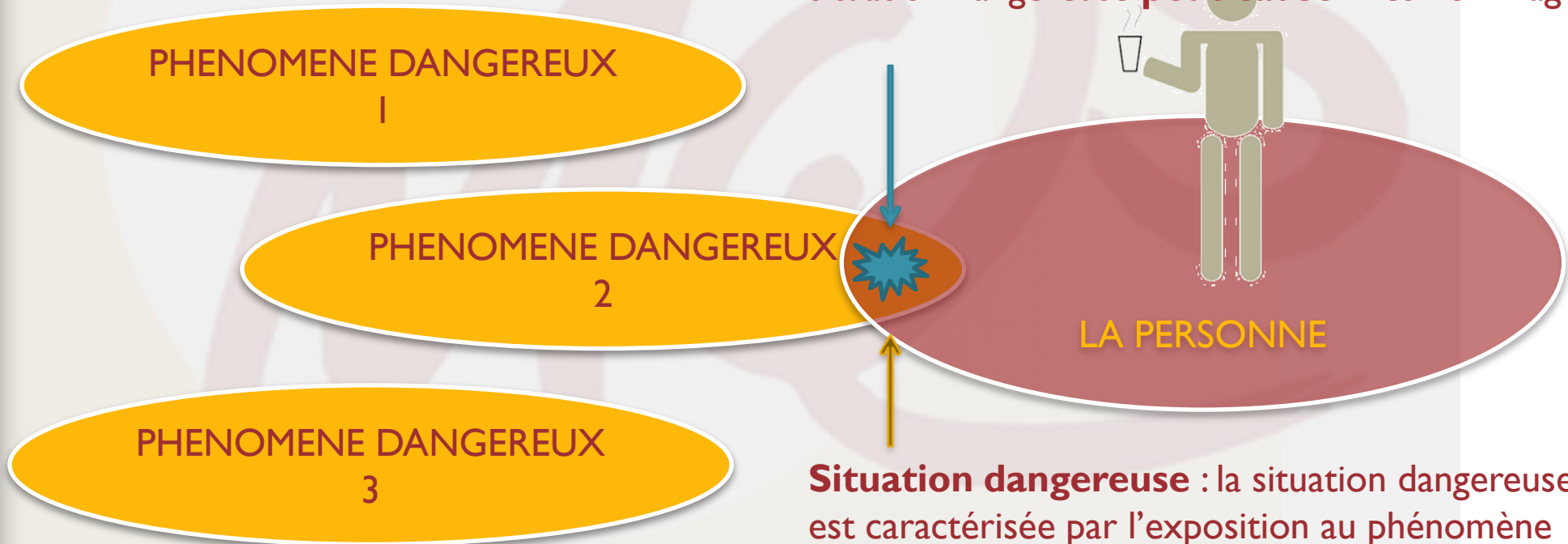
- **« un danger éventuel plus ou moins prévisible »** (dictionnaire Petit Robert)
- **« un danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est confronté »** (dictionnaire Larousse).

# Définition du risque

**Le risque : événement indésirable hypothétique**

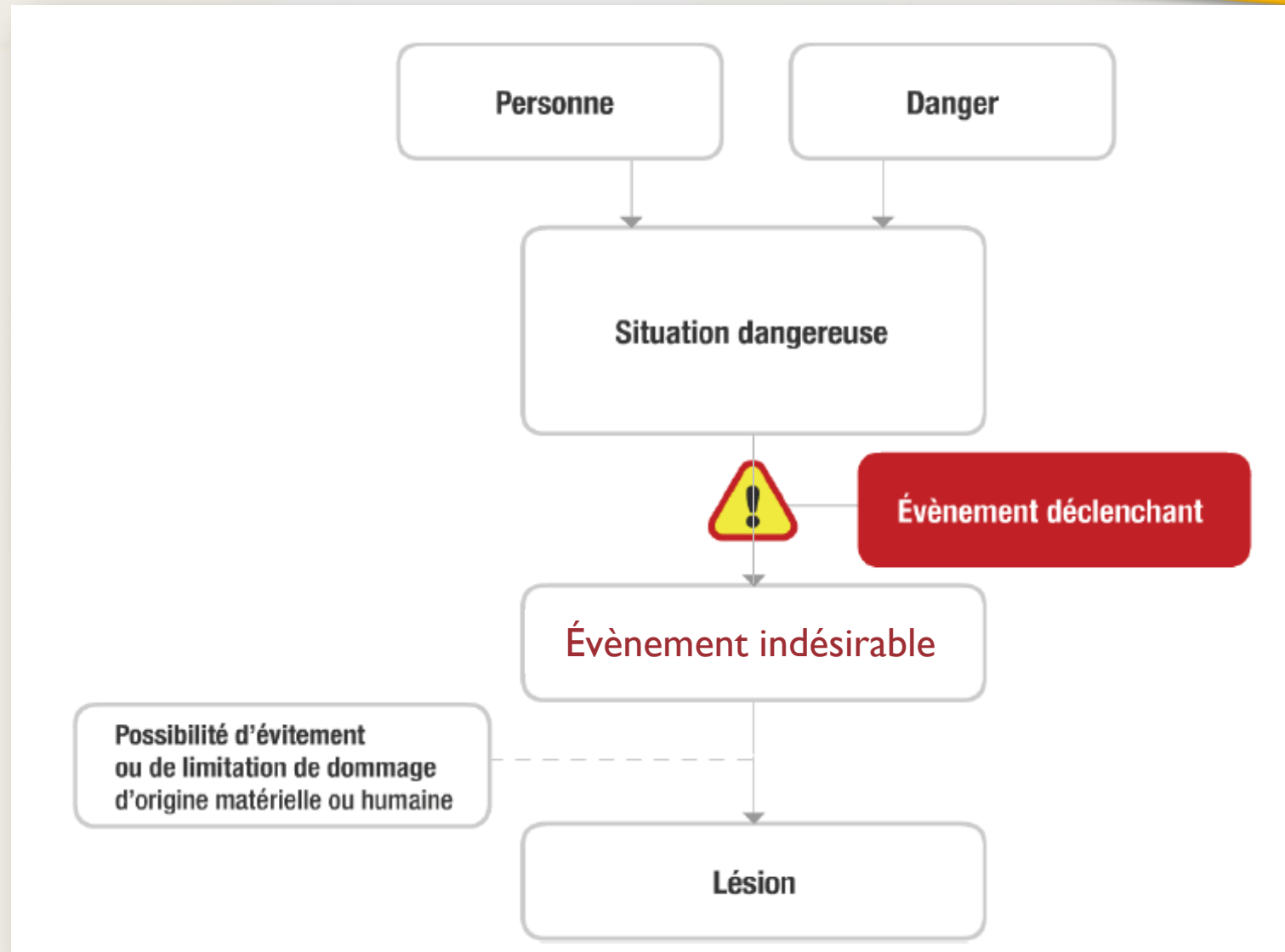
- C'est l'éventualité d'une rencontre entre l'homme et un danger

L'apparition d'un événement dangereux au sein d'une situation dangereuse **peut causer** des dommages.



**Situation dangereuse** : la situation dangereuse est caractérisée par l'exposition au phénomène dangereux.

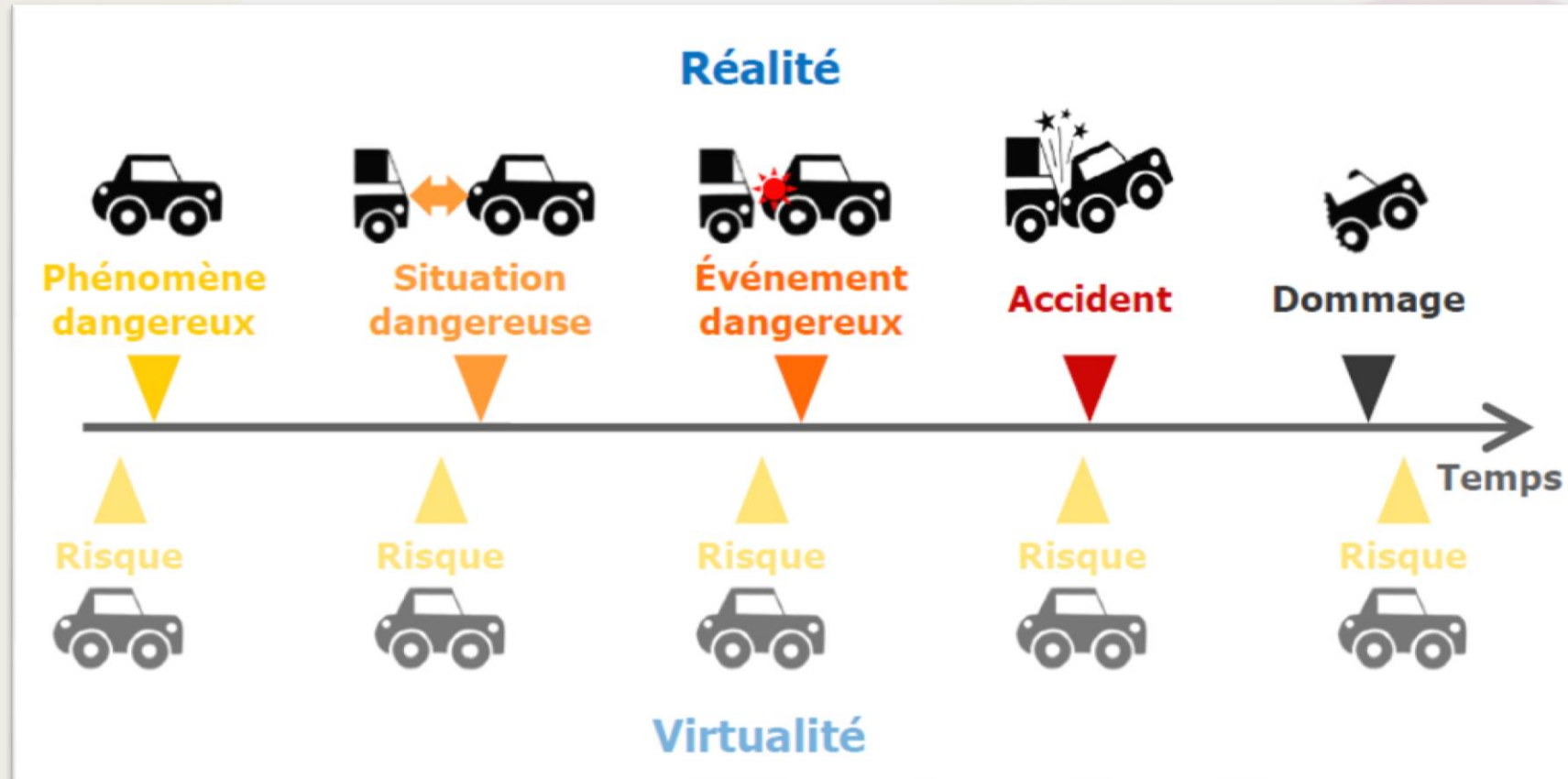
# Définition du risque



**Risque =**  
probabilité qu'un  
incident ou accident  
se produise

**Risque =** est à la  
confluence du  
danger et de  
l'activité humaine  
(exposition au  
danger)

# Définition du risque



## *Le risque n'est pas :*

- Un **phénomène dangereux**, activité ou un processus au cours duquel des accidents sont toujours à redouter.
- Une **situation dangereuse**, situation où l'on est exposé à quelque chose qui légitime une inquiétude ; ce qui constitue une menace, qui compromet l'existence ou le bon état de quelque chose ou de quelqu'un ».
- Un **événement dangereux**, facteur déclenchant qui provoque l'accident.
- Un **accident**, événement imprévu et soudain qui entraîne des dégâts, des dommages.
- Un **dommage**, conséquence de l'accident, est « l'atteinte de l'intégrité humaine, matérielle ou environnementale ».

# Définition du risque



## EXEMPLE : SORTIE INTEMPESTIVE

Situation	Élément de la situation
<p><b>Phénomène dangereux</b> : cause capable de provoquer une lésion ou une atteinte à la santé.</p>	<p>L'établissement accueille des adolescents présentant des troubles du comportement.</p>
<p><b>Situation dangereuse</b> : situation dans laquelle un accident est possible du fait de la présence d'une personne en relation avec un ou plusieurs dangers.</p>	<p>Pour cause de grippe, le personnel est en sous-effectif.</p>
<p><b>Evènement dangereux</b> : évènement susceptible de causer un dommage.</p>	<p>Un enfant profite d'une inattention d'un professionnel pour se glisser en dehors de l'établissement.</p>
<p><b>Domage</b> : lésion physique et/ou une atteinte à la santé ou aux biens.</p>	<p>Accident ou hypothermie.</p>

# Définition du risque



## EXEMPLE : SOL MOUILLE

Définitions	Éléments de la situation
<b>Phénomène dangereux</b> : cause capable de provoquer une lésion ou une atteinte à la santé.	Sol mouillé
<b>Situation dangereuse</b> : situation dans laquelle un accident est possible du fait de la présence d'une personne en relation avec un ou plusieurs dangers.	Se déplacer
<b>Evènement dangereux</b> : évènement susceptible de causer un dommage.	Glisse et tombe
<b>Damage</b> : lésion physique et/ou une atteinte à la santé ou aux biens.	Fracture

# Définition du risque



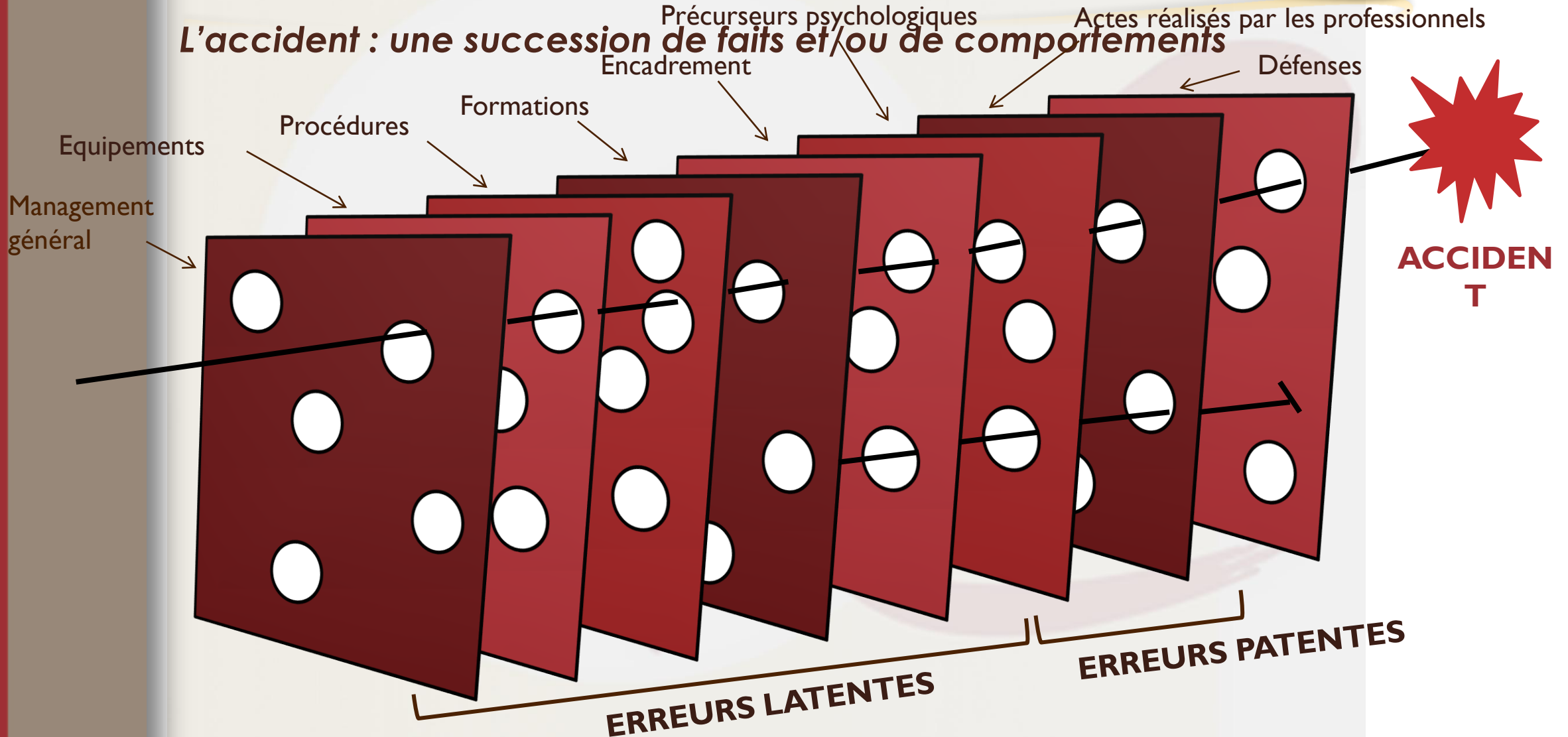
**A VOUS :**

Définitions	Éléments de la situation
<p><b>Phénomène dangereux</b> : cause capable de provoquer une lésion ou une atteinte à la santé.</p>	<p>Médicaments insuffisamment sécurisés : l'armoire ne ferme pas à clef.</p>
<p><b>Situation dangereuse</b> : situation dans laquelle un accident est possible du fait de la présence d'une personne en relation avec un ou plusieurs dangers.</p>	
<p><b>Evènement dangereux</b> : évènement susceptible de causer un dommage.</p>	
<p><b>Dommage</b> : lésion physique et/ou une atteinte à la santé ou aux biens.</p>	



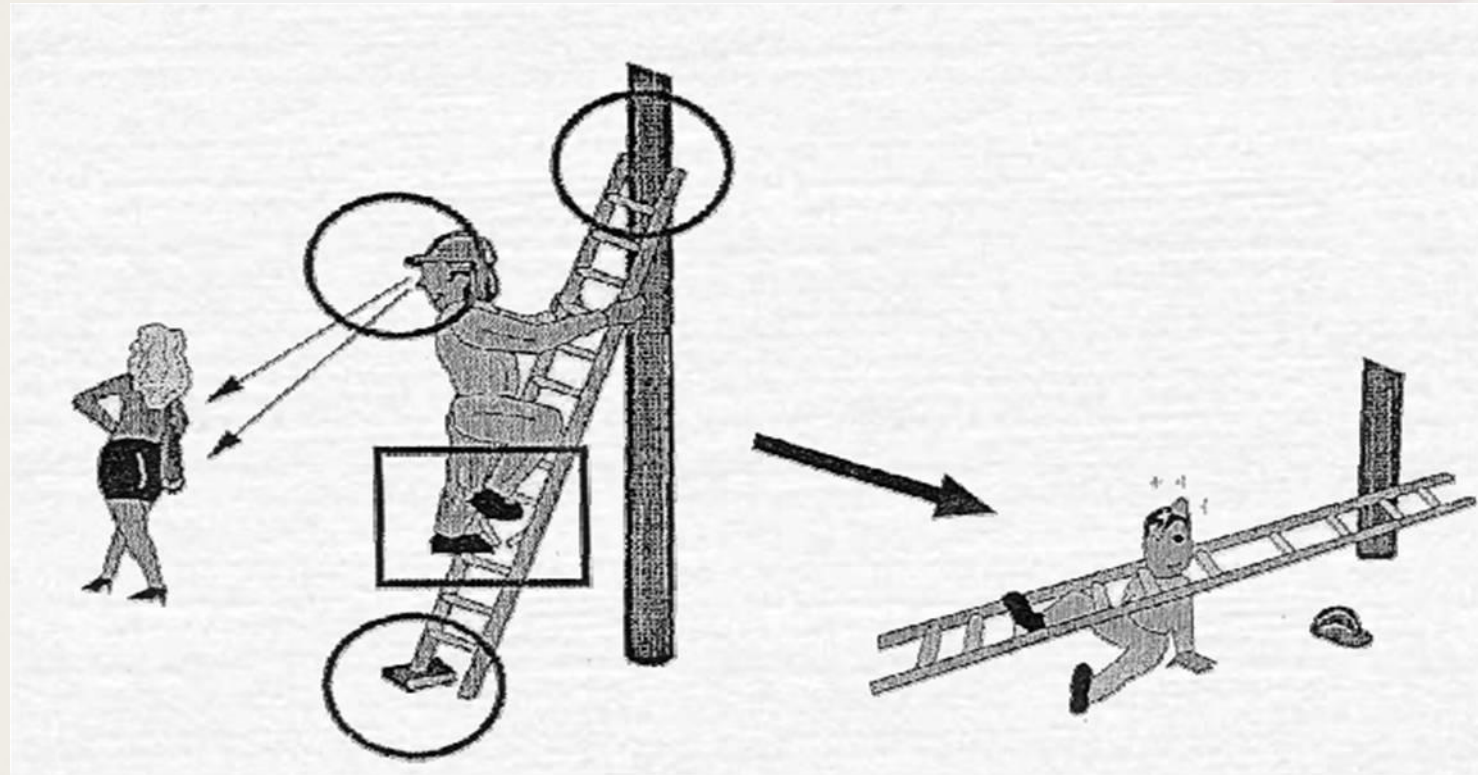
# Définition du risque

**L'accident : une succession de faits et/ou de comportements**



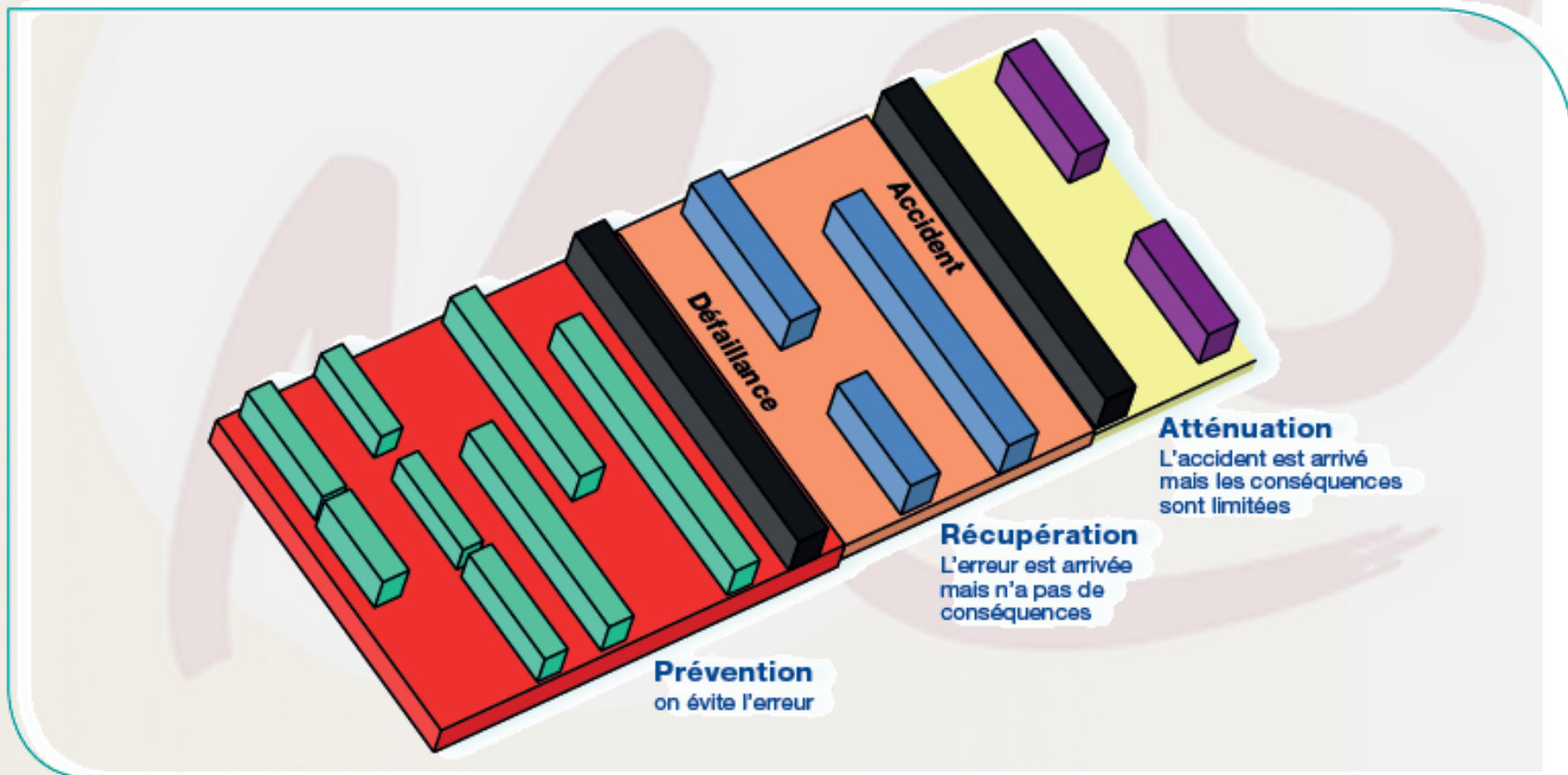
## Définition du risque

*L'accident : une succession de faits et/ou de comportements*



# Définition du risque


La sécurité ne consiste pas à supprimer les erreurs, mais à les gérer de façon adaptée



