



## M4 - La gestion des risques - CMQ Session 2023-2024

### Bienvenue !

Vous entrez dans le **module 4** de la formation "Chargé de mission qualité en ESSMS".

A la fin de ce module autoformatif **d'une journée** sur la gestion des risques, vous serez capable de :

- Comprendre les **enjeux** de la gestion des risques **dans votre quotidien**
- Connaître les **notions théoriques** des risques
- Connaître la gestion des risques **a priori** par la méthode de l'**AMDEC**
- Identifier les étapes de l'élaboration du **DUERP** et du **Plan Bleu**
- Connaître la gestion des risques **a posteriori**
- Expliquer le **rôle** du chargé de mission qualité dans la gestion des risques

### POUR RAPPEL !

Votre journée de regroupement aura lieu dans quelques jours.

**Attention ! Il est important de vous aménager du temps sur cette partie avant le regroupement et de prendre des notes.**

En effet, il faut que vous connaissiez les concepts abordés ici pour pouvoir les mettre en pratique ensemble lors du regroupement.

 Rappels... ⌚ 5 min

 Quiz avant formation ⌚ 10 min

#### INTRODUCTION

---

 La gestion des risques : quels enjeux au quotidien ? ⌚ 1h00

 La gestion des risques : de quoi parle-t-on ? ⌚ 30 min

 Résumé ⌚ 10 min

#### LA GESTION DES RISQUES A PRIORI

---

 Introduction à la gestion des risques a priori ⌚ 20 min

 La méthode de l'AMDEC ⌚ 1h00

 Zoom sur le plan bleu ⌚ 45 min

 En résumé ⌚ 10 min

#### LA GESTION DES RISQUES A POSTERIORI : LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

---

 Introduction à la gestion des risques a posteriori ⌚ 45 min

 La gestion des événements indésirables ⌚ 1h00

 En résumé ⌚ 10 min


#### LE RÔLE DU CHARGE DE MISSION QUALITÉ

---

 Le rôle du charge de mission qualité dans la gestion des risques ⌚ 10 min

#### CONCLUSION

---

 Quiz final





**Vos attentes avant le regroupement**



**Pour aller plus loin...**

## Rappels... 5 min

---



“Cette partie de **5 minutes** va vous permettre de redécouvrir, si nécessaire, la **prise en main du module** d'autoformation et de **télécharger la fiche** de prise de note.

A l'issue, un **questionnaire d'évaluation** vous est proposé afin de situer vos connaissances en matière de gestion des risques.”

DEMARRER LE CHAPITRE

Un module d'autoformation à suivre pas à pas.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, prenez connaissance de cette vidéo pour comprendre le fonctionnement du module d'autoformation.

*Réglez le son de votre appareil à votre convenance puis cliquez sur le bouton lecture pour visionner la vidéo.*

CONTINUER

## Prendre des notes au cours du module.

Prendre des notes favorise l'attention et la compréhension. C'est aussi une première mémorisation.

Cette fois-ci encore, nous vous recommandons fortement, **pour ce module ainsi que pour le regroupement, d'utiliser le document d'aide à la prise de notes** afin de relever les messages importants, les questions ou incompréhensions et les idées applicables à votre établissement.

Vous pourrez le compléter directement sur l'ordinateur ou l'imprimer et le compléter à la main.

*Cliquez sur l'encadré ci-dessous pour télécharger le document word.*



Aide à la prise de notes par module.docx  
407.8 KB



**JE SUIS PRÊT.E À COMMENCER !**

## Quiz avant formation 🕒 10 min

---

Testez-vous !



“Que connaissez-vous de la gestion des risques ? Quelles sont les méthodes à appliquer en prévention d'un risque ? Comment faire pour qu'un accident ou une erreur ne se reproduise plus ?

Avant d'entrer dans le module , nous vous proposons un **quiz d'évaluation de 10 questions** afin de vous positionner dans cette formation. ”

- L'équipe MQS

*Complétez votre nom, prénom et la session qui vous correspond puis cliquez sur suivant. Répondez aux questions en cochant la ou les réponses qui vous semblent correctes puis cliquez sur "Envoyer".*



# Quiz - Module 4 - Gestion des risques (avant module d'auto-formation)


Dates du regroupement : 6/12/2023 + Autoformation

1 point par question

[Sign in to Google](#) to save your progress. [Learn more](#)

\* Indicates required question

**J'AI DÉJÀ COMPLÉTÉ LE QUIZ ET CLIQUÉ SUR "ENVOYER"**

 Vous venez de répondre au premier quiz d