# Définition du risque

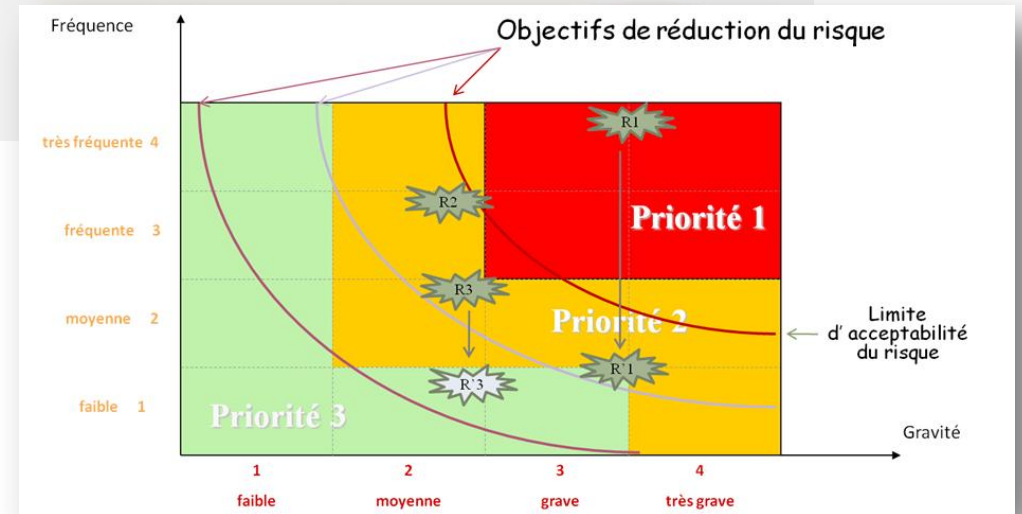
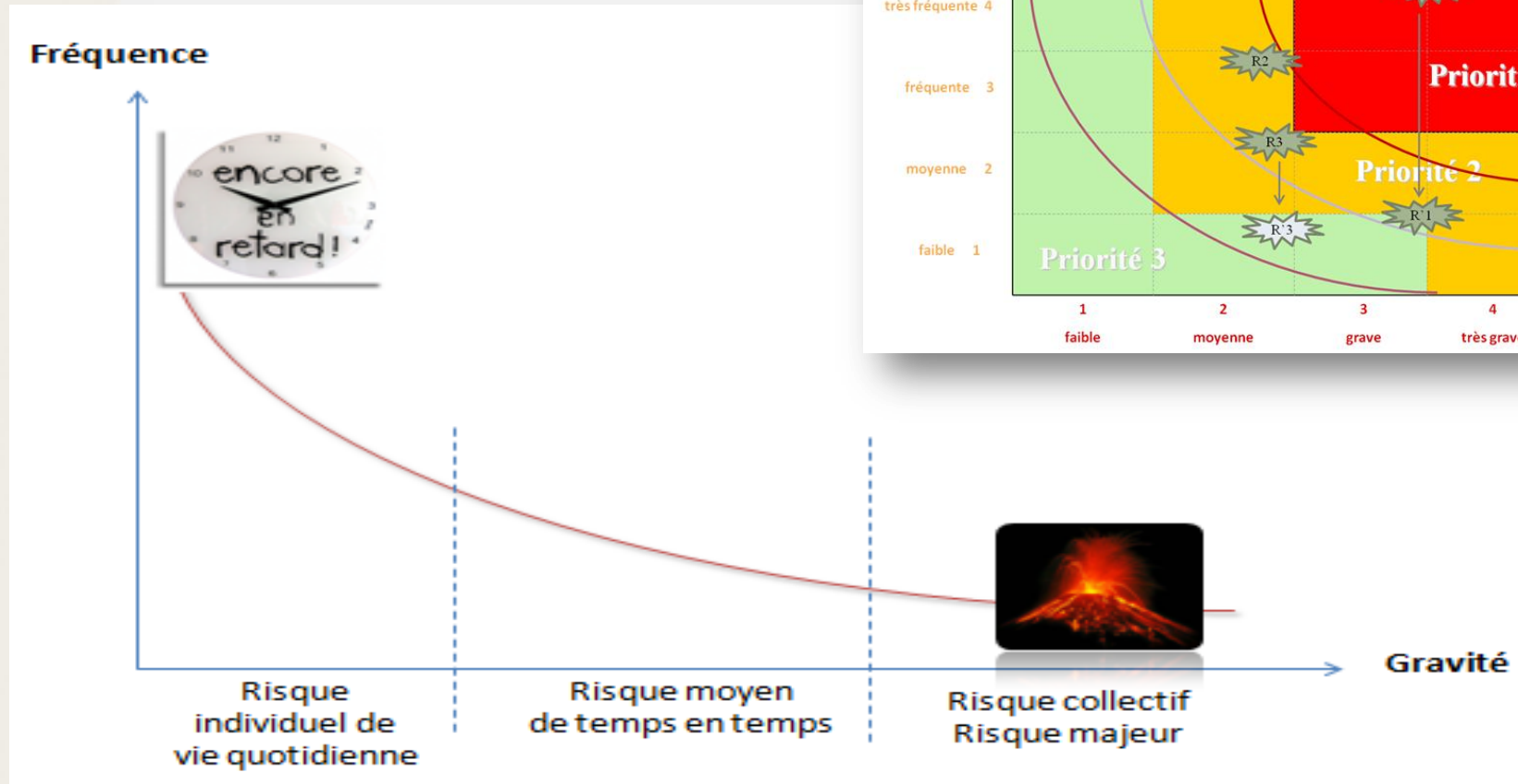
C'est l'éventualité d'une **rencontre entre l'homme et un danger** auquel il peut être exposé. Il naît mathématiquement de la multiplication de l'importance d'un danger (**gravité**) par la probabilité de survenue de ce dernier (**fréquence**).

$$\text{Criticité} = \text{Gravité} \times \text{Fréquence}$$



Fréquence et gravité auxquelles nous pouvons ajouter le niveau de maîtrise

## La courbe de Farmer



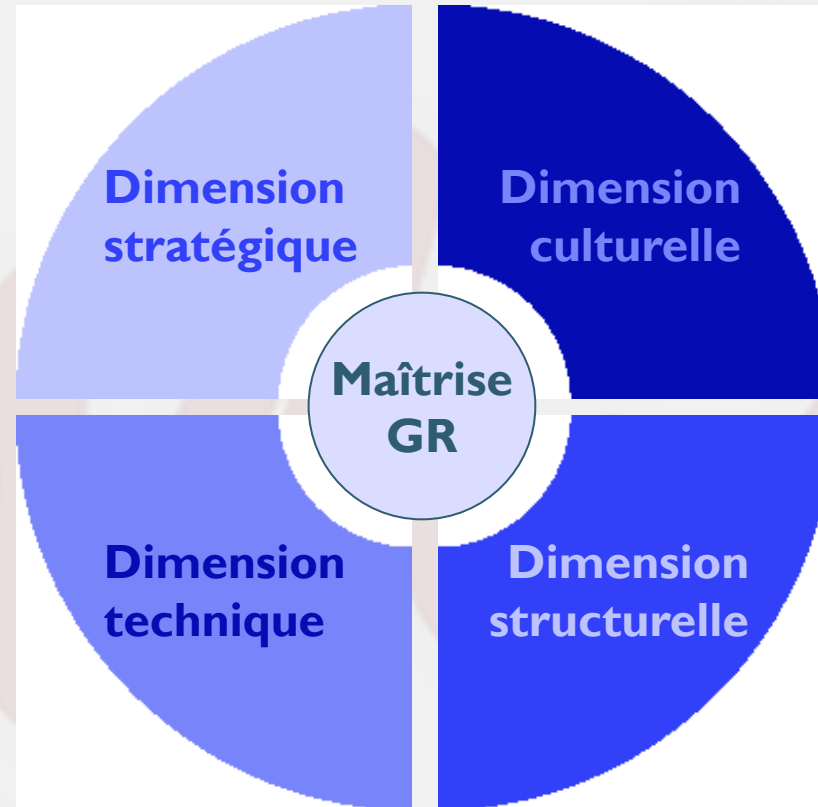
## Gestion du risque

Norme ISO 8402 : Effort organisé pour **identifier, évaluer et réduire**, chaque fois que possible les risques encourus par les patients, les visiteurs et le personnel.

## Management du risque

**Activités coordonnées** visant à diriger et piloter un organisme vis-à-vis du risque. Le management du risque inclut généralement l'appréciation du risque, le traitement du risque, l'acceptation du risque et communication relative au risque.

# Gestion du risque



# Gestion du risque

Dimension  
stratégique

**Concerne l'ancrage institutionnel via une politique formalisée et lisible par tous**

- **politique** relative à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité formalisée (projet d'établissement)
- **engagement** de la direction et de la commission médicale d'établissement s'il y a lieu (charte d'engagement)
- définition, évaluation et suivi d'un **programme d'actions** de prévention des risques
- dispositif en cas de crise



# Gestion du risque

**Conduit à préciser l'organisation de la démarche en définissant l'architecture du système et les responsabilités des différents acteurs**

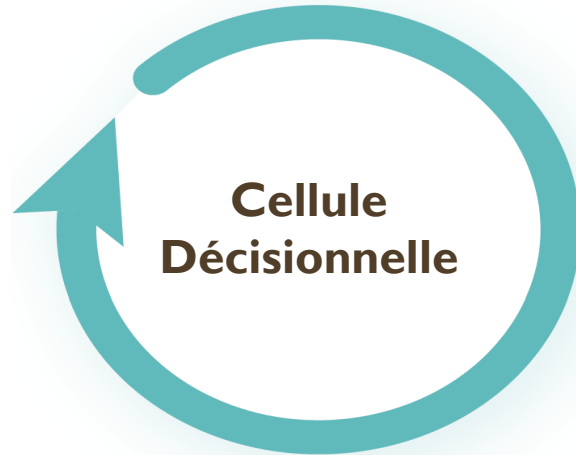
*La coordination de la démarche devient rapidement un facteur clé pour assurer la cohérence et éviter que les multiples efforts des acteurs ne se dispersent et ne permettent pas d'aboutir à des améliorations significatives.*

# Gestion du risque

## Les acteurs de la gestion du risque :



# Gestion du risque



- Fonction de gouvernance
- Assurée conjointement par la direction de l'établissement et la CME.
- Décide et initie, organise et pilote la démarche Définit les priorités
- Valide le programme d'actions,
- Alloue les ressources adaptées,
- Suit les actions en cours,
- Évalue les résultats et adapte le programme en conséquence



- Fonction de coordination
- Assumée par une personne désignée
- Mise en œuvre et animation du programme d'actions.
- Garant de la bonne utilisation des ressources allouées.
- Fonction de communication des résultats exploitables nécessaires à la prise de décisions de l'instance de pilotage.



- Fonction opérationnelle de mise en œuvre et de suivi des actions sous la forme de projets précis et structurés,
- Composée de spécialistes de l'établissement et professionnels concernés, conduits par des groupes de travail thématiques

# Gestion du risque

## Concerne les méthodes et outils :

*conduite de projet, système d'information, méthodes d'identification et d'analyse de processus critiques, de hiérarchisation, de résolution de problèmes, de mise en œuvre des solutions retenues, de mesure, d'évaluation et de pérennisation des résultats.*

# Gestion du risque


METHODES	OUTILS	
Méthodes d'analyses des risques a priori	<ul style="list-style-type: none"><li>- Analyse de processus</li><li>- Cartographie des risques</li><li>- QQQQCP</li><li>- HACCP, RABC</li><li>- AMDEC</li></ul>	} <b>Chapitre 2</b>
Méthodes d'analyses des risques a posteriori	<ul style="list-style-type: none"><li>-Arbre des causes</li><li>-Diagramme causes/effets</li><li>-REX</li><li>-Méthode ALARM</li></ul>	
Méthodes de hiérarchisation	<ul style="list-style-type: none"><li>-Diagramme de farmer</li></ul>	
Méthodes de suivi	<ul style="list-style-type: none"><li>- Suivi d'indicateurs</li><li>- Audit, EPP...</li></ul>	

# Gestion du risque

Concerne la compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes de la démarche, le développement d'une culture et de bonnes pratiques de sécurité.

Elle est basée sur les caractéristiques d'une **culture positive** de la sécurité :

- Une communication fondée sur la confiance mutuelle et l'ouverture
- L'échange et l'analyse de l'information
- Une perception partagée de l'importance de la sécurité
- L'acceptabilité de l'inévitabilité de l'erreur
- La confiance dans l'efficacité des mesures de prévention
- L'identification des menaces
- Une organisation efficace avec un responsable engagé
- Une approche non punitive



L'erreur  
n'est pas  
la faute !

## LA CHAMBRE DES ERREURS

*Une approche pédagogique, non culpabilisante*

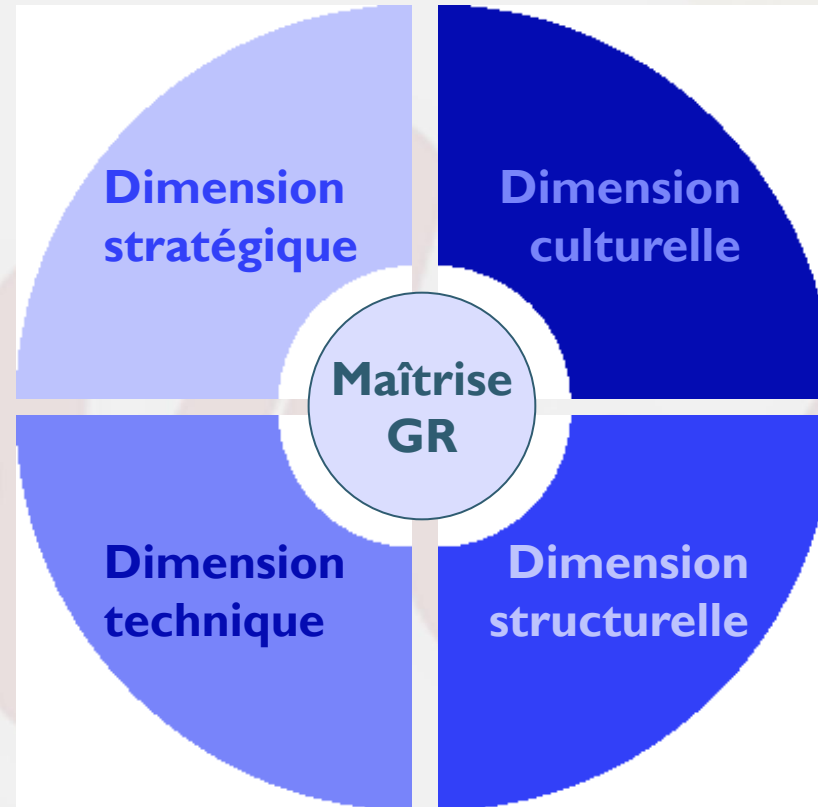
- Reconstitution d'une chambre de patient et d'une salle de soins avec des erreurs entraînant un risque patient dans lesquelles des erreurs ont été placées volontairement.

*Exemples : une boîte à aiguilles qui déborde, une poche à urine en contact avec le sol, un laitage dans tiroir table de chevet, l'absence de sonnette au lit du patient.*

- Tous les personnels de la structure peuvent participer (médical ou pas) à cette expérience ainsi que les visiteurs et les patients.



# Gestion du risque

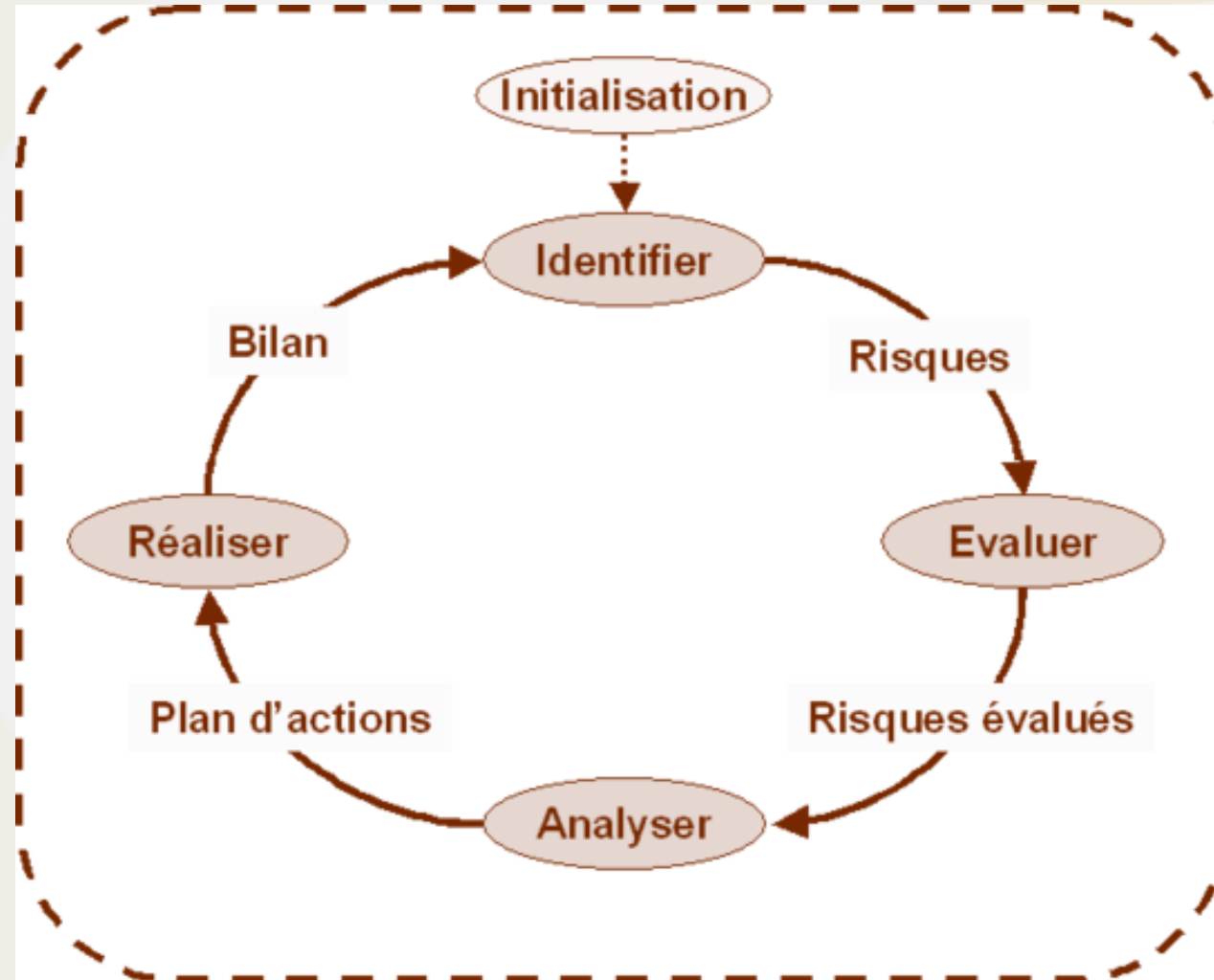


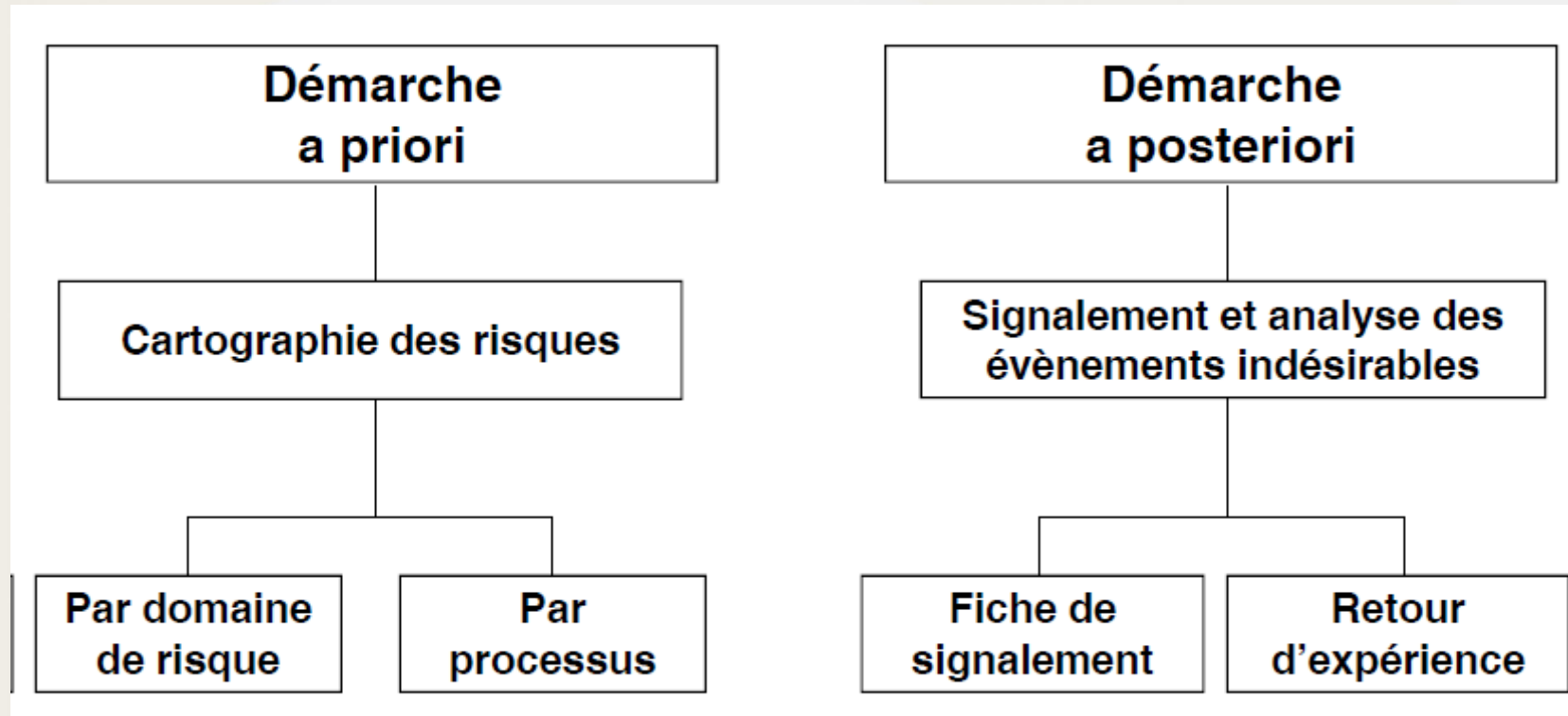




## BILAN

- ✓ Le risque est événement indésirable **hypothétique**.
- ✓ C'est l'éventualité d'une **rencontre entre l'homme et un danger**.
- ✓ Le risque est la combinaison de la **gravité** et de la **fréquence** (probabilité).
- ✓ La plupart des accidents sont la conséquence d'une succession de faits.
- ✓ Un système sûr possède une combinaison de 3 **barrières** : prévention, récupération , atténuation
- ✓ Gérer les risques c'est identifier, évaluer et réduire des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages.





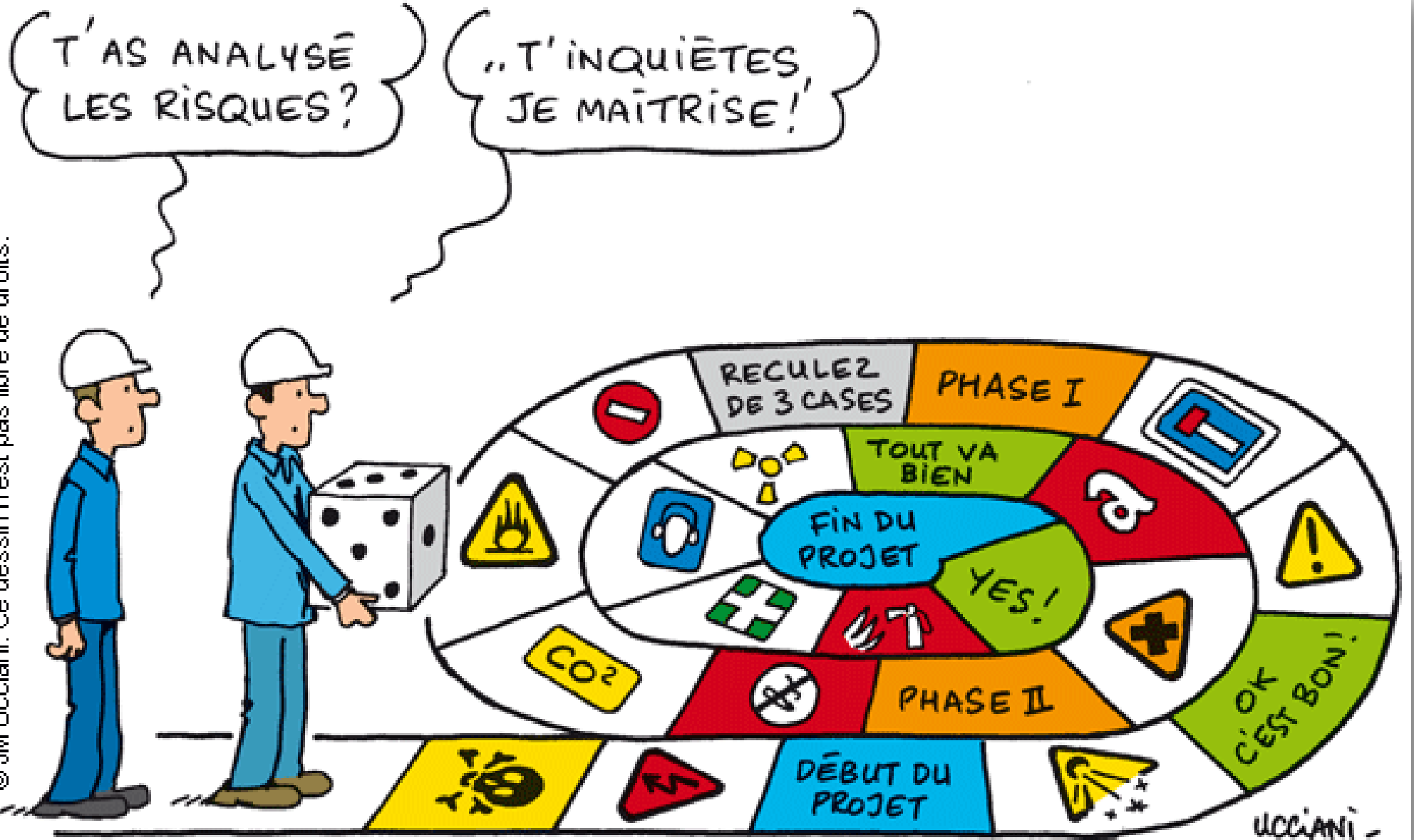
# II – La gestion des risques à priori

## 1. L'AMDEC

- Définir le périmètre de l'étude
- Identifier les risques
- Evaluer les risques
- Réduire les risques
- Retours d'expérience

## 2. CAS PRATIQUE : LE DOCUMENT UNIQUE

© JM Ucciani. Ce dessin n'est pas libre de droits.



# Gestion des risques à priori

*Identifier, évaluer, hiérarchiser, réduire :  
réaliser une cartographie des risques*

- L'AMDEC est l'**A**nalyse des **M**odes de **D**éfaillances, de leurs **E**ffets et de leur **C**riticité
- « L'AMDEC est un procédé systématique pour identifier les modes potentiels et traiter les défaillances avant qu'elles ne surviennent, avec l'intention de les éliminer ou de minimiser les risques associés »

## AMDEC : 5 phases

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Il s'agit de :

- Connaître ses besoins et objectifs (Qualité, Coûts, Délais)
- Connaître ses marges de manoeuvre pour piloter le projet
- Pouvoir faire des choix





1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

<b>POURQUOI</b>	Dans quel but réaliser l'étude ? Quels sont les objectifs ? Les causes à l'origine du projet ?
<b>QUOI</b>	Quel est le système ou le processus étudiée ?
<b>QUI</b>	Sur qui cela agit-il ? À qui cela rend-t-il service ?
<b>OU</b>	Où se déroule le processus à étudier ?
<b>COMMENT</b>	Quelle organisation pour l'étude ? Quelle est la composition du comité de décision ? l'équipe projet ? Comment sera animer la démarche ?
<b>QUAND</b>	Quelles sont les échéances ? A quel moment se réunir ?
<b>COMBIEN</b>	Quel est notre budget ?

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

La **cartographie des risques** se révèle être l'instrument le plus pertinent pour identifier, évaluer et hiérarchiser les risques d'une organisation. Elle est le point de départ de toutes autres actions nécessaires à la diminution ou au contrôle des risques.

Deux approches :

- Par processus
- Par typologie des risques



## Analyse des processus

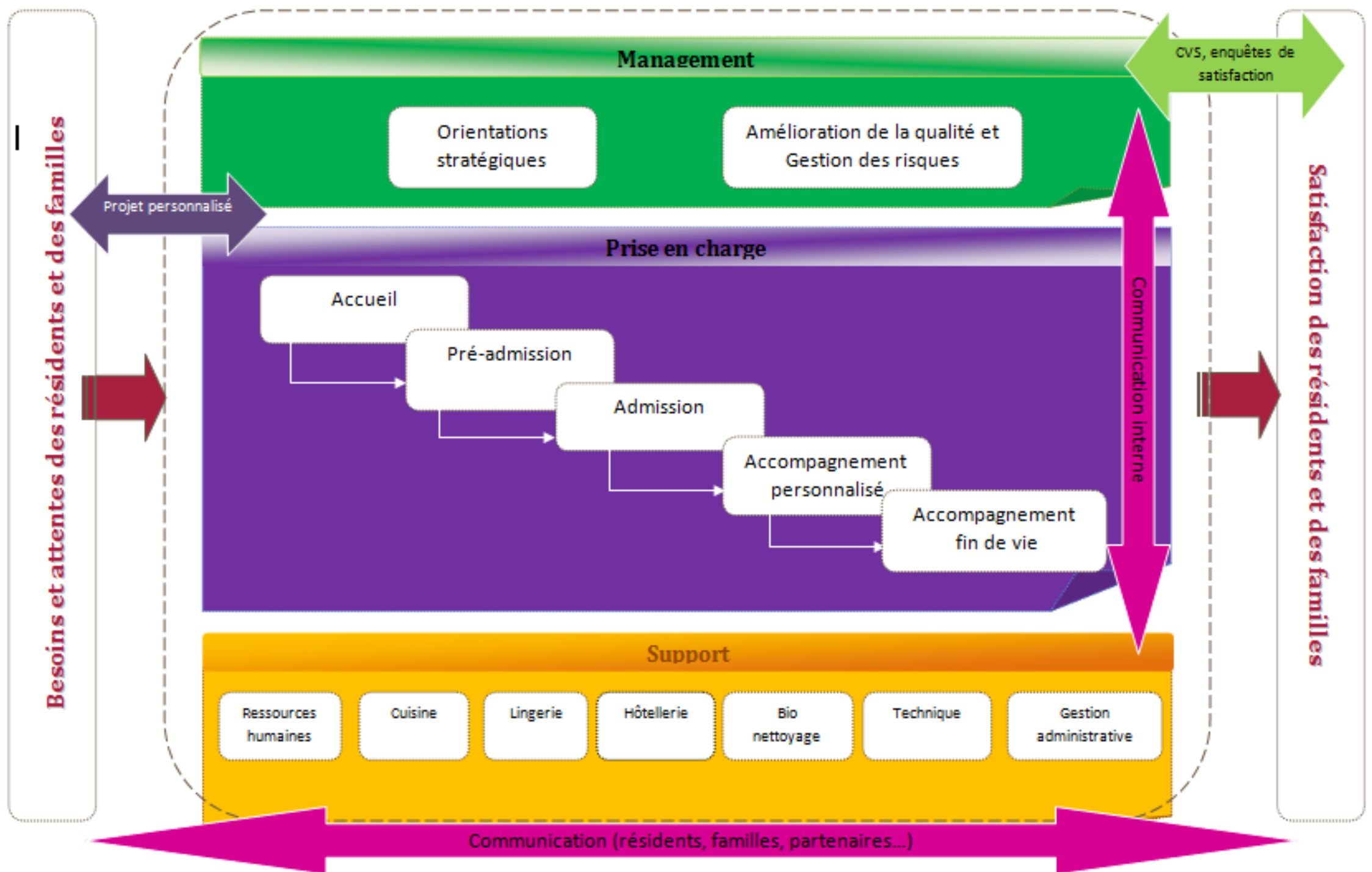
1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Le repérage des processus est une étape importante. Cette démarche apporte une vision transversale de l'établissement ou du service. Il s'agira d'abord d'identifier les processus clés suivant les **trois grandes familles de processus** :

- Les processus métiers (ou processus de réalisation) : admission, accueil, accompagnement personnalisé, sortie,...
- Les processus supports : la RH, la finance, la comptabilité, l'informatique, les achats, la maintenance, le ménage, la restauration,...
- Les processus managériaux (ou de pilotage) : stratégie, démarche qualité,...



- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.



## Analyse des processus

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

L'identification des risques se fait à partir d'une **analyse fine des dysfonctionnements possibles de chaque processus** :

- parmi les processus de prise en charge : les risques infectieux, les risques de maltraitance,...
- parmi les processus logistiques : la toxi-infection alimentaire, la contamination par contact avec les déchets infectieux, la panne informatique, l'incendie, les risques électriques...
- parmi les processus de management : les risques sociaux, la perte de personnes ressources, la rétention d'informations...

## Analyse des processus

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Il s'agit de :

1. Identifier le processus
2. Décrire le processus de travail réel avec les professionnels directement impliqués
3. Réaliser une représentation graphique du processus soit par un schéma général soit par des diagrammes fonctionnels
4. Vérifier la pertinence (étape, objectif de l'étape, contraintes locales, référentiels concernés, exigences de qualité et de sécurité à satisfaire pour remplir la mission).
5. Identifier les dysfonctionnements et situations à risques associés à chacune des étapes du processus
6. Rechercher et identifier les causes
7. Identifier et évaluer les barrières de sécurité existantes

## Analyse des processus

Suivant l'objet de l'étude, il vous faudra cibler l'analyse sur un processus particulier voire un sous-processus :

Exemple : cartographie simplifiée du processus relatif au projet personnalisé



1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

## Analyse des processus

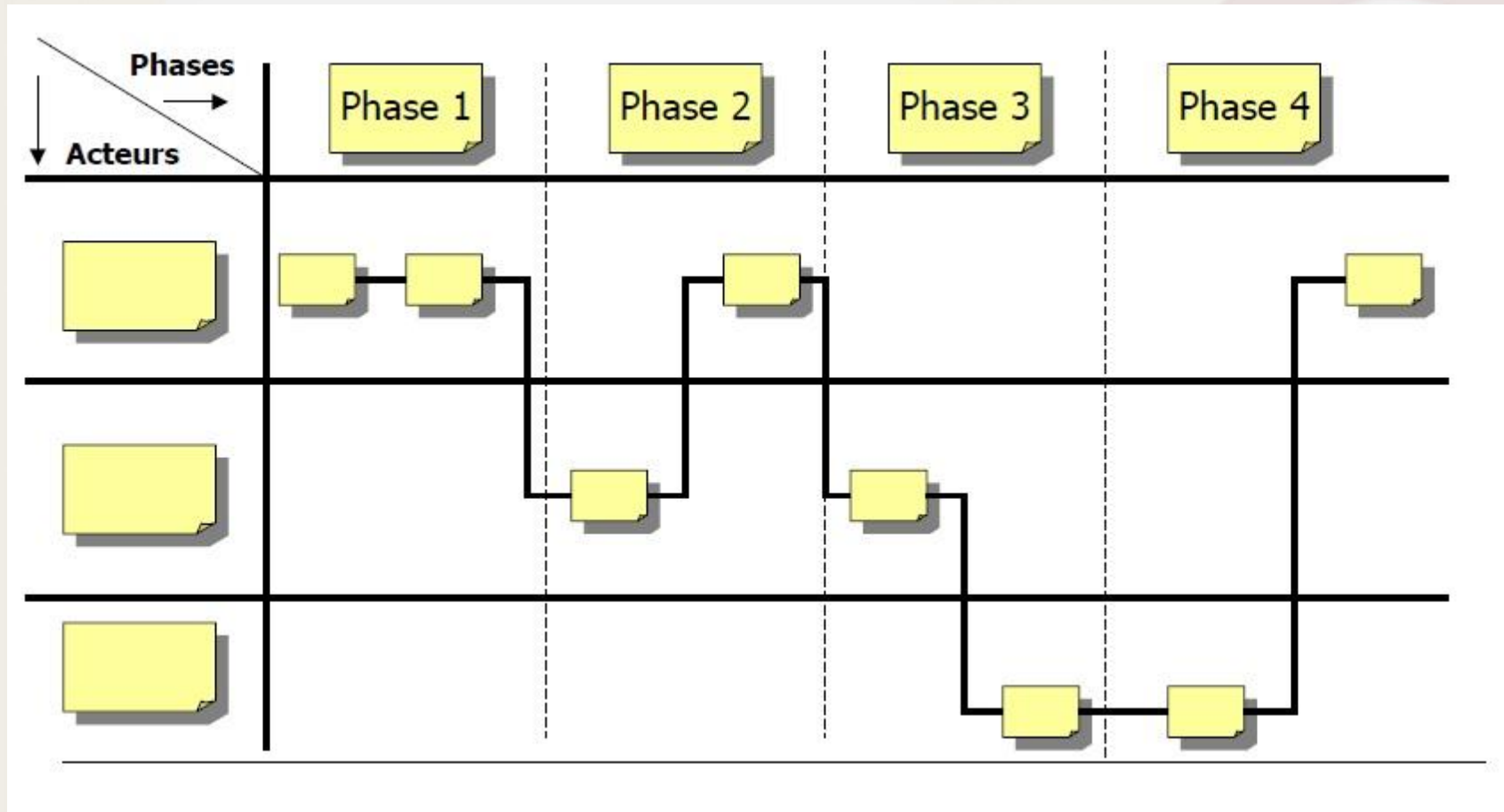
1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

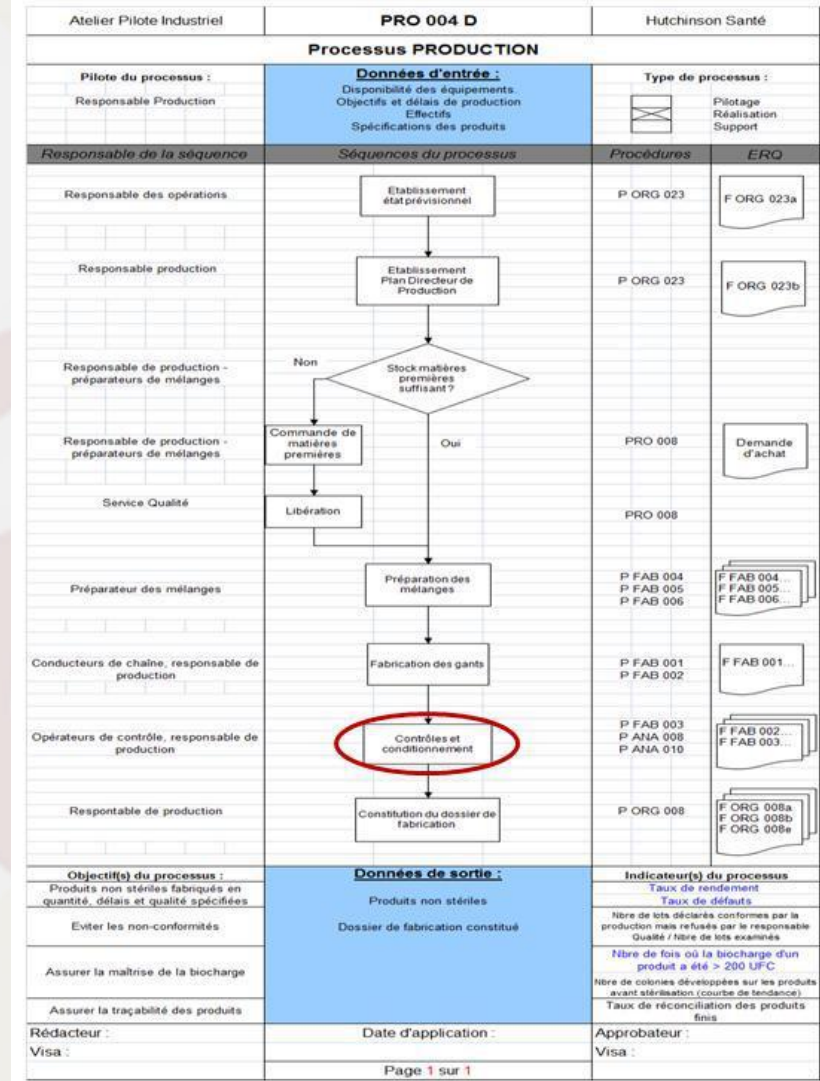
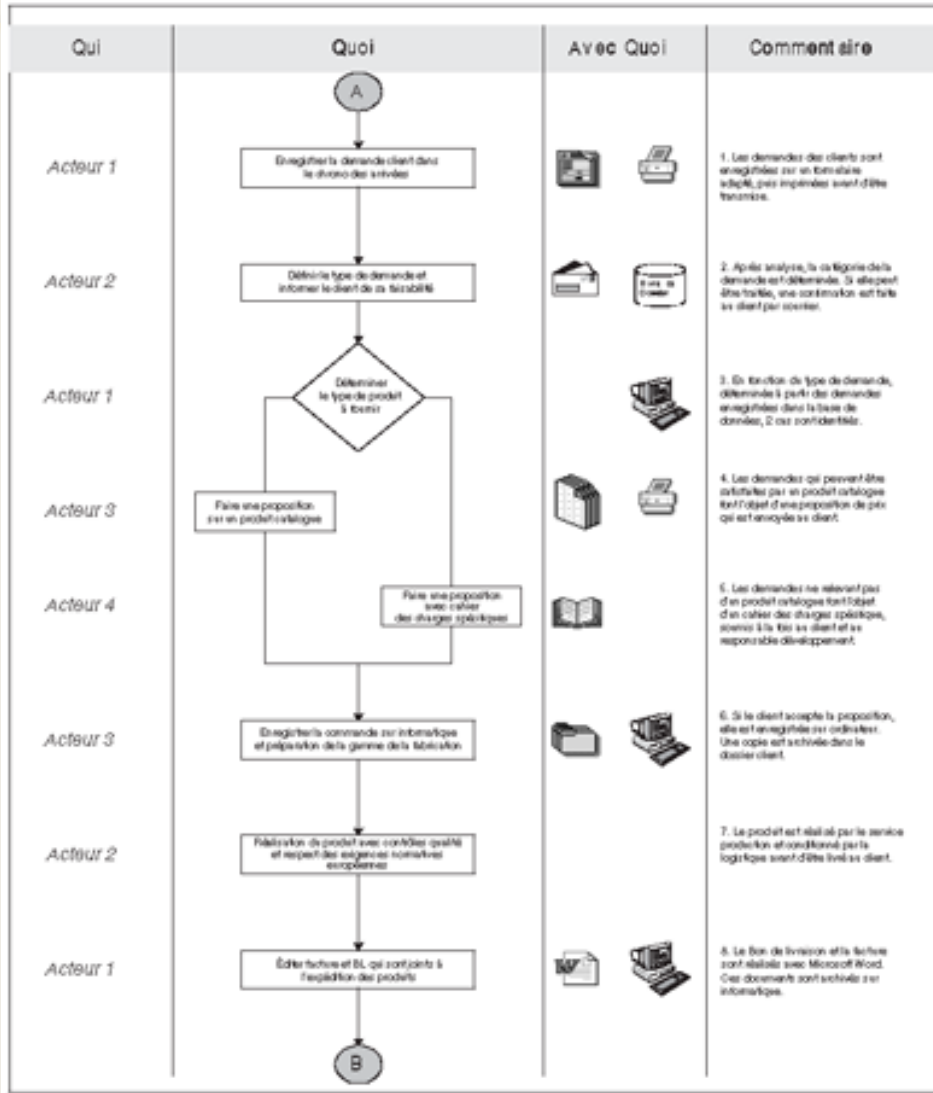
Pour la représentation graphique :

- Schéma général : vue d'ensemble du déroulement d'un processus
- Diagrammes fonctionnels permettant une analyse plus approfondie du processus car ils prennent en compte les activités réalisées (ce qui est fait, comment) et les entités qui interviennent (qui réalise chacune des tâches)



## Exemples





## Typologie des risques

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

- Risques stratégiques et financiers
- Risques liés à la santé et à la vulnérabilité des usagers (chute, dénutrition, troubles de l'humeur et du comportement,...).
- Risques logistiques (transport des usagers, cuisine et restauration, traitement du linge, hygiène et propreté, gestion des déchets,...).
- Risques liés au bâtiment et à l'environnement (risques liés aux ascenseurs, aux nuisances sonores, au réseau électrique, au risque incendie,...).
- Risques professionnels (troubles musculo-squelettiques, accident avec exposition au sang,...).
- Risques sociaux (grève, départ de personne-clé, fraude et faute, risque d'image,...)

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Une fois les risques identifiés, il convient de faire :

- une **évaluation qualitative** : recherche des causes et des effets
- Une **évaluation quantitative** : évaluation de la fréquence et la gravité



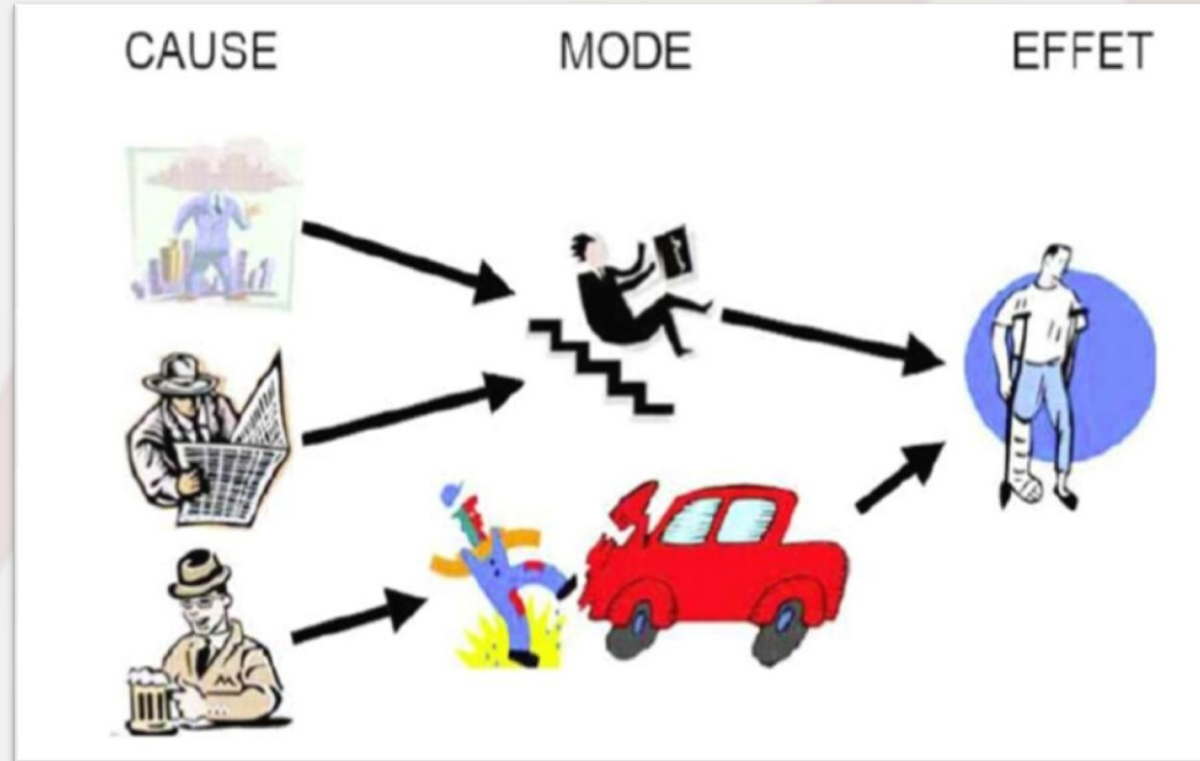
## Evaluation qualitative

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

- **Cause** : Pourquoi la défaillance apparaît
- **Mode de défaillance** : Comment le produit, le processus ou le moyen de production ne remplit plus sa fonction
- **Effet** : comment la défaillance se manifeste, dommages éventuels

## Evaluation qualitative

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience



## Evaluation qualitative

### Exemple 1 : processus relatif au projet personnalisé

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Processus	Risque / Mode de défaillance	Cause / Facteurs de risque	Effets produits / Dommages éventuels
Processus relatif au projet personnalisé	Défaut de prise en compte de la parole de l'utilisateur	Défaut de participation de la personne à son projet ..... Privilégier les attentes de la famille plutôt que de l'utilisateur	Difficultés de communications, conflits, insatisfactions, mal être, angoisses
	Défaut de prise en compte de la parole de la famille	Défaut de participation de la famille au projet de leur proche	
	Défaut de prise en compte et de mise en œuvre du projet	Défaut de formalisation du projet personnalisé ..... Défaut de diffusion du projet ..... Absence de désignation d'un référent ..... Absence d'objectifs et d'actions concrets	
	Défaut de réévaluation du projet	Absence d'objectifs et actions mesurables ..... Absence d'un temps formalisé pour la réévaluation des projets	

## Evaluation qualitative

Exemple 2 : processus relatif au circuit du médicament

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Processus	Mode de défaillance	Cause / Facteurs de risque	Effets produits
Circuit du médicament	Erreur prescription médicamenteuse	Méconnaissance du traitement Mauvaise qualité de rédaction Identification défailante Méconnaissance des pathologies Retranscription de la prescription Prescription orale non validée Erreur de durée de prescription Prescription hors livret thérapeutique Erreur de posologie	Médicament non adapté à la pathologie, iatrogénie





## Evaluation qualitative

Exemple 3 : risque de chute d'un bénéficiaire

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Risque	Mode de défaillance	Cause / Facteurs de risque	Effets produits
Risque de chute		..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	

## Evaluation quantitative

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Cette étape consiste à évaluer la **fréquence** (ou probabilité d'occurrence, vraisemblance) et la **gravité** pour établir leur **criticité** =  $F \times G$ .

## Evaluation quantitative

Reprenant la philosophie de la courbe de Farmer, un risque peut être représenté dans une matrice qui tient compte aussi bien de la gravité des conséquences des défaillances que de leur probabilité d'occurrence.

### Matrice de criticité :

		GRAVITE				
		Mineure	Significative	Majeure	Critique	Catastrophique
FREQUENCE	Sporadique	1	2	3	4	5
	Rare	2	4	6	8	10
	Occasionnel	3	6	9	12	15
	Fréquent	4	8	12	16	20
	Très fréquent	5	10	15	20	25

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

## Evaluation quantitative

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

### Les critères:

- Gravité : la gravité des effets
- Fréquence : la fréquence d'apparition des causes
- Etendue de la population concernée par le risque
- Indice de détection : la capacité de détection des défaillances (causes)
- Niveau de maîtrise : niveau de sécurité existant. Le critère maîtrise permet de tenir compte de la prévention ou de la protection déjà existante, ce qui réduit éventuellement la criticité.

## Evaluation quantitative

Les grilles de cotation :

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Catégorie de gravité de la défaillance →

		GRAVITE				G4 Majeure	Zone à éviter	Zone interdite					
		Mineure	Notable	Critique	Majeure		E = Extrême	H = Haute	M = Moyenne				
PROBABILITE	Fréquent	50%	60%	80%	100%	E	E = Extrême H = Haute M = Moyenne						
	Possible	40%	50%	60%	80%	H							
	Rare	20%	40%	50%		M							
	Extrêmement rare	0%	20%	40%									
RISQUE	<b>3</b>	Risque inacceptable (prioritaire)					Incidence ↑	Modérée	Élevée	Critique			
	<b>2</b>	Risque acceptable sous conditions (à diminuer)									Faible	Modérée	Élevée
	<b>1</b>	Risque acceptable (à surveiller)											
						Probabilité →							



## Evaluation quantitative

### Exemple 1: processus relatif au projet personnalisé

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Processus	Mode de défaillance	Causes	Effets	C		
				G	F	C
Processus relatif au projet personnalisé	Défaut de prise en compte de la parole de l'utilisateur	Défaut de participation de la personne à son projet	Difficultés de communications, conflits, insatisfactions, mal être, angoisses	4	4	16
		Privilégié les attentes de la famille plutôt que de l'utilisateur		3	3	9
	Défaut de prise en compte de la parole de la famille	Défaut de participation de la famille au projet de leur proche		2	2	4
		Défaut de formalisation du projet personnalisé		4	2	8
	Défaut de prise en compte et de mise en œuvre du projet	Défaut de diffusion du projet		3	3	9
		Absence de désignation d'un référent		2	3	6
		Absence d'objectifs et d'actions concrets		2	3	6
	Défaut de réévaluation du projet	Absence d'objectifs et actions mesurables		2	3	6
		Absence d'un temps formalisé pour la réévaluation des projets		3	2	6



## Evaluation quantitative

### Exemple 2: risque incendie

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Risque	Mode de défaillance	Causes	Effets	G	F	C
Risque incendie	Electrique	Surcharges électriques	Décès, Destruction des biens			
		Installations non réalisées dans les règles de l'art				
	Thermique	Appareils de chauffage d'appoint				
	Climatique	Impact de foudre				
	Chimique					

## Hiérarchiser les risques

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

**Les risques ainsi quantifiés peuvent être hiérarchisés.**

La note globale permet la hiérarchisation des défaillances les unes par rapport aux autres et on envisagera des mesures correctives en priorité pour les défaillances caractérisées par les notes globales les plus élevées.



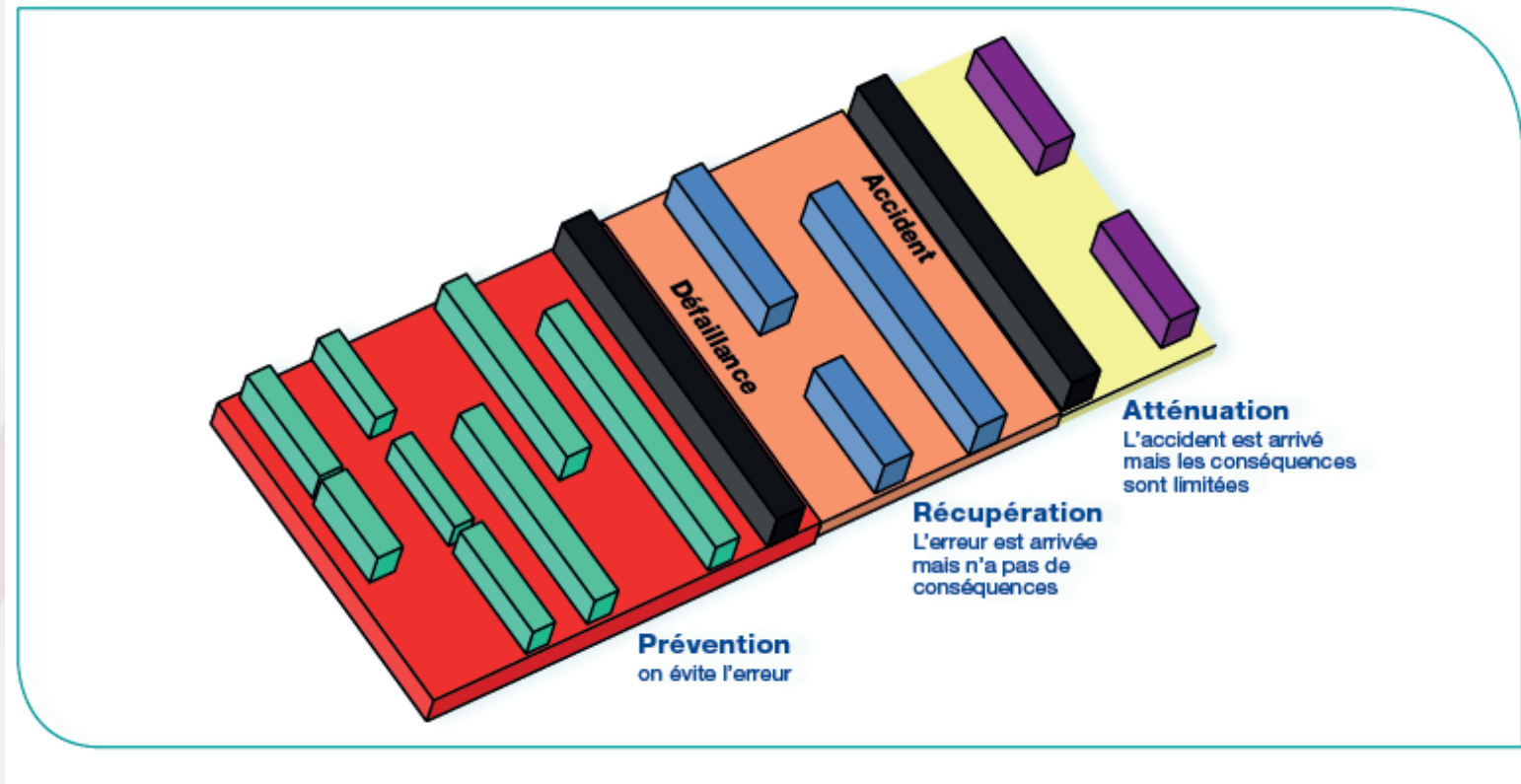
## Stratégies de gestion des risques

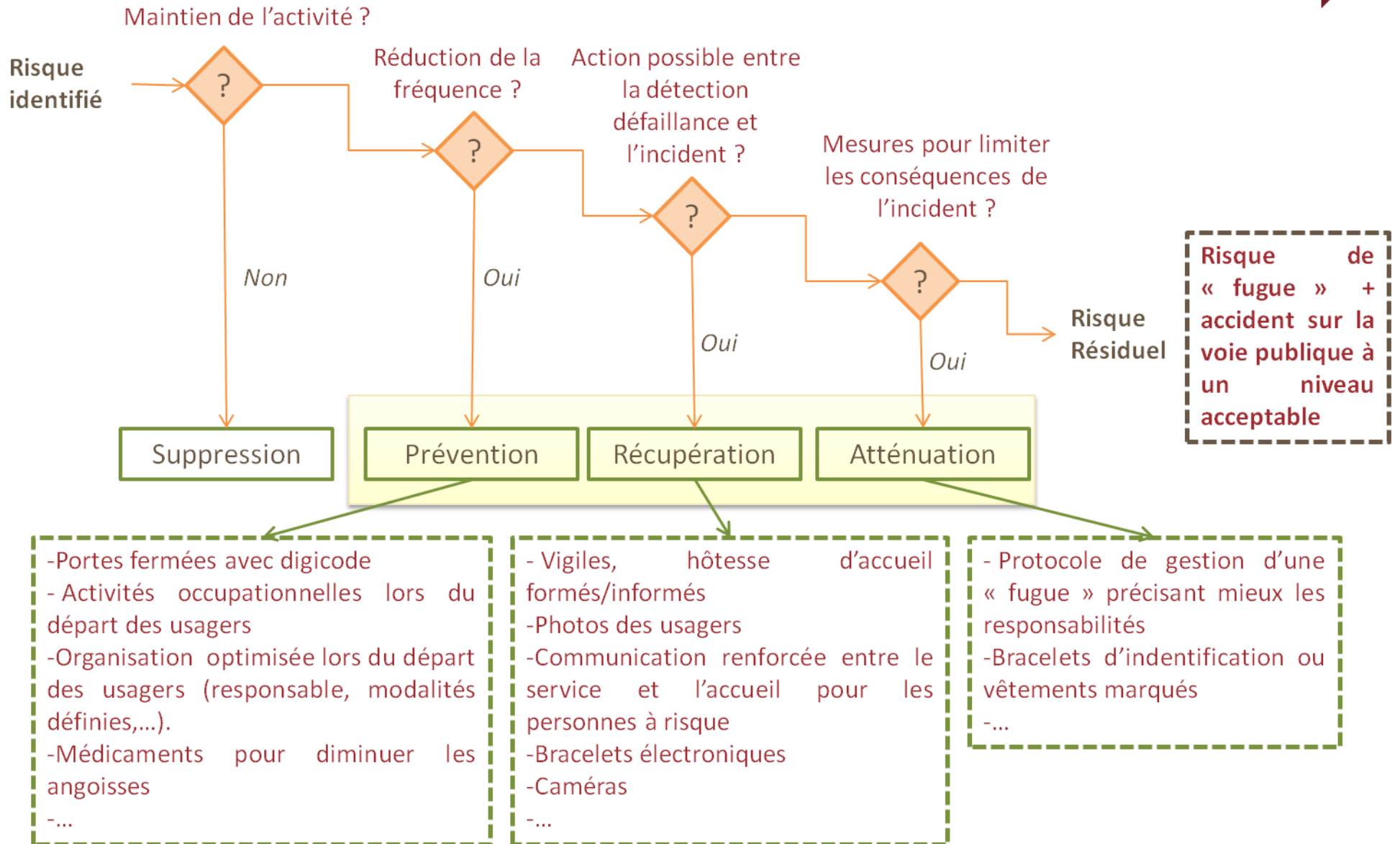
1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

- **La suppression du risque** : elle peut être obtenue soit par la suppression de l'activité, soit par la modification du procédé en éliminant les étapes porteuses de risque.
- **La prévention du risque** : elle a pour objectif d'éviter que ne se produisent les défaillances.
- **La récupération du risque** : la récupération correspond au dépistage et au traitement d'une défaillance entre le moment où elle se produit et la réalisation de l'événement redouté.
- **Protection ou atténuation des conséquences du risque** : Elle repose sur des actions dont la mise en œuvre atténue les conséquences d'un risque qu'il est impossible d'éviter. Cela suppose cependant d'identifier a priori ce risque. La fréquence d'apparition du risque n'est pas modifiée mais sa gravité est diminuée.

## Stratégies de gestion des risques

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience





1. Définir le

2. Identifier

3. Evaluer les

4. Réduire le

5. Retours d

- Portes fermées avec digicode
- Activités occupationnelles lors du départ des usagers
- Organisation optimisée lors du départ des usagers (responsable, modalités définies,...).
- Médicaments pour diminuer les angoisses
- ...

- Vigiles, hôtesse d'accueil formés/informés
- Photos des usagers
- Communication renforcée entre le service et l'accueil pour les personnes à risque
- Bracelets électroniques
- Caméras
- ...

- Protocole de gestion d'une « fugue » précisant mieux les responsabilités
- Bracelets d'indentification ou vêtements marqués
- ...

## Mesures de prévention existantes ou à proposer

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

- Recenser les moyens de détection ou mesures de prévention existants
- Rechercher des actions correctives et préventives pour les défauts retenus

Ce recensement peut se faire avec l'aide du diagramme d'Ishikawa.

## Mesures de prévention existantes ou à proposer

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

### Exemple 1: processus relatif au circuit du médicament

Processus	Mode de défaillance	Cause	Dommages éventuels	Mesures de prévention/atténuation	
				Existantes	A proposer
Circuit du médicament	Erreur prescription médicamenteuse	Méconnaissance du traitement du patient	Médicament non adapté à la pathologie, iatrogénie	Support de prescription unique et complet Informatisation	Sensibilisation et formation des prescripteurs
		Mauvaise qualité de rédaction			
		Identification défaillante			
		Méconnaissance des pathologies			
		Retranscription de la prescription			
		Prescription orale non validée			
		Erreur de durée de prescription			
		Prescription hors livret thérapeutique			
		Erreur de posologie			

## Mesures de prévention existantes ou à proposer

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

### Exemple 2: processus relatif à l'hygiène bucco-dentaire

Processus	Mode de défaillance	Cause	Dommages éventuels	Mesures de prévention/atténuation	
				Existantes	A proposer
Hygiène bucco-dentaire	Absence ou insuffisance des lavages de dents	Méconnaissance des bonnes pratiques	Infections, avulsions dentaires, Altération de la fonction masticatoire, Modification de l'alimentation pouvant aboutir à un phénomène de dénutrition	Existence d'un protocole hygiène bucco-dentaire	Intervention des chirurgiens dentistes conseils
		L'utilisateur n'a pas le matériel nécessaire (brosse à dent, dentifrice,...)			

## Plan d'actions

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

- La planification permet de savoir ce qui doit être fait, par qui et quand.
- La planification aide à déterminer ce qu'est une opération réussie

## Communiquer

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

### ● Pourquoi communiquer ?

- Pour diffuser des informations validées, des retours d'expériences, des résultats.... concernant les risques et leur évaluation
- Pour améliorer les connaissances sur les risques, faire prendre conscience de...
- Pour dédramatiser

### ● Par quels moyens ?

- Bilans d'activités lors de réunions d'information institutionnelles, journal interne, intranet, messagerie interne...



## Retours d'expérience

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

- Phase de mémorisation et de capitalisation très utile pour les futurs projets
- Analyse qualitative (ce qui a fonctionné / dysfonctionné, échoué, risques survenus, actions engagées, résultats obtenus..) voire quantitative (surcoûts / retards)
- Création d'une base de données statistique : Aide aux projets à venir !



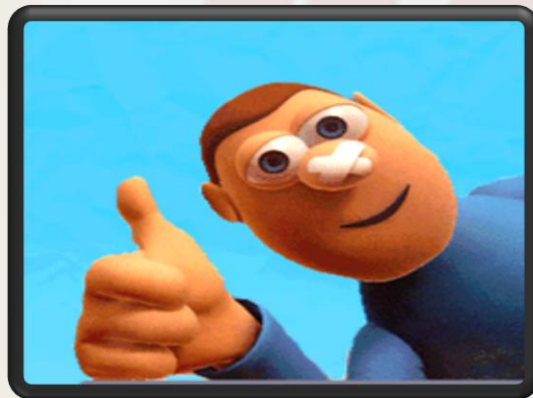
## BILAN

<b>1. Définir le périmètre de l'étude</b>	Elaboration de la note de cadrage de l'étude à l'aide du QQQQCP.
<b>2. Identifier les risques</b>	Cartographie des risques par processus ou par typologie des risques.
<b>3. Evaluer les risques</b>	Evaluation qualitative (modes de défaillances, causes et effet), évaluation quantitative (fréquence, gravité, criticité) et hiérarchisation des risques.
<b>4. Réduire les risques</b>	Choix de la stratégie de gestion des risques, définition des mesures de prévention existantes ou à mettre en place, plan d'action et communication.
<b>5. Retours d'expérience</b>	Analyse quantitative et qualitative de l'étude AMDEC.

# Gestion des risques à priori :

## ILLUSTRATION

DOCUMENT UNIQUE D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS  
(DU)



## RAPPEL REGLEMENTAIRE

- L'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé de son personnel sur la base des principes généraux de prévention parmi lesquels figure l'évaluation des risques.
- Il doit retranscrire les résultats de l'évaluation dans un document unique sous peine de sanctions financières.
- Des précisions sur le document unique (la forme, le fond) et sur la démarche générale d'évaluation des risques sont disponibles dans une circulaire.

## RAPPEL REGLEMENTAIRE

- Les instances représentatives du personnel (CHSCT et délégués du personnel) sont associées au processus de mise en œuvre de la démarche de prévention, tant au regard de l'évaluation des risques que de la préparation des actions de prévention.

# Illustration : le document unique

A thick yellow arrow that starts under the title and curves to the right, pointing towards the right edge of the slide.

## RAPPEL DE LA METHODE AMDEC

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

# Illustration : le document unique

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

- Choisir les personnes participantes et définir de leur rôle
- Lister les informations à rassembler
- Déterminer les outils à employer (structure du document unique matrice de criticité...)
- Réaliser le découpage de l'entreprise en **unités et postes de travail**. Le choix des unités de travail s'effectue au cas par cas. Il revient à chaque entreprise de procéder à un tel découpage selon son organisation, son activité, ses ressources et ses moyens techniques.
- Etablir la planification

# Illustration : le document unique

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

- Repérer et identifier les risques par unité de travail, en observant les tâches réellement effectuées aux différents postes de travail, en s'entretenant avec les personnes qui les occupent.
- Analyser les risques c'est étudier des conditions concrètes d'exposition des travailleurs à ces dangers ou à des facteurs de risque.

GESTION DES RISQUES REPERER ET IDENTIFIER LES RISQUES PAR UNITE DE TRAVAIL						
Unité de travail:		Date:				
Evalueur(s):						
Type de risque	Situation à risque	F	D	C	Commentaires	Actions
Lombalgie TMS	Mouvements sur le dos de sol d'une personne ayant chuté transport de personnes couchées manutention sur le manutention de charge TMS, manutention sur le branchement transport sur le déplacement de matériel roulant					
Travailleurs isolés	Travailleur isolé à travail sur table de mail					
Élévation	Travailleur sur le manutention de charge Travailleur sur le manutention des éléments de terre					
AIS	Accident d'exposition au sang					



1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

1. Risques de trébuchement, heurt ou autre perturbation du mouvement
2. Risque de chute de hauteur
3. Risques liés aux circulations internes de véhicules
4. Risques routiers en mission
5. Risques liés à la charge physique de travail
6. Risques liés à la manutention mécanique
7. Risques liés aux produits, aux émissions et aux déchets
8. Risques liés aux agents biologiques
9. Risques liés aux équipements de travail
10. Risques liés aux effondrements et aux chutes d'objets
11. Risques de nuisances liées au bruit
12. Risques liés aux ambiances thermiques
13. Risques d'incendie, d'explosion
14. Risques liés à l'électricité
15. Risques liés aux ambiances lumineuses
16. Risques liés aux rayonnements
17. Risques psychosociaux



# Illustration : le document unique

Pour identifier les risques la méthode des 5M (Main d'œuvre, Matériels, Méthodes, Matière, Milieu) vous est proposée :



## **MAIN D'ŒUVRE :**

par qui est réalisé le travail ? le salarié est-il apte ? date dernière visite médicale ? a-t-il l'âge requis (plus de 18 ans pour les travaux dangereux), formation à la conduite d'engins ? à la manipulation des produits phytos ?...



## **MATERIEL :**

avec quoi réalise t-on le travail ? machines outils utilisés, adaptés au travail, conformes ou utilisés en respectant les règles de sécurité (mise en conformité des machines fixes et mobiles), matériel adapté ou transformé, vérifié par des organismes vérificateurs agréés...



## **METHODES :**

comment s'effectue le travail ? organisation de travail, répartition des tâches, accueil du personnel temporaire ou saisonnier, organisé par qui et comment (livret d'accueil, visite de l'entreprise avec l'intérimaire pour le passage des consignes et information des zones ou machines à risques...), fiches des postes ou procédures à suivre ?...



## **MATERIAUX :**

quels matériaux ou produits sont utilisés ? s'agit-il d'un travail au contact de végétaux, d'animaux (possibilité de contracter des maladies...), de produits chimiques (risque d'intoxication, brûlure...) produits phytos...



## **MILIEU :**

quelle est la topographie du sol (parcelle pentue, glissante par temps de pluie, bâtiment couvert bétonné...), les bâtiments d'hébergement, les conditions climatiques, l'avancement et l'état des cultures, le niveau sonore, le climat social...

# Illustration : le document unique

Exemple : agent de service

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Poste de travail : Agent de service			
Phase de travail	Type de risque	Situation dangereuse	Dommmage
Entretien des locaux : nettoyage du sol	<u>Risques liés aux produits</u>	Utilisation de produits de nettoyage allergisants	Allergie Problèmes cutanés
Réfection des lits	<u>Risques liés à la charge physique de travail</u>	Réfection de lits bas	Troubles musculo-squelettiques
...	...	...	...

# Illustration : le document unique

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Poste de travail : Agent de service						
Phase de travail	Type de risque	Situation dangereuse	Dommmage	G	F	C
Entretien des locaux	<u>Risques liés aux produits</u>	Utilisation de produits de nettoyage allergisants	Allergie Problèmes cutanés			
Réfection des lits	<u>Risques liés à la charge physique de travail</u>	Réfection de lits bas	Troubles musculo-squelettiques (TMS)			

# Illustration : le document unique

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Unité de travail : Agent de service								
Phase de travail	Type de risque	Situation dangereuse	Dommage	G	F	C	Mesures	
							Existantes	A prévoir
Entretien des locaux	<u>Risques liés aux produits</u>	Utilisation de produits de nettoyage allergisants	Allergie Problèmes cutanés				Port de gants, Fiches produits	?
Réfection des lits	<u>Risques liés à la charge physique de travail</u>	Réfection de lits bas	TMS				Formation gestes et postures	?

**PLAN D' ACTIONS**



# Illustration : le document unique



Unité de travail :									
Phase de travail	Type de risque	Situation dangereuse	Dommage	G	F	C	Mesures		
							Existantes		

*Document unique : résultats de l'évaluation des risques professionnels* OUTIL MQS

Unité de travail :		Personnes rencontrées :								
		Évaluateurs :								
		Date de mise à jour :								
Poste de travail ou activité :		Personnel exposés :								
Identification et description des risques professionnels					Mogens de prévention			Cotation		
Description des phases de travail	Lieu	Type de risque	Description des situations dangereuses et des risques associés	Conséquences possibles / Dommages	Existant	E	Envisageables	G	F	C
Soins aux usagers	Chambres	Risques liés aux agents Biologiques	Exposition aux liquides biologiques	Contamination	Gants à usage unique, lavage de mains, spray désinfectant.	A		2	3	6
										0
										0
										0
										0
										0

# Illustration : le document unique

1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

Les retours d'expérience ont une double finalité :

- Un moyen d'identification pratique des dysfonctionnements et des solutions associées,
- Plus généralement, une source de connaissances, d'apprentissage et de formation.

# Illustration : le document unique



## BILAN

- ✓ Document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs obligatoire depuis 2001.
- ✓ Le document unique est élaboré avec l'aide de l'AMDEC (Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité).
- ✓ Il nécessite le découpage de l'établissement ou du service en unités et postes de travail.





## EXERCICE

**PRECISER LA  
METHODOLOGIE DE  
L'ELABORATION DE LA  
CARTOGRAPHIE DES  
RISQUES DANS VOTRE  
ETABLISSEMENT**

# EXERCICE



Quoi	Q	O	Q	C	P
Identifier les processus clés					
Définir les acteurs du processus et composition du groupe					
Recueillir la documentation relative au processus étudié					
Effectuer la représentation graphique (ou logigramme)					
Valider la représentation graphique					
Etablir un listing des dysfonctionnements					
Effectuer l'analyse détaillée, qualitative et quantitative					
Effectuer une représentation graphique des risques selon leur criticité					
Etablir un plan d'action					
Piloter et évaluer					



## EXERCICE

**RÉALISER LA  
CARTOGRAPHIE DES  
RISQUES DE LA SITUATION  
DISTRIBUEE**



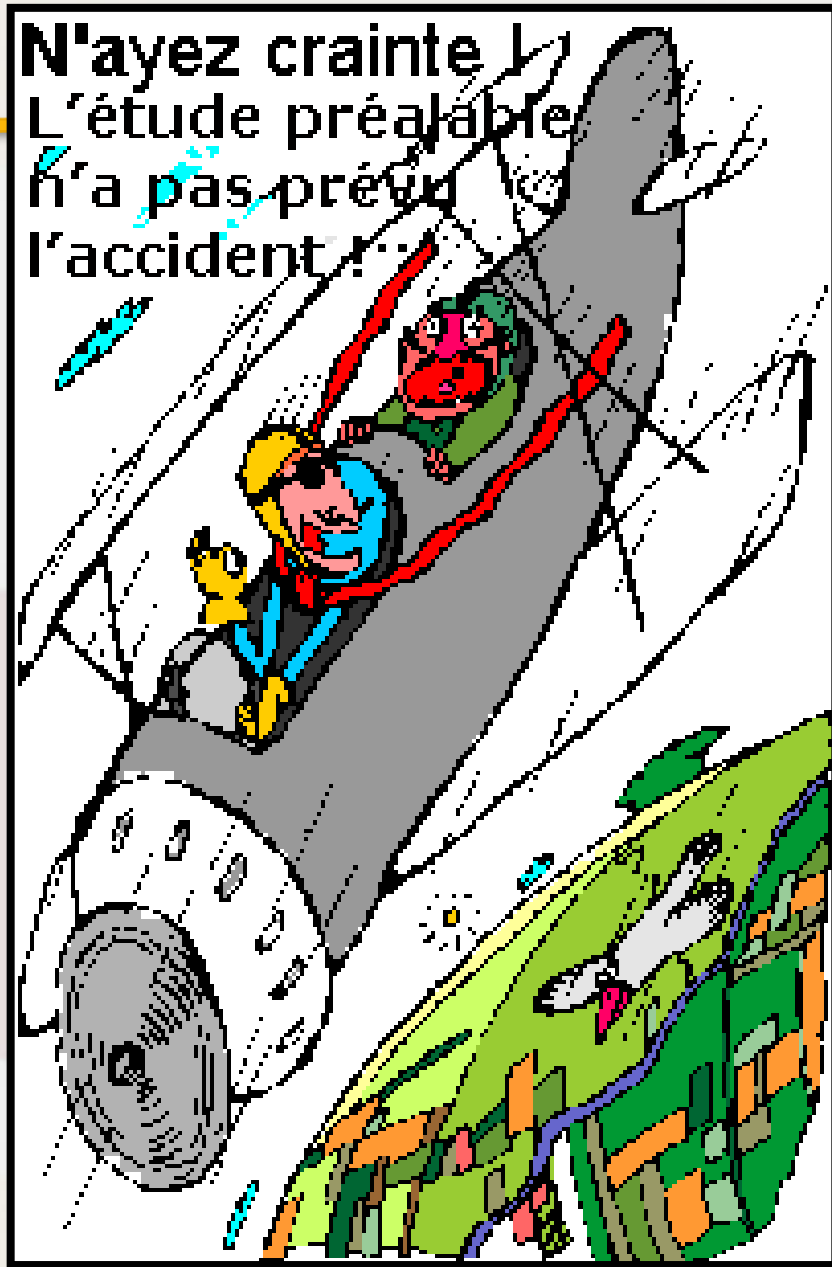
## La commande de votre direction :

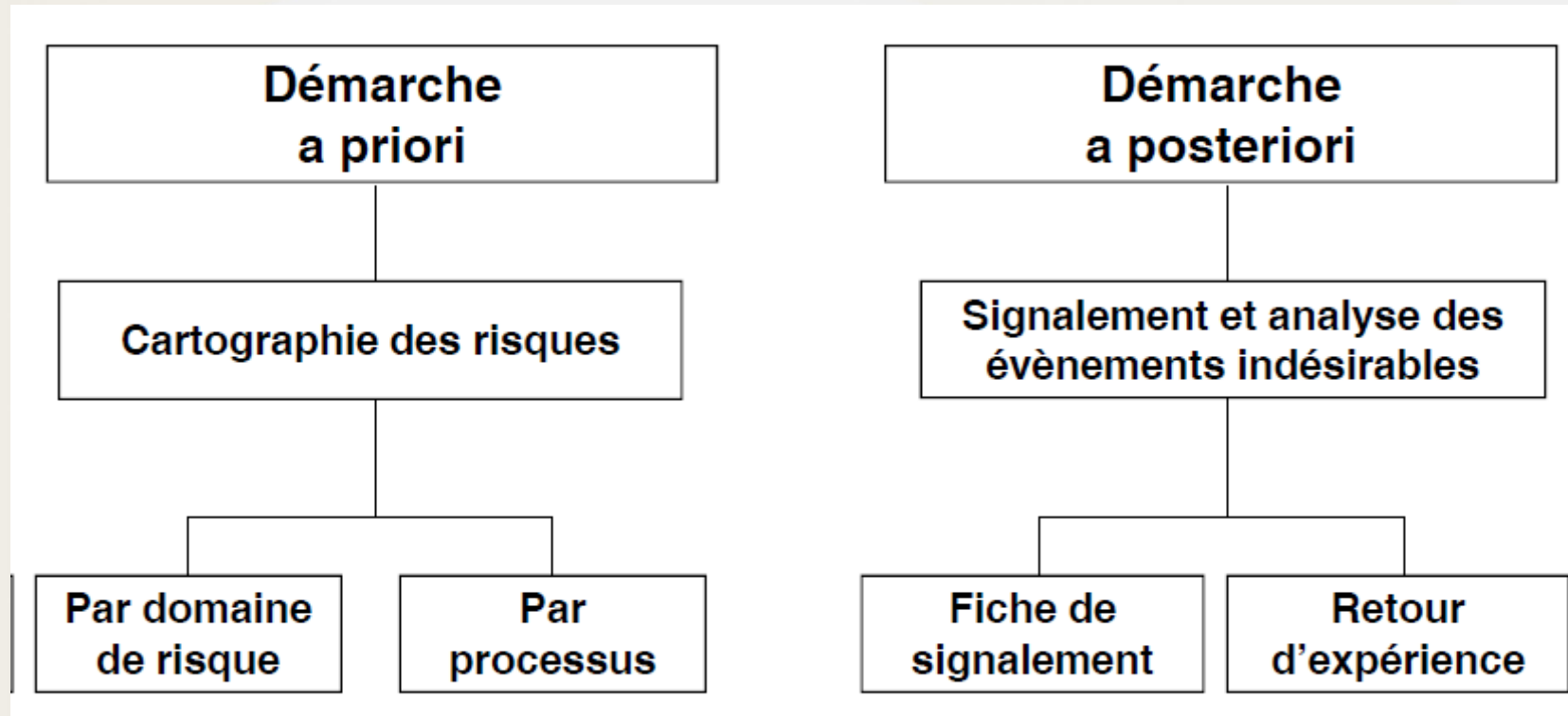
« Réaliser une cartographie du risque de maltraitance en prenant en compte le facteur de risque (défaillance) du non respect de l'intimité »



RISQUE	Mode de défaillance	Cause	Dommages éventuels	Criticité			Mesures de prévention/atténuation			
				F	G	C	Existantes	M	C'	A proposer
<b>Maltraitance</b>	Respect de l'intimité	Soins porte ouverte.								
		Soins en chambre double sans paravent/rideaux.								
		Absence de signalement de présence de la part des soignants.								
		Ne pas frapper et attendre l'accord de la personne avant d'entrer.								
		Déplacer ou jeter des objets personnels de la personne sans son autorisation.								
		Parler d'un usager en présence d'autres usagers.								







# III – La gestion des risques à posteriori

## 1. PRÉALABLE

## 2. LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES

- Remontée d'informations
- Analyse des causes
- Actions correctives et/ ou préventive
- Retour d'expérience
- Les pièges à éviter

## 2. ETUDE DE CAS



# Gestion des risques à posteriori

## Préalable

Il s'agit de prendre en compte des événements (incidents, accidents) qui témoignent de **l'existence de risque**. En l'absence de démarche de gestion des risques, les événements se produisent sans que l'institution en tire un **enseignement**.

# Gestion des risques à posteriori

## Préalable

Dans le secteur sanitaire :

La loi du 4 mars 2002 impose à tout professionnel ou établissement de santé, ayant constaté ou suspecté la survenue :

- d'un accident médical,
  - d'une affection iatrogène,
  - d'une infection nosocomiale,
  - d'un événement indésirable associé à un produit de santé
- d'en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente.

# Gestion des risques à posteriori

## Préalable

### Secteur social et médico-social :

- Accidents du travail
- Maladies à déclaration obligatoire
- Les événements exceptionnels et/ou à caractère exceptionnel (décès de personnes prises en charge, sinistres, maltraitance les plus graves,...), menaçant la santé ou la sécurité des personnes accueillies dans les établissements sociaux ou médico-sociaux

**ars**  
Agence Régionale de Santé Bretagne

**FICHE DE SIGNALLEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES**  
Ceci est réservé aux établissements du 1<sup>er</sup> degré (établissements de soins)

Agence Régionale de Santé Bretagne  
CENTRE OPERATIONNEL DE RECEPTION ET DE REGULATION DES SIGNAUX

Tout ce signalement, devant être communiqué à l'ARS, doit être transmis au Centre Opérationnel de Régulation des Signaux (COS) de l'ARS Bretagne.

**1. DECLARATION**

Date du signalement : \_\_\_\_\_  
 Heure du signalement : \_\_\_\_\_  
 Département concerné : \_\_\_\_\_  
 Type d'établissement concerné :  Etablissement de soins  Etablissement médico-social  
 Pôles (CIC, DVAIS, etc.) : \_\_\_\_\_  
 Identité de l'établissement concerné : \_\_\_\_\_  
 Mois du signalement : \_\_\_\_\_  
 Informations :  Evénement sensible  Demande d'appui  Autre  
 Si autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Nom et prénom du déclarant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**2. SITUATION**

**1. DESCRIPTION DE L'EVENEMENT**

Maltraitance - Actes de malveillance ou vols  
 Maltraitance - Négligence(s) grave(s) / récurrente(s) de la part de personnel  
 Maltraitance - Violence(s) physique(s) / récurrente(s)  
 Action(s) de violence(s) psychologique(s)  
 Conflit d'un plan  
 Décès consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge  
 Défaillance(s) technique(s)  
 Dispersion(s) / fugue(s)  
 Evénement(s) / incident(s) médicamenteux  
 Incident(s) / sinistre(s) au sein de l'établissement

**2. SITUATION**

208-14-434-1, 434-3 du code pénal  
 1, L. 331-1, L. 331-7, L. 331-8 du code de l'action sociale et  
 de la santé publique

Le Ministère délégué à la sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille

55 88 42

Messieurs les préfets de région  
 Directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales  
 Préfets  
 Directeurs départementales des affaires sanitaires et sociales  
 Directeurs départementales des affaires sociales et de la solidarité et de la santé  
 Directeurs de la santé et du développement social de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique (pour envoi)

DDAS/CA2007/112 du 22 mars 2007 relative au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance sociale et médico-sociale

Lutte au développement de la bientraitance et au contre la maltraitance

Inspection - comite - inspections professionnelles - intersectorielles d'organisations sociales et médico-sociales

Site de la santé publique

Le Centre Opérationnel de Régulation des Signaux (COS) de l'ARS Bretagne a pour mission d'être le point de contact unique pour les établissements sociaux et médico-sociaux et de leur fournir un service de régulation et de gestion des événements indésirables.

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

## Quels sont les éléments à identifier ? Qu'est-ce que je dois signaler ?

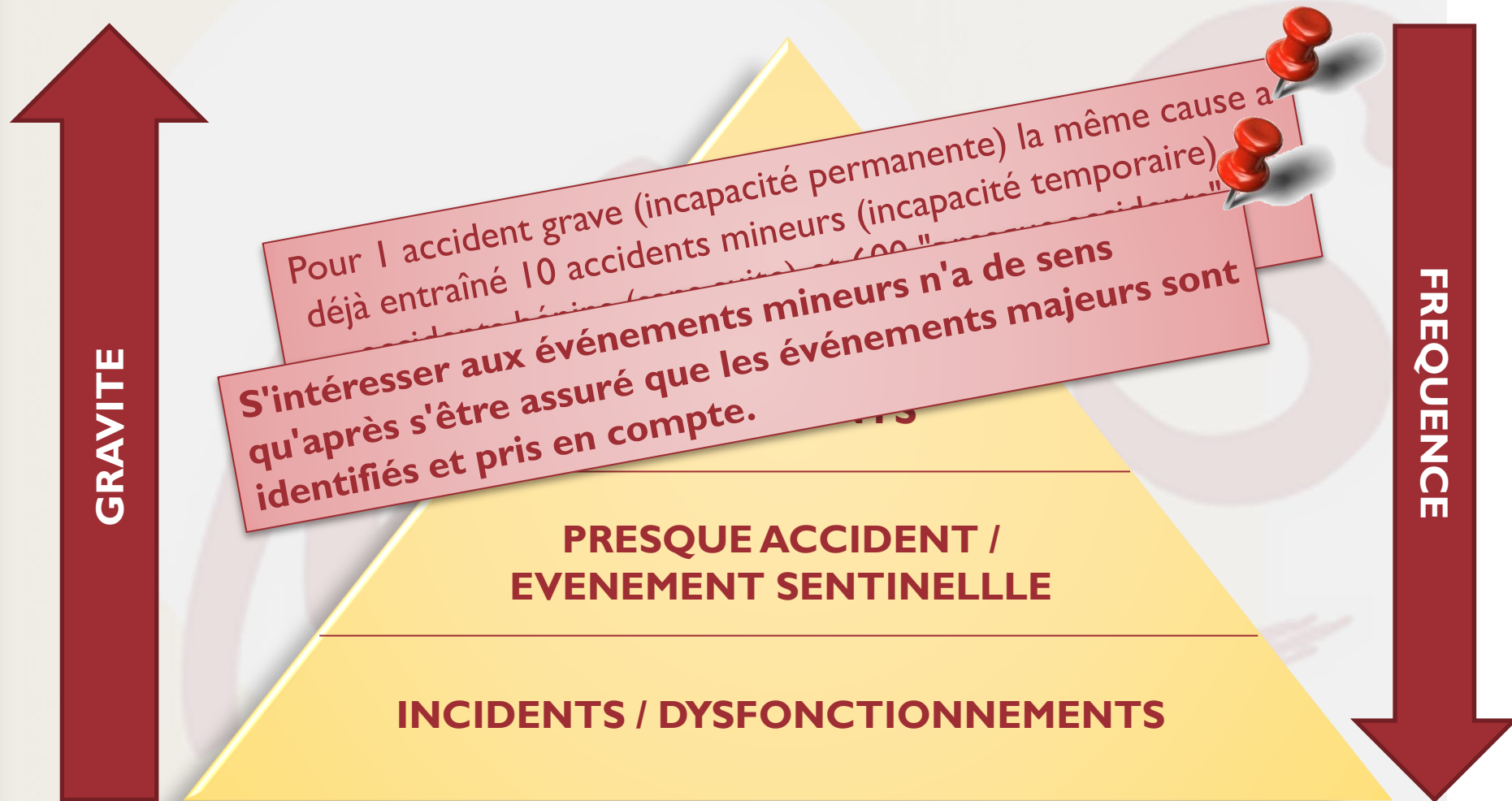
Plusieurs types d'événements sont donc à considérer dans le cadre de l'identification des risques *a posteriori*.

On représente souvent les différents événements indésirables sous la forme d'une pyramide. L'image de la pyramide est utilisée car elle permet :

- d'une part de visualiser la fréquence des événements : les anomalies sont plus fréquentes que les incidents, eux-mêmes plus fréquents que les accidents ;
- d'autre part de constater que les anomalies et incidents sont corrélés aux accidents. L'accident ne survient jamais de manière isolée sans anomalie ou incident dans le système.

# Gestion des risques à posteriori

## Gestion des événements indésirables



Source : ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, 2003.

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

## Pourquoi je signale ?

- Aider à la gestion de la situation
- Corriger les défaillances identifiées
- Diminuer la probabilité de récurrence
- Former et sensibiliser les professionnels
- Anticiper les plaintes potentielles

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

## Qui signale ?

Tout professionnel : acteur ou témoin d'un événement indésirable.

## Quand signaler ?

De préférence immédiatement, pour éviter l'oubli d'informations.

Mais aussi a posteriori, si un événement indésirable est reconnu rétrospectivement, ou s'il n'a pas fait jusque là l'objet d'une déclaration.

## Comment signaler ?

Via une fiche d'événements indésirables

1. Remontée d'informations
2. Analyse des causes
3. Actions correctives et/ ou préventive
4. Retour d'expérience

**ATTENTION** : La déclaration est un compte rendu des faits (sans interprétation) !



The image shows a stack of forms titled 'FICHE DE SIGNALLEMENT D'UN EVENEMENT INDESIRABLE'. The forms are partially filled out and have a red pushpin on them. The forms contain various fields for reporting an incident, including 'ETABLISSEMENT', 'PERSONNE DECLARANTE', 'NOM Prénom', 'Date', 'L'EVENTEMENT', 'TYPE D'INCIDENT', and 'CIRCONSTANCE ET DESCRIPTION DES FAITS'. There are also checkboxes for 'L'EVENTEMENT' (e.g., 'Un membre du personnel', 'Un médicament') and 'TYPE D'INCIDENT' (e.g., 'Médicament', 'Matériel', 'Pharmaco-vigilance', 'Risque infectieux', 'Sécurité des biens et des personnes', 'Équipement').





1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

X	En sciant une bûche, il s'est coupé au majeur de la main gauche.		Il n'a pas fait attention en travaillant et il s'est coupé.
	Madame DUPONT se plaint tout le temps de douleur.	X	Lorsque nous aidons Madame DUPONT pour sa toilette, elle se plaint de douleur au dos.
X	Mathieu est tombé sur le sol mouillé du couloir. Le panneau n'avait pas été mis.		Mathieu est tombé violemment. Jacqueline avait oublié de mettre le panneau dans le couloir.
	A 14h55, il a chuté en descendant l'escalier. Anne-Sophie l'a relevé et s'est assuré qu'il allait bien.		Cet après-midi, Jacques, aide-soignant, s'est fait mal dans les escaliers. Une personne est venue à son aide.

## Comment est traité le signalement ?

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

- La réalité de l'événement est vérifiée.
- La gravité et la probabilité de récurrence sont appréciées.
- Les événements de criticité élevée sont traités en priorité.

**Le traitement du signalement n'a pas pour vocation de trouver un(e) coupable !**

# Gestion des risques à posteriori

## Gestion des plaintes et réclamations

### La gestion des plaintes :

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

- S'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.
- Est un levier pour améliorer la prise en charge des usagers
- Représente une occasion de faire l'analyse de l'organisation de la chaîne de la prise en charge, afin d'en déceler les dysfonctionnements et d'apporter les actions correctives nécessaires.

# Gestion des risques à posteriori

## Gestion des plaintes et réclamations

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

Sont considérés comme plainte et réclamation :

- Toutes les formulations d'insatisfaction, les remarques, suggestions ou avis émis de façon spontanée, ou non, et ce quel qu'en soit le mode d'expression (écrit/oral).

ou

- Se limitent à ce qui est exprimé dans les courriers reçus par l'établissement.

# Gestion des risques à posteriori

## Gestion des plaintes et réclamations

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

Mode d'émission des plaintes et des réclamations	Exemples de supports de traçabilité
Par oral, dans les services	Tracé sur des FEI
Par téléphone (et/ou répondeur) À l'occasion d'un entretien avec l'encadrement	Compte-rendu systématique (nom du plaignant, date des faits, pôle(s) ou service(s) concerné(s), objet de la demande, suites à donner) consigné dans un registre des plaintes.
Par écrit (courrier)	Registre des plaintes
Par courrier électronique	Registre des plaintes
Par écrit, dans les rubriques libres des enquêtes de satisfaction	Registre des plaintes si explicitement par l'usage d'une plainte ou d'une réclamation

**FICHE DE COMMUNICATION**  
Vos remarques nous aident à progresser !

NOM : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Résident  Passant  Autre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Service concerné : \_\_\_\_\_  
 Les lieux  Les Moyens  
 Les lieux  Les sites

**VOUS SOUHAITEZ**

Faire part de votre satisfaction : avec vos associations à l'attention de vos services.  
 Déposer une réclamation : préciser l'objet et les circonstances (lieu, date, heure, personnes et matériel impliqués...)  
 Faire une suggestion : avec vos idées pour améliorer notre service, prévenir un problème...

**MODALITES DE REPONSE SOUHAITEES**

Téléphone  
 Mail  
 Courrier

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

Afin d'identifier les causes potentielles, différentes méthodes peuvent être appliquées, par exemple :

- Le **brainstorming**
- La méthode des 5 « Pourquoi »
- Le diagramme d'Ishikawa
- L'arbre des causes
- La méthode ALARM
- Le diagramme de Pareto

# Gestion des risques à posteriori

- La méthode des 5 P permet l'identification des causes racines d'un problème :

	Cause	Problème
POURQUOI	Les aliments sont décongelés.	<i>Pourquoi les aliments sont décongelés ?</i>
POURQUOI	La chambre froide n'a pas fonctionné du weekend.	<i>Pourquoi n'a-t-elle pas fonctionné ?</i>
POURQUOI	La chambre froide n'a pas été alimentée.	<i>Pourquoi n'a-t-elle pas été alimentée ?</i>
POURQUOI	Il n'y a pas de batterie de secours.	<i>Pourquoi n'y a-t-il pas de batterie de secours ?</i>
POURQUOI	Il n'y en avait pas de prévu lors de l'installation de la chambre froide.	



## EXERCICE

**APPLIQUER LA METHODE  
DES 5 P A LA SITUATION  
DISTRIBUÉE.**





## La situation...

Un résident est arrivé aujourd'hui, avec sa famille, ses bagages en main. Nous ne l'attendions pas !

Aucun professionnel n'est au courant d'une entrée : il n'en a pas été fait mention lors des transmissions d'équipe. Du coup, la chambre n'est pas prête !

Lors de la rencontre de pré-admission, Monsieur LE GWEN n'était pas encore convaincu. Pourtant le lendemain, il a rappelé l'établissement pour confirmer son arrivée pour jeudi. Lors de son appel, à 18h00, c'est un aide soignant qui décroche et lui promet de passer le message.

Cet aide soignant a été recruté il y a 5 jours et ne connaît pas encore les professionnels, leurs rôles et responsabilités. Il a déjà du mal à se repérer dans l'établissement !

Depuis son arrivée, on ne lui a pas fait visiter les locaux ni remis aucun document,...  
Bonjour l'intégration !

# Gestion des risques à posteriori



	Cause
POURQUOI	Le résident n'est pas attendu.
POURQUOI	Les professionnels n'ont pas été informés.
POURQUOI	La confirmation d'entrée n'a pas été transmise à l'encadrement.
POURQUOI	L'aide soignant qui a reçu l'appel ne connaît pas les professionnels, leurs rôles et responsabilités.
POURQUOI	Il ne lui a pas été remis de livret d'accueil comprenant l'organigramme.
POURQUOI	Ce document n'existe pas

Utilisé dans la résolution des problèmes, le diagramme d'Ishikawa (arrêtes de poisson ou 5 M) permet de structurer la recherche des causes (par brainstorming) en les classant par familles :

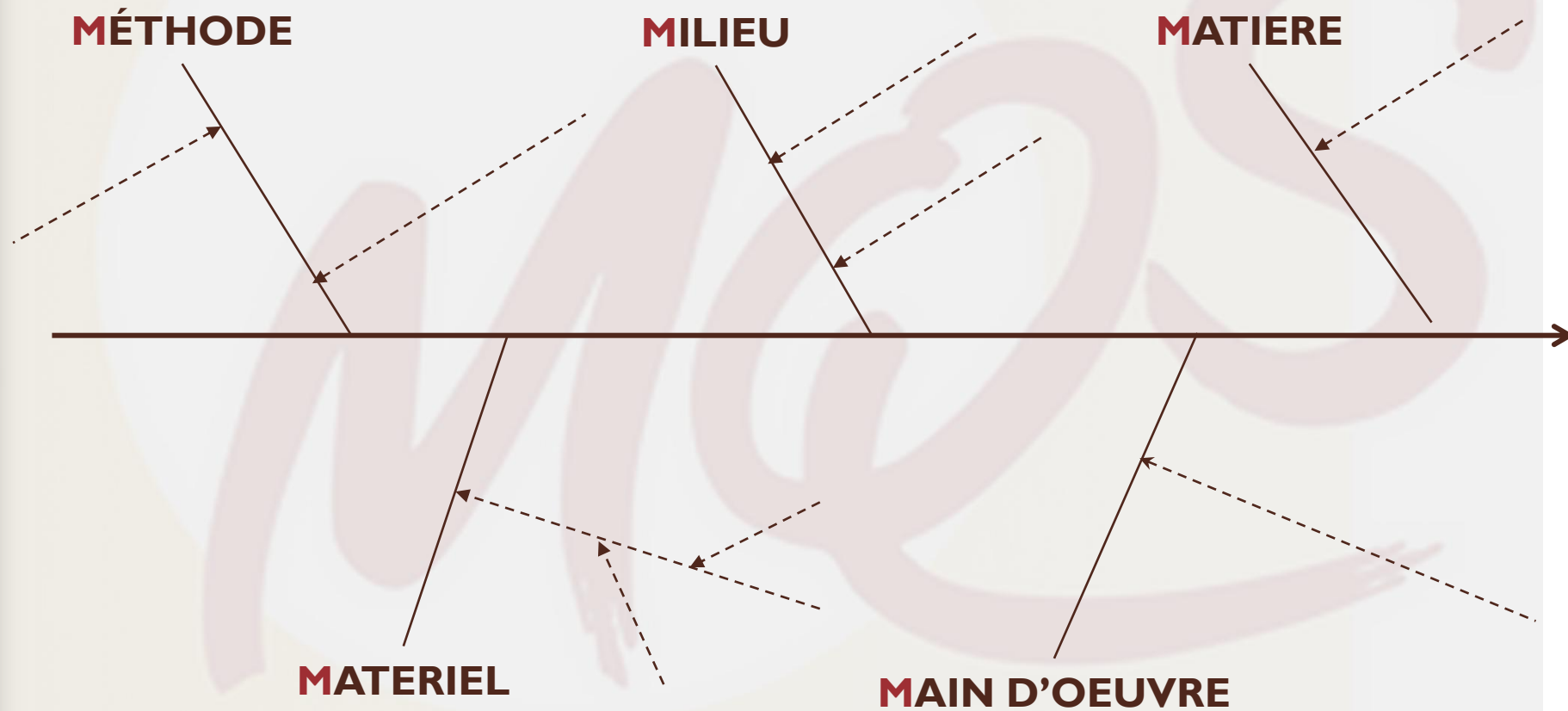
- **Main d'œuvre** : compétences, motivation, formation, absentéisme, expérience, ....
- **Matière** : matérielle ou immatérielle (information)
- **Méthode** : procédure de travail, instructions, manuels, modes opératoires utilisés, ....
- **Milieu (environnement)** : environnement physique, lumière, bruit, poussière, localisation, aménagement, température, législation, ....
- **Matériel (équipement)** : machine, outils, équipement, maintenance, locaux,... recense les causes qui ont pour origine les supports techniques et les produits utilisés.



## EXERCICE

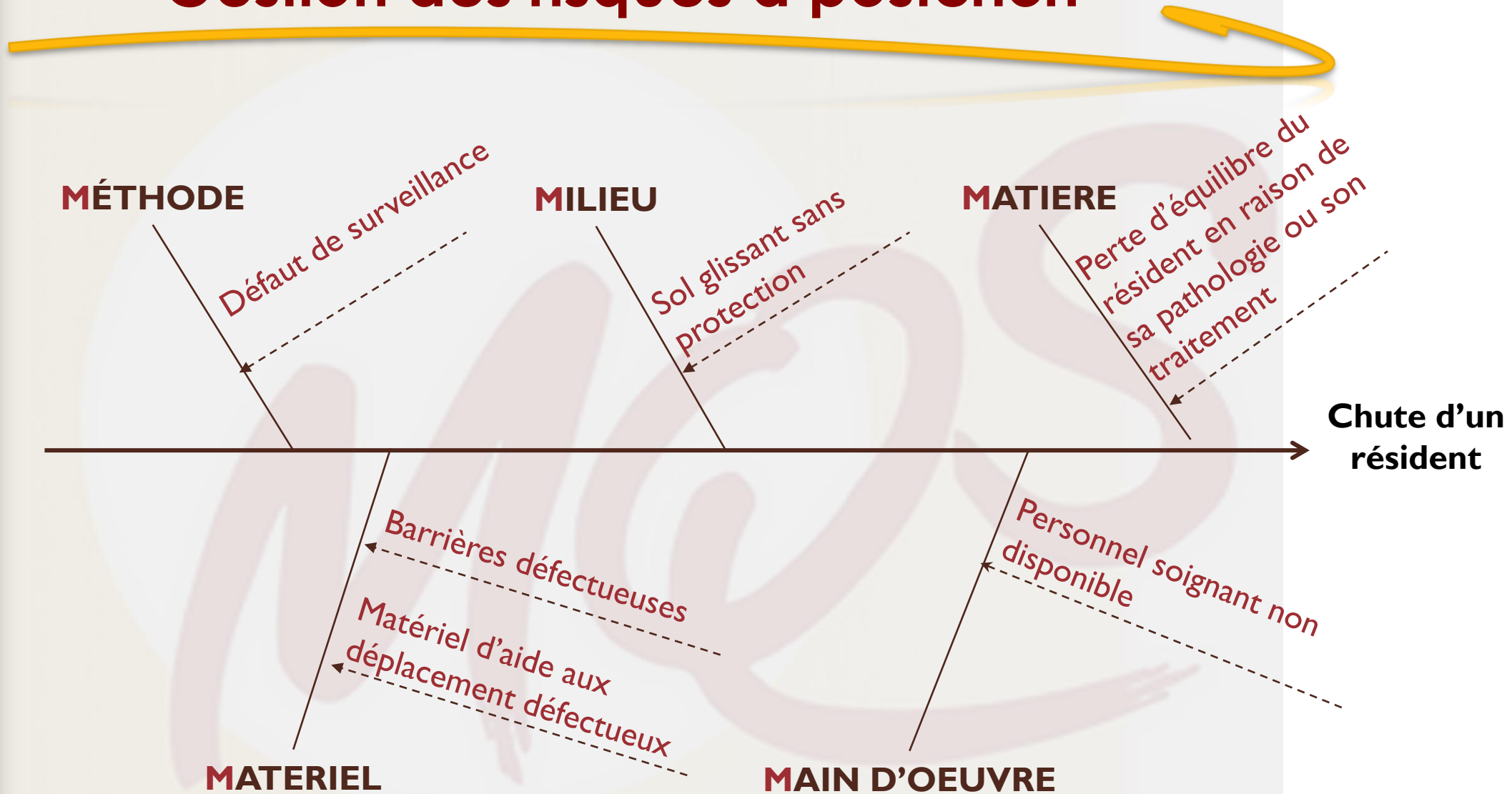
**RÉALISER LE DIAGRAMME  
D'ISHIKAWA SUITE A LA  
CHUTE D'UN RESIDENT  
DANS LE COULOIR APRES  
LE PASSAGE DE L'EQUIPE  
MENAGE.**

# Gestion des risques à posteriori



Dysfonctionnement  
Médicament non-absorbé

# Gestion des risques à posteriori



- L'arbre des causes est une représentation graphique de l'enchaînement logique des faits qui ont conduit à l'accident.
- L'arbre se construit à partir d'un questionnaire :
  - Qu'a-t-il fallu pour que le fait apparaisse ?
  - A-t-il été nécessaire à lui seul pour que le fait apparaisse ? Ou en d'autres termes, a-t-il fallu autre chose ?
- S'organise de façon rétrospective (de droite à gauche) avec pour point de départ le dommage.

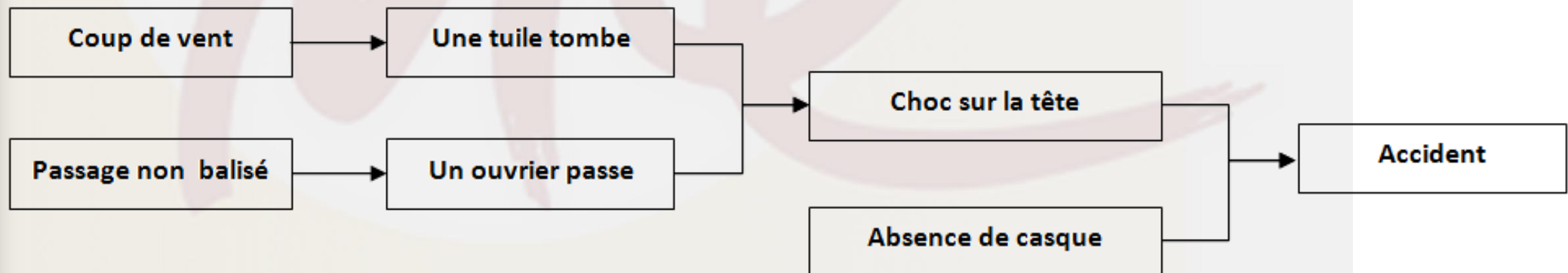


## Exemple

Mardi dernier, vers 15 h00 le vent s'est levé. Une tuile est tombée de la toiture de l'atelier sur la tête d'un ouvrier d'entretien ; il n'avait pas de casque et il est aujourd'hui gravement blessé.

*Après enquête :*

- La chute de la tuile est une anomalie.
- Le passage à cet endroit était interdit, mais non balisé.
- Le port du casque est obligatoire (infraction au règlement).







## EXERCICE

**RÉALISER UN ARBRE DES  
CAUSES À PARTIR DE LA  
SITUATION DISTRIBUÉE.**

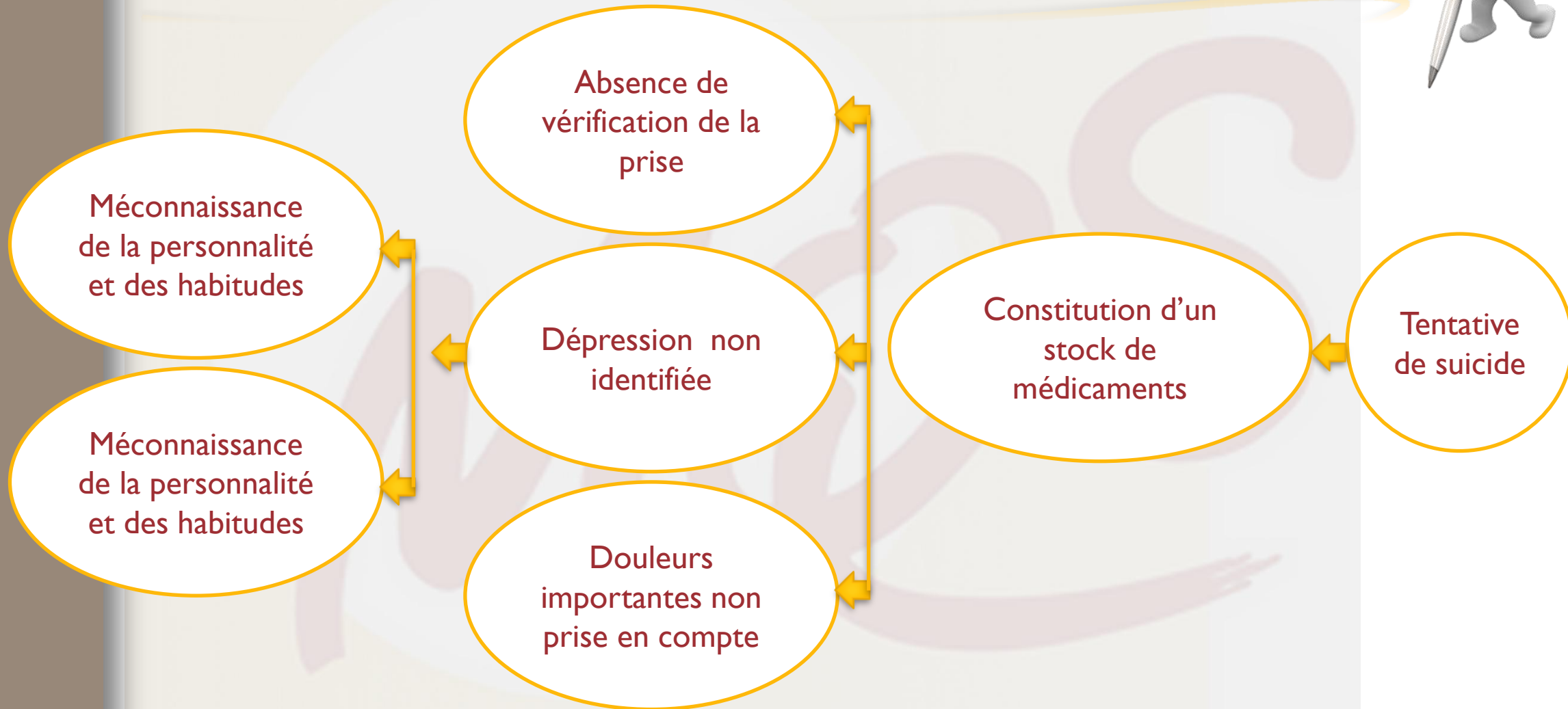


Madame JEAN se plaint quotidiennement de douleurs constantes. L'aide soignante qui se rend chaque jour chez elle décide d'évaluer sa douleur via une échelle et de la transmettre à son médecin traitant. Malgré cette information, Soizic, l'aide soignante constate que le traitement de Mme JEAN n'a pas changé.

Madame JEAN néglige l'entretien de son logement, elle qui est si attentive à la tenue de son intérieur. Quand Soizic aborde le sujet de ses enfants, elle, si prompte à en parler, s'en désintéresse.

Soizic, étonnée de ce changement de comportement, signe d'une dépression, choisie d'en informer son infirmière coordinatrice. Celle-ci se déplace au domicile de Madame JEAN quelques jours plus tard pour évaluer la situation. Toutefois, Mme JEAN voyant cette dame élégante qu'elle ne connaît pas venir lui rendre visite, décide de ne pas se plaindre de sa situation. L'IDEC estime par ailleurs que la maison de Mme JEAN est très bien tenue.

Mme JEAN fait pourtant quelques semaines plus tard une tentative de suicide en ingérant des médicaments qu'elle avait progressivement mis de côté, à l'insu de son intervenante à domicile.



## La méthode **ALARM** Association of litigation and risk management

- Méthode d'**identification** et de **classement** des facteurs contributifs liés au contexte institutionnel et organisationnel, à l'environnement de travail, à l'équipe, aux individus, aux tâches à effectuer, aux patients.
- Méthode construite à partir du modèle conceptuel décrit par **Reason**.
- Nécessite de reconstituer la **chronologie** des faits ayant conduit à l'événement (analyse factuelle) et, pour chaque défaut de soin identifié, une analyse des **facteurs** ayant favorisé sa survenue (analyse systémique).

## La méthode **ALARM** Association of litigation and risk management

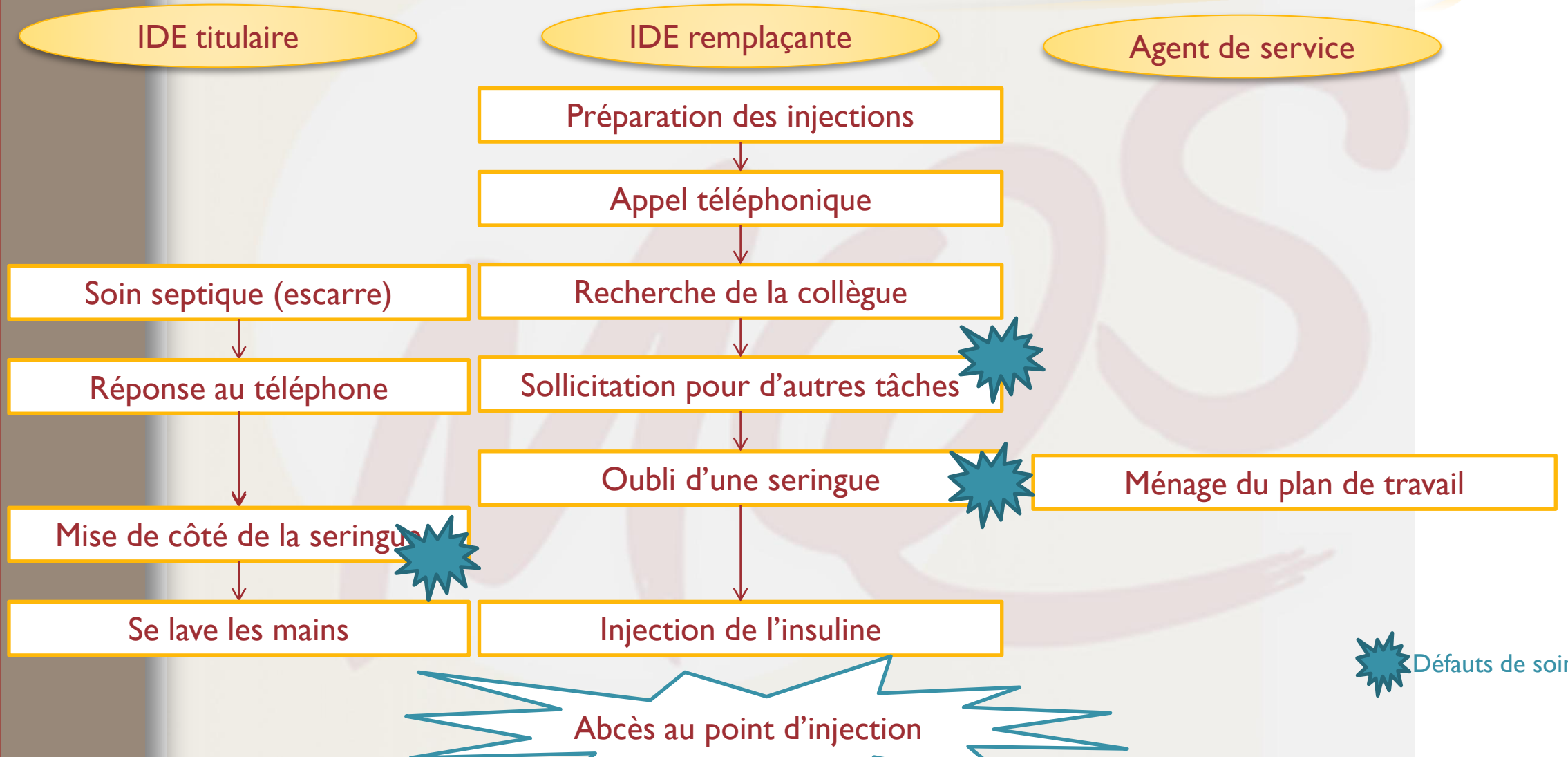
- Classement selon **7 catégories de facteurs** : liés au patient, aux individus, à la tâche au cours de laquelle survient le défaut de soin, au fonctionnement de l'équipe, à l'environnement de travail, à l'organisation et à l'encadrement, au fonctionnement de l'institution.
- La règle maîtresse est l'**anonymisation** des données (usager, professionnel,...).
- ALARM a l'avantage d'avoir été conçue spécifiquement pour le monde de la santé, contrairement à d'autres outils « Qualité » importés sans adaptation de l'industrie

## La situation...

A 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 d'un autre service 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**. 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.

# Gestion des risques à posteriori



★ Défauts de soins

Facteurs	Facteurs identifiés
Liés au patient	Sans objet
Liés au contexte individuel	Manque de connaissance du service par l’infirmière remplaçante
Liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oubli de la seringue sur le plan de travail,</li> <li>- absence de vérification de l’intégrité de la seringue préparée</li> <li>- utilisation de la seringue.</li> </ul>
Liés à l’équipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>-la délégation d’une tâche à risque à une infirmière remplaçante non formée,</li> <li>- l’absence de supervision de cette infirmière,</li> <li>- l’oubli du témoin de présence dans la chambre où se trouve l’infirmière habituelle,</li> <li>- l’attitude du médecin qui ne tient pas compte des tâches des infirmières,</li> <li>- l’absence de remarques à la femme de ménage et à l’infirmière habituelle sur le non – respect des règles d’hygiène.</li> </ul>
Liés à l’environnement et aux conditions de travail	Absence de calme pour préparer les médicaments.
Liés à l’organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvaise délégation des tâches</li> <li>- l’absence de l’encadrement lors de la prise de fonction de la remplaçante,</li> <li>- la charge de travail des infirmières qui sont chargées de remettre les dossiers aux secrétaires.</li> </ul>
Liés au contexte institutionnel	Aucun





## EXERCICE

**ANALYSER SELON LA  
METHODE ALARM LA  
SITUATION DISTRIBUÉE.**



## La situation...

« Voici une quinzaine de jours, une patiente âgée de plus de 80 ans résidant dans un service réservé aux personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer, dans une maison de retraite de Limoux (Aude), était décédée à l'hôpital de Carcassonne où elle avait été admise (*lire aussi notre édition du dimanche 22 décembre*).

Quelques heures auparavant, au sein de ce même établissement de santé limousin, elle avait été bousculée par un autre résident, âgé lui aussi de plus de 80 ans, atteint par la maladie d'Alzheimer et qui aurait agi sous l'emprise d'un coup de folie subit.

Transportée à l'hôpital de Carcassonne, la dame est donc décédée quelques heures plus tard après une opération. » *Source : [www.lindependant.fr/](http://www.lindependant.fr/)*

Après lecture du dossier des résidents concernés et un entretien avec les professionnels présents, vous constatez que le traitement du monsieur avait été revu 3 jours auparavant. Malgré des signes précurseurs indiqués dans les transmissions, le psychiatre qui suit le monsieur n'a pas été alerté.



# Gestion des risques à posteriori

Facteurs	Facteurs identifiés	Identification des actions correctives et préventives
Liés aux tâches à accomplir		
Liés au contexte individuel (personnel)		
Liés à l'environnement et aux conditions de travail		
Liés à l'équipe		
Liés à l'organisation		
Liés au contexte institutionnel		
Liés au patient		



## La situation...

« L'alerte a été donnée peu avant 14 heures ce jeudi, résidence du Val Joli, et qui abrite le foyer de vie au jour le jour, structure accueillant des adultes handicapés. Le feu s'est déclaré dans un local de rangement situé dans les cuisines de l'établissement.

Ce départ de feu a occasionné des émanations de fumées toxiques, nécessitant l'évacuation urgente des 11 résidents présents au moment où l'alerte a été donnée par l'un des membres du personnel. Une personne âgée a été légèrement incommodée par les fumées.

Très rapidement sur les lieux, les pompiers, au nombre d'une quinzaine, avec l'appoint de quatre véhicules d'intervention sont parvenus à circonscrire l'incendie. Les hommes du feu ont ensuite procédé aux opérations de dégarnissage et de ventilation du foyer de vie. » Source : <http://www.sudouest.fr/>



# Gestion des risques à posteriori

Facteurs	Facteurs identifiés	Identification des actions correctives et préventives
Liés aux tâches à accomplir		
Liés au contexte individuel (personnel)		
Liés à l'environnement et aux conditions de travail		
Liés à l'équipe		
Liés à l'organisation		
Liés au contexte institutionnel		
Liés au patient		



## La situation...

Une chute d'un bénéficiaire, porteur d'une prothèse de hanche, a été constaté. Celle-ci a eu pour conséquence une hospitalisation rapide de la personne.

Selon les personnes présentes, son fauteuil se serait effondré en se rompant par son axe.

# Gestion des risques à posteriori

Facteurs	Facteurs identifiés	Identification des actions correctives et préventives
Liés aux tâches à accomplir		
Liés au contexte individuel (personnel)		
Liés à l'environnement et aux conditions de travail		
Liés à l'équipe		
Liés à l'organisation		
Liés au contexte institutionnel		
Liés au patient		

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

L'analyse des causes est une exploitation qualitative permettant de déceler les causes ou déceler l'origine d'une plainte ou réclamation.

Elle se combine à une exploitation statistique visant à dégager les principaux dysfonctionnement ou sources d'insatisfaction.

Ces deux types d'exploitation sont complémentaires. Quel que soit le mode d'entrée choisi, il doit s'intégrer dans une démarche d'ensemble, où s'articulent gestion des réclamations, gestion des risques et démarche qualité.



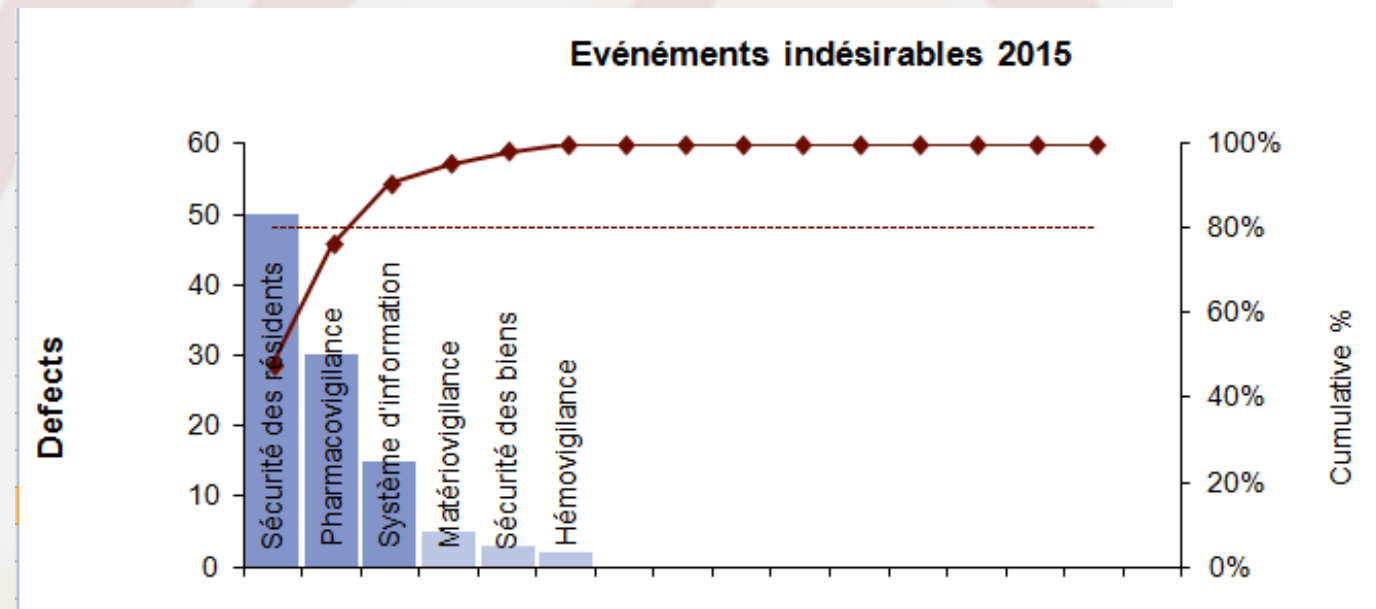
Pareto part du principe que **20% des causes** produisent **80% des effets**.

Le diagramme est élaboré en plusieurs étapes :

- Lister les problèmes ou causes
- Quantifier l'importance de chacun
- Déterminer le pourcentage de chacun par rapport au total
- Définir les % cumulés
- Classer ces pourcentages par valeurs décroissantes
- Représenter graphiquement le diagramme
  - Les barres représentent les valeurs en %
  - La courbe représente les valeurs en % cumulés

# Gestion des risques à posteriori

Causes	Nombre	Cumulative%
Sécurité des résidents	50	47,6%
Pharmacovigilance	30	76,2%
Système d'information	15	90,5%
Matéiovigilance	5	95,2%
Sécurité des biens	3	98,1%
Hémovigilance	2	100,0%



Application pour réaliser une représentation graphique :  
<http://pareto.diagram.perso.sfr.fr/applications-pareto-excel.php>

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

- **Action curative (ou de correction)** : action visant à éliminer une non-conformité détectée. En d'autres termes, il s'agit de corriger, de « soigner » un problème rencontré et ses effets.
- **Action corrective** : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité ou d'une autre situation détectée.
- **Action préventive** : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une situation potentiellement indésirable. L'action préventive est entreprise pour empêcher l'occurrence alors que l'action corrective est entreprise pour empêcher la réapparition.

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

	Action curative	Action corrective	Action préventive
Je souffre de maux de tête tous les soirs vers 21 heures	Je prends du paracétamol pour soulager la douleur.	Je mange plus tôt (la faim pouvant entraîner des maux de tête) et/ou je porte plus régulièrement mes lunettes de vue (forcer sur ses yeux peut également entraîner des maux de tête)	J'améliore mon hygiène de vie (alimentation équilibrée, activités sportives,...).  Je fais un bilan général chez mon médecin.

1. Remontée d'informations
2. Analyse des causes
3. Actions correctives et/ ou préventive
4. Retour d'expérience

	Action curative	Action corrective	Action préventive
Médicaments périmés dans l'infirmierie.	Jeter les médicaments périmés.	Mettre en place une procédure de gestion des stocks en incluant le contrôle périodique des produits	Signer une convention avec une officine.  Former les infirmiers à la sécurité du circuit du médicament.



1. Remontée d'informations
2. Analyse des causes
3. Actions correctives et/ ou préventive
4. Retour d'expérience

	Action curative	Action corrective	Action préventive
Départ de feu dans les cuisines			

## Réunion mensuelle permettant :

- d'analyser les événements
- de connaître les mesures correctives prises par les responsables de service
- de décider des actions correctives à mettre en place avec les différents acteurs concernés

## Communication :

- diffusion d'un tableau de bord mensuel et du compte rendu des réunions mensuelles aux cadres des unités et aux responsables de service pour qu'ils puissent transmettre l'information à leur équipe.
- diffusion du tableau récapitulatif sur intranet de l'établissement

1. Remontée d'informations

2. Analyse des causes

3. Actions correctives et/ ou préventive

4. Retour d'expérience

## Quelques pièges à éviter...

- S'arrêter à la première « histoire », à l'erreur évidente, au non respect d'une règle
- Réaliser l'analyse sans disposer d'une chronologie précise des faits
- Chercher un coupable, des responsables, juger ceux qui ont fait des erreurs et les mettre en cause personnellement
- Ne pas prendre de décision de prévention à l'issue de l'analyse ou rechercher des solutions trop hâtivement
- Focaliser sur des problèmes particuliers et rares







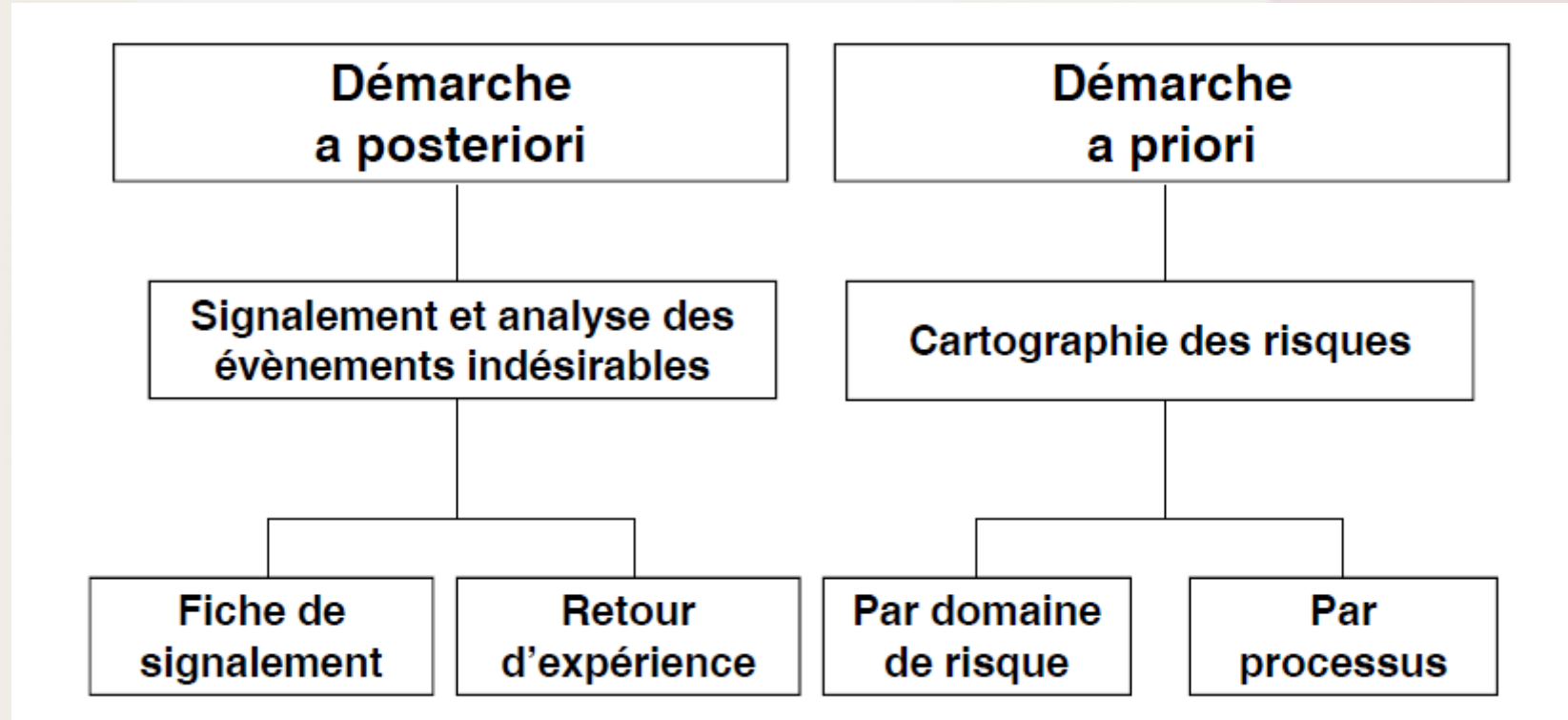
## ETUDE DE CAS

**Décrire la méthodologie et les outils utilisés pour l'évaluation qualitative et quantitative des fiches d'événements indésirables**



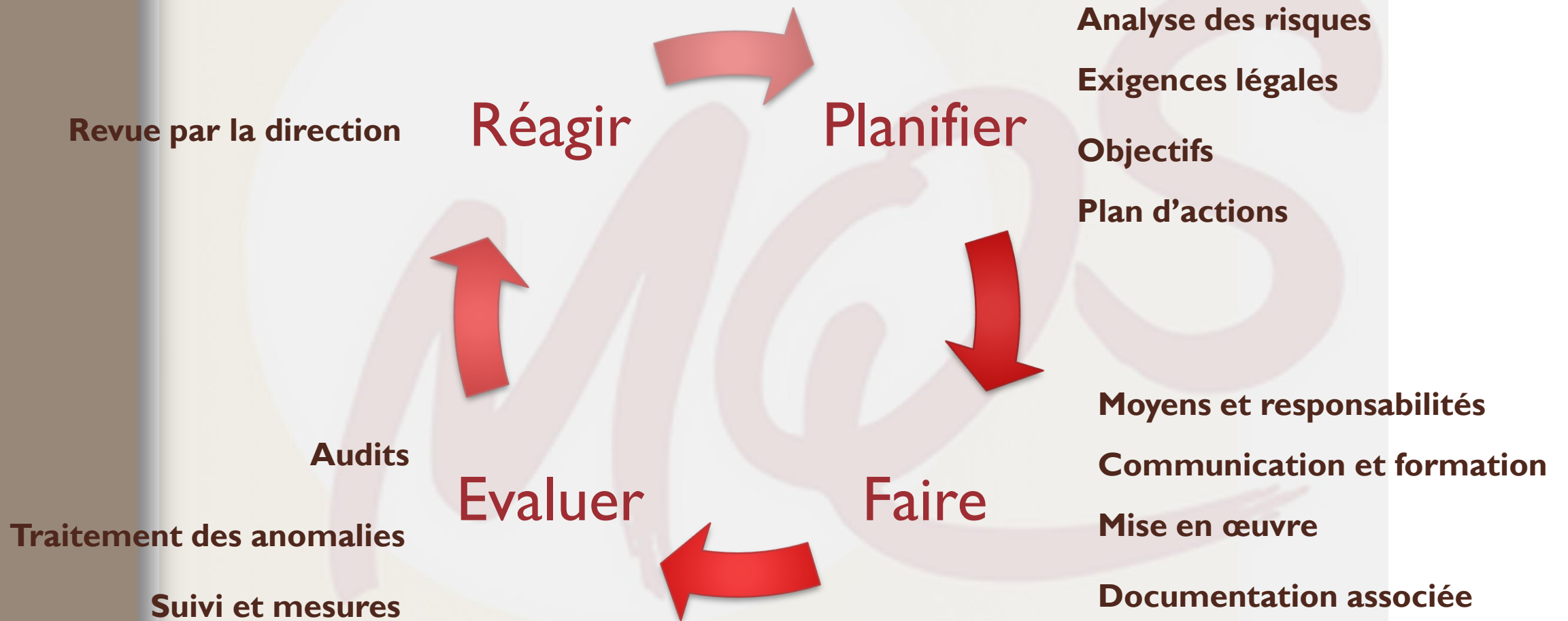
# CONCLUSION





# Roue de Deming

Appliquée à la gestion des risques



# Gestion des risques : Rôle du référent qualité

## La mission

Mobiliser les acteurs du pôle autour de la démarche de gestion des risques pour tendre vers la « sûreté » de prise en charge des usagers et les conditions de travail pour les professionnels.

## Les démarches

- en analyse de risque *a priori*
  - veiller à l'identification des risques a priori lors de la mise en œuvre de nouveaux processus de prise en charge,
  - sécuriser les processus existants de prise en charge de usagers pour les activités sensibles.
- en analyse de risque *a posteriori*
  - recueillir des événements indésirables, s'assurer de l'analyse des causes, de la définition et de la validation du plan d'actions, puis de sa mise en œuvre et de l'évaluation des résultats.

PEDAGOGUE

ANIMATEUR

METHODO.

FEDERATEUR

COORDONNATEUR

**MERCI À TOUS  
POUR VOTRE ATTENTION**



# ANNEXES

1. Les dispositifs de vigilance
2. Roue de Deming appliquée à la gestion des risques
3. Le diagramme d'Ishikawa
4. Le modèle de Reason
5. La courbe de Farmer
6. Les matrices de criticité
7. La pyramide de Bird
8. Fiches-actions
9. Le diagramme de Gantt



## Dispositifs de vigilance



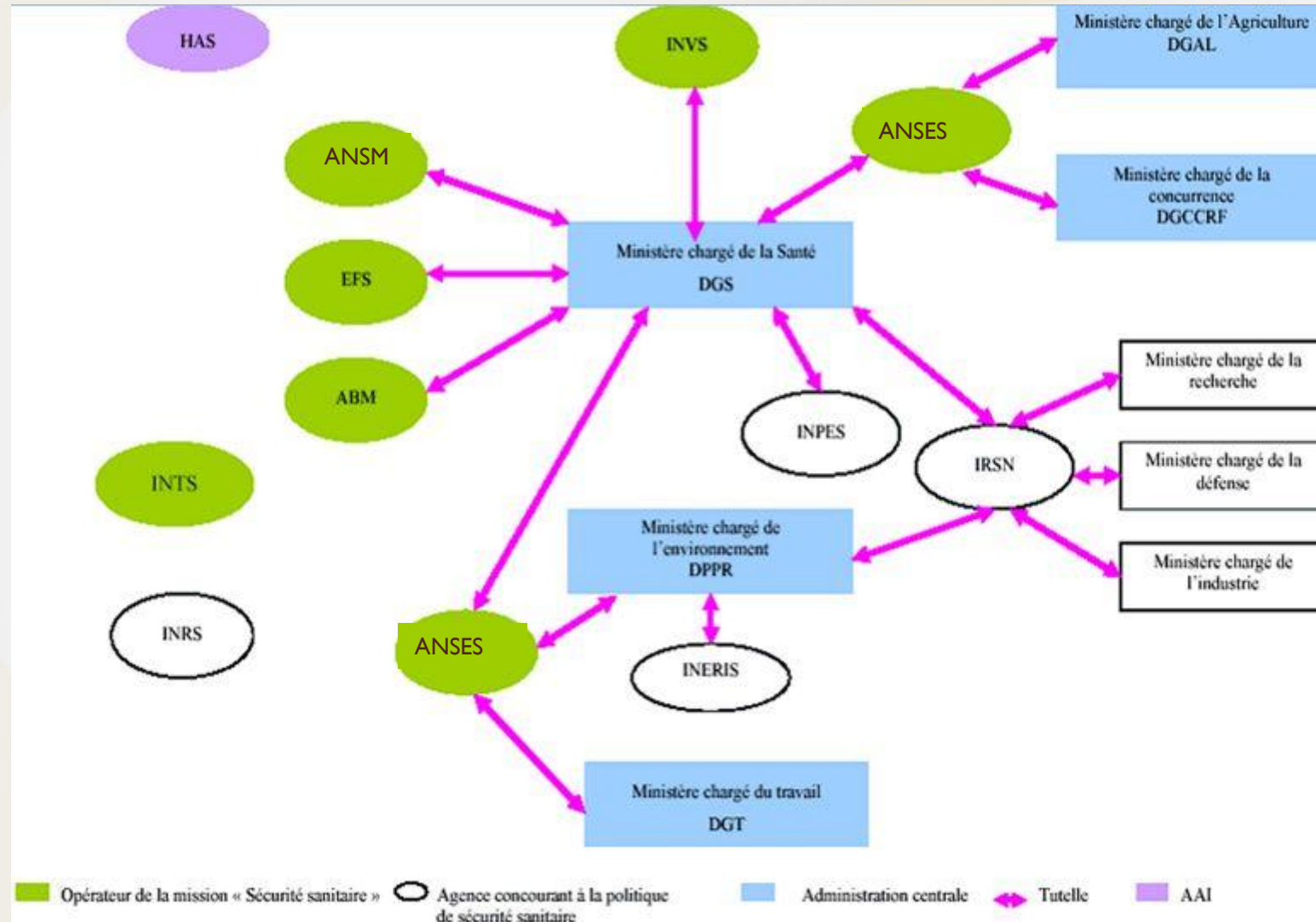
Agence nationale de sécurité  
sanitaire de l'alimentation, de  
l'environnement et du travail



INSTITUT  
DE VEILLE SANITAIRE

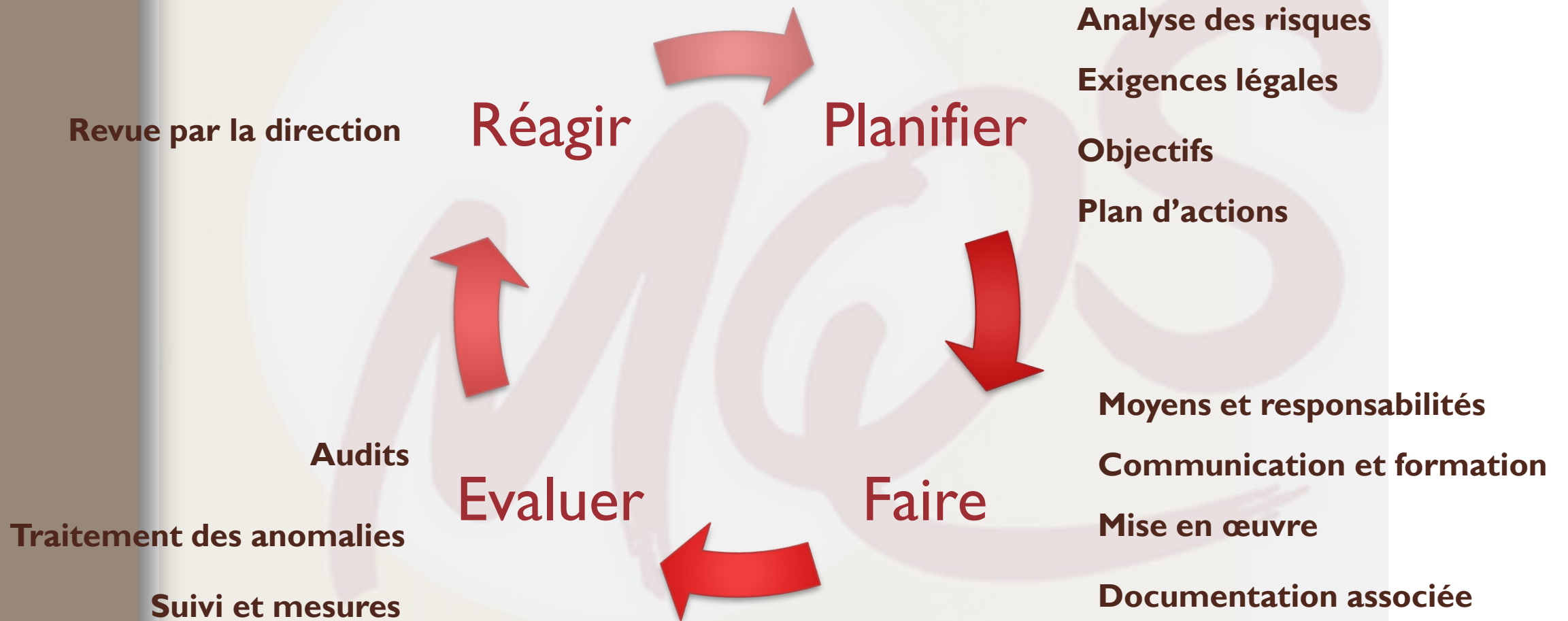


Agence nationale de sécurité  
du médicament et des  
produits de santé.

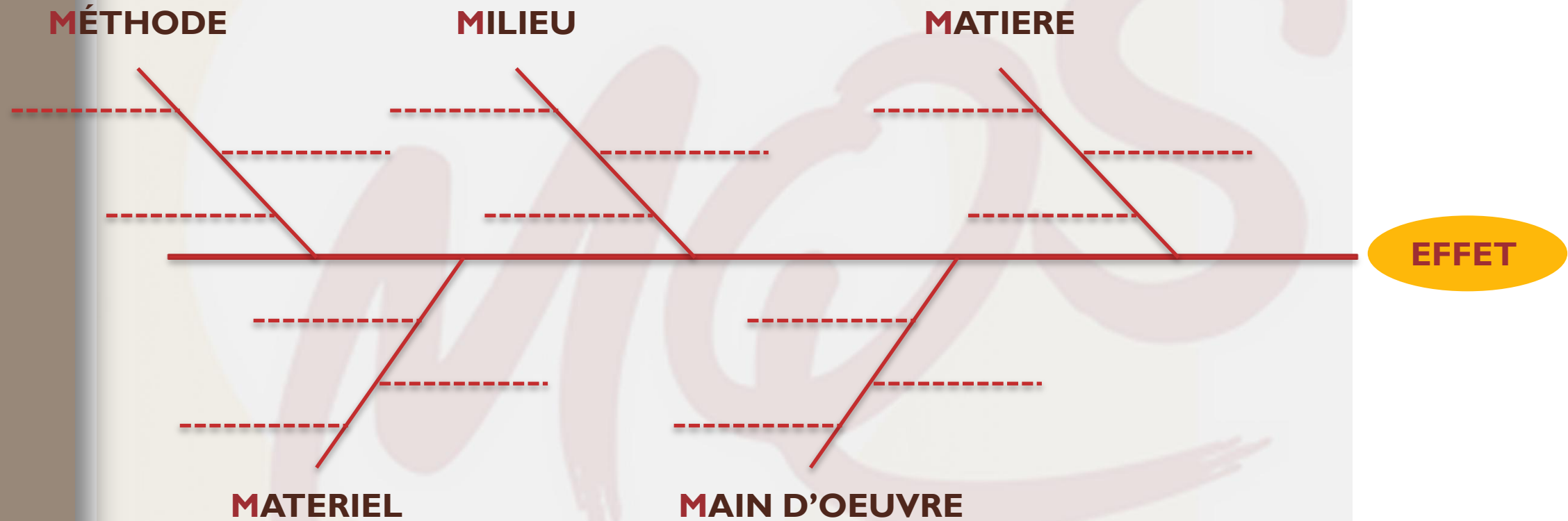


# Roue de Deming

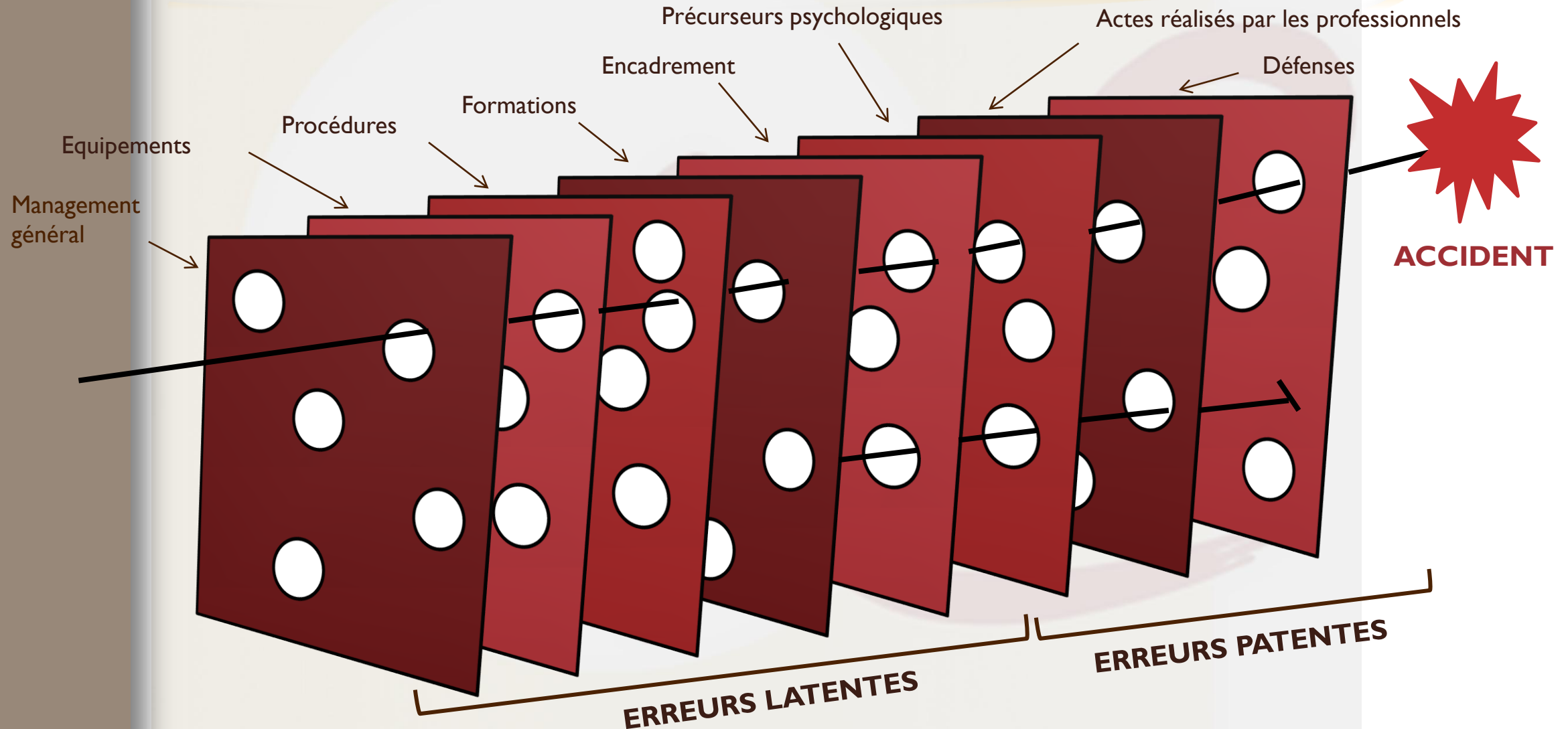
Appliquée à la gestion des risques



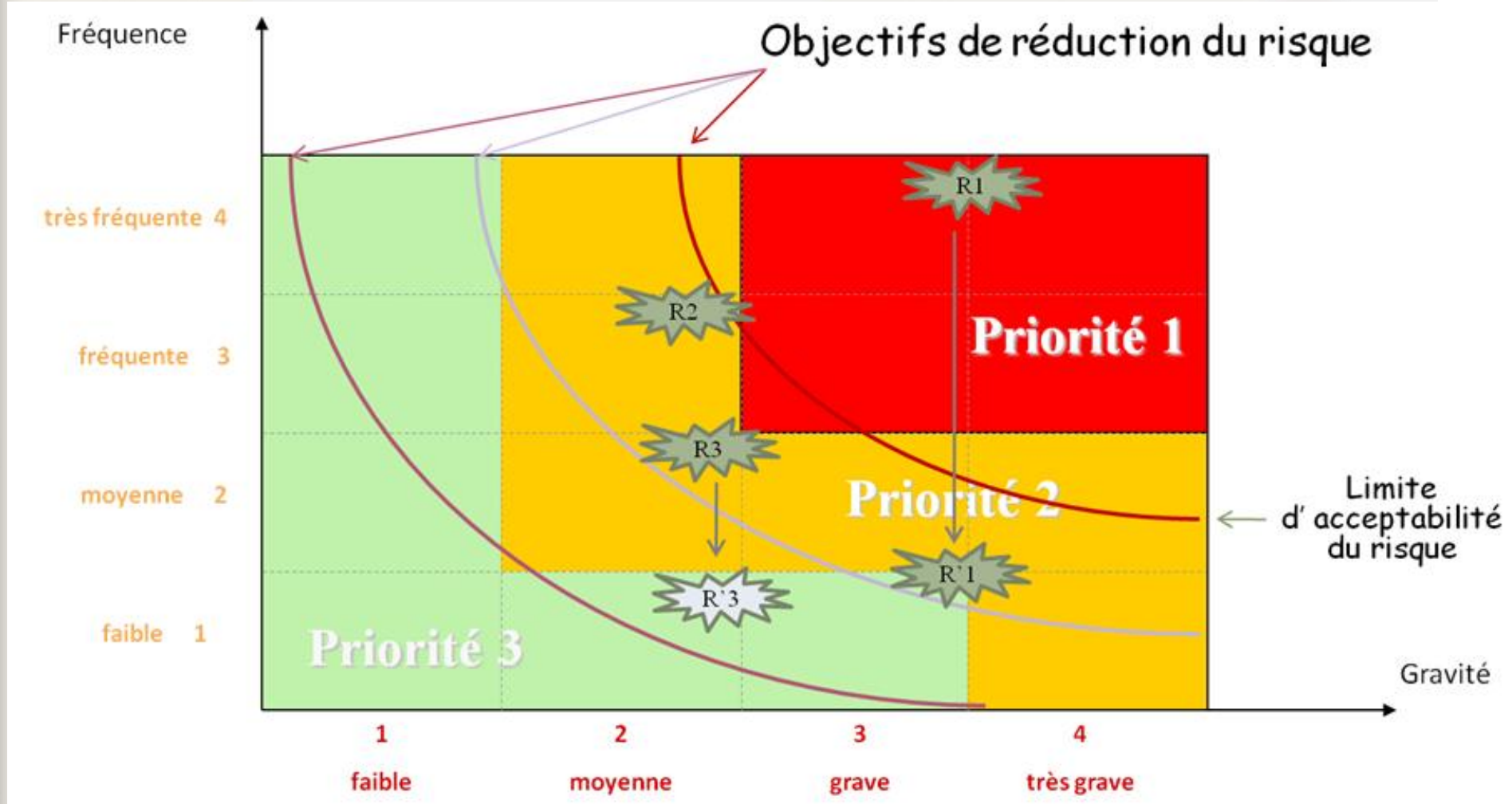
# Diagramme d'Ishikawa



# Modèle de Reason



# Courbe de Farmer



# Matrices de criticité

	Hautement improbable	Improbable	Probable
Légèrement préjudiciable	Risque Insignifiant	Risque acceptable	Risque modéré
Préjudiciable	Risque Acceptable	Risque modéré	Risque substantiel
Extrêmement préjudiciable	Risque modéré	Risque substantiel	Risque inacceptable

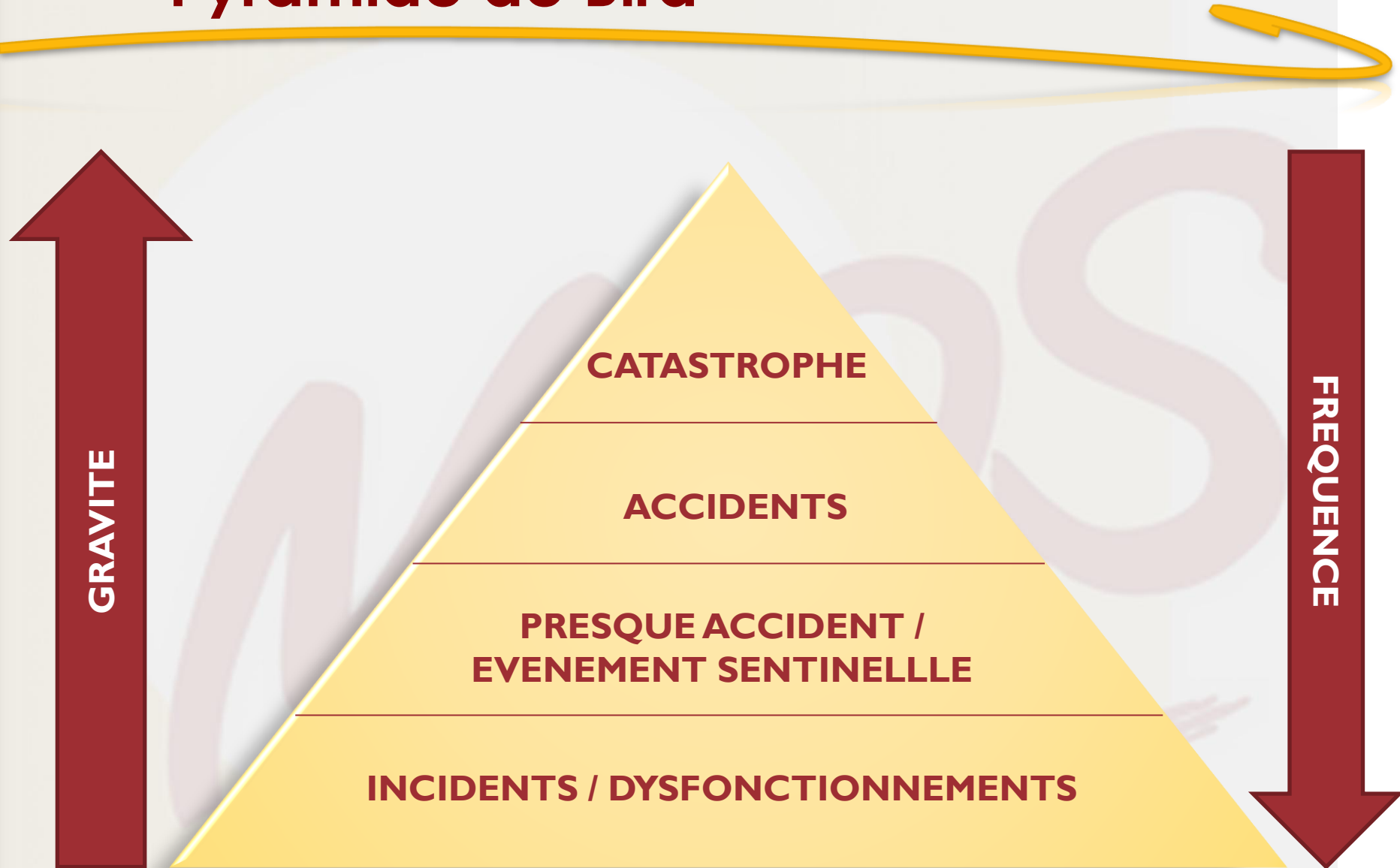
**Matrice de criticité "aversion pour la gravité"**

GRAVITE ↑	5	5	10	15	20	25	<b>Inacceptable</b> <b>Critique</b> <b>Modéré</b> <b>Mineur</b>
	4	4	8	12	16	20	
	3	3	6	9	12	15	
	2	2	4	6	8	10	
	1	1	2	3	4	5	
		1	2	3	4	5	

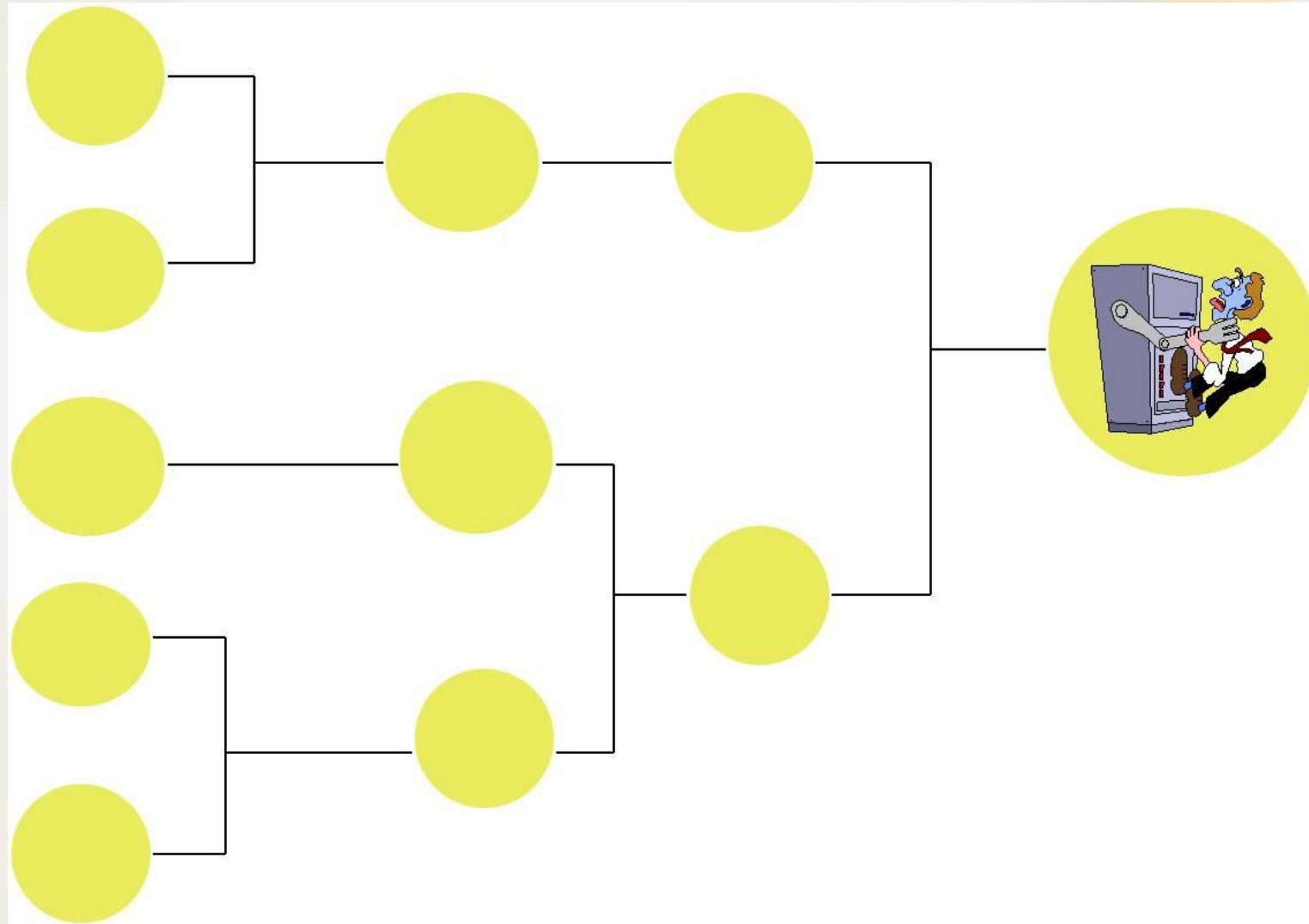
FREQUENCE →

Très fréquent	C	C	C	C
Fréquent	B	B	B	C
De temps en temps	A	A	B	C
Exceptionnel	A	A	B	C
	Gênant	Sérieux	Bloquant	Vital

# Pyramide de Bird



# Arbre des causes





# Méthode ALARM

Association of Litigation And Risk Management

Facteurs	Facteurs identifiés	Identification des actions correctives et préventives
Liés aux tâches à accomplir		
Liés au contexte individuel (personnel)		
Liés à l'environnement et aux conditions de travail		
Liés à l'équipe		
Liés à l'organisation		
Liés au contexte institutionnel		
Liés au patient		

# Fiche-actions : exemple 1

AXE 1 : GARANTIE DES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS						FP-1	
Exposés des motifs (se référer à l'autoévaluation, aux enquêtes,...)	Planification					Pilote	Psychologue
	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>THEME : PROMOTION DES DROITS DES USAGERS</b>							
<b>↳ Objectif : Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance</b>						<b>Acteurs</b>	
Programmer annuellement la formation bientraitance.						Directeur	
Sensibiliser en interne les professionnels aux notions de bientraitance/maltraitance.						Psychologue, Médecin coordonnateur	
Formaliser et diffuser la procédure d'alerte et de signalement en cas de maltraitance.						Directeur	
Elaborer une charte « bientraitance » spécifique à l'établissement.						Groupe de travail « bientraitance »	
Mettre en place des analyses de pratiques professionnelles régulières.						Directeur, Prestataire extérieur	
<b>INDICATEURS</b>							
Nombre d'alerte et de signalement d'acte de maltraitance						Réfèrent qualité	
<b>MOYENS</b>							
<b>Moyens Humains :</b> - Temps de psychologue  <b>Moyens matériels :</b> -				<b>Traçabilité:</b> - Projet d'établissement - Livret d'accueil, Règlement de fonctionnement, Contrat de séjour - Charte des droits et libertés de la personne accueillies - Procédure d'alerte et de signalement en cas de maltraitance			

# Fiche-actions : exemple 2

Pilote :	HYGIENE BUCCO-DENTAIRE													
	Echéancier						Moyens associés							
OBJECTIFS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Personnel supplémentaire	Temps réunion	Information	Documentation	Locaux	Matériel	Organisation	Aucun moyen
Prospecter auprès des cliniques et hôpitaux sur la possibilité d'intervention d'un dentiste au sein de l'établissement.	■	■						■	■	■	■			
Rencontrer les acteurs.		■						■						
Conclure un partenariat et signer une convention.			■					■		■			■	
Déployer la démarche sur l'ensemble des établissements associés à la démarche.			■	■	■	■	■	■	■				■	

# Fiche-actions : exemple 3

## Fiche projet n°1

### Constat (dispositions mises en places et effets constatés pour les résidents) :

La procédure d'admission et d'accueil prévoit :

- Informations sur le fonctionnement de l'établissement au résident et ses proches (visite de l'établissement, livret d'accueil,...). Les documents d'information nécessitent d'être davantage adaptés au public accueilli.
- Recueil d'informations sur les habitudes, l'histoire de vie, les besoins et les souhaits du résident par le référent institutionnel. Ces éléments sont tracés dans le dossier de l'usager.

🕒 En 2013, 58% des résidents ayant répondu à l'enquête sont satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé.

La procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisés (PAP) prévoit :

- L'élaboration du projet lors d'une réunion de synthèse pluridisciplinaire. Le résident concerné y participe dans la mesure du possible. A défaut, ses proches y sont invités.
- Le PAP est diffusé aux professionnels. Il n'est pas remis au résident pour validation.

🕒 En 2013, 75% des résidents présents disposent d'un PAP. Parmi eux, 33% ont participés activement à la réunion de synthèse.

## Objectif général : Personnalisation de l'accompagnement

### Objectifs spécifiques

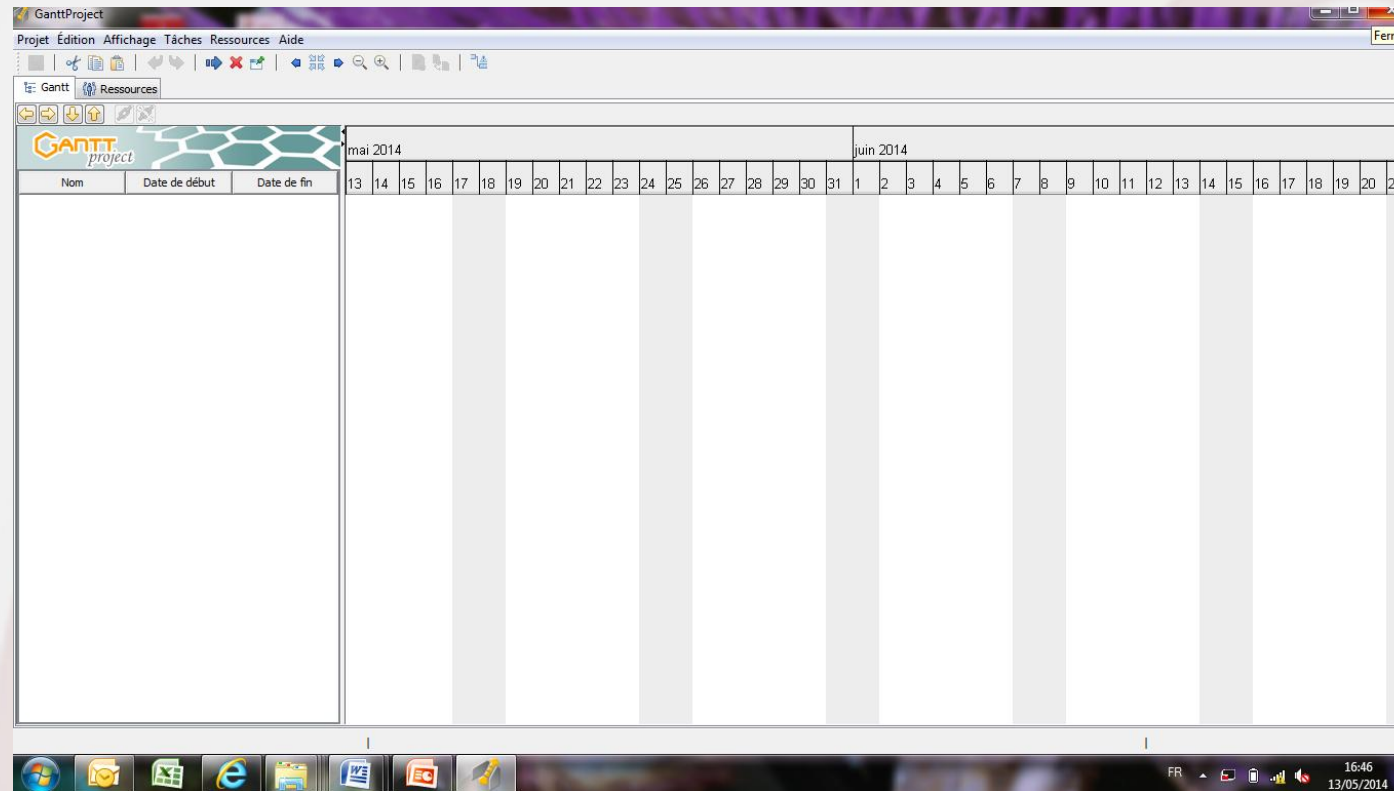
- Renforcer l'accessibilité aux informations portant sur la vie et le fonctionnement de l'établissement
- Développer l'implication du résident à l'élaboration de son projet et son approbation
- Poursuivre la démarche d'élaboration et de réévaluation des projets personnalisés

Actions d'amélioration	Planification	Acteurs
Adapter les documents remis aux résidents lors de l'admission (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour).	2015	Service administratif
Formaliser la fiche de fonction/mission du référent institutionnel.	2016	IDEC
Elaborer un avenant au contrat de séjour précisant les objectifs et prestations adaptées à la personne.	2016	IDEC
Programmer la réévaluation annuelle des projets personnalisés.	2015	IDEC

**Indicateur(s) de suivi :** Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement

**Pilote :** Psychologue

# Diagramme de GANTT



# RESSOURCES

- ✓ Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé. Saint Denis La Plaine. ANAES. 2003.

[http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/anaes/2003\\_qualite\\_methodologie\\_ANAES.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/anaes/2003_qualite_methodologie_ANAES.pdf)

- ✓ Fiches pédagogiques : ANAES

<http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche1.pdf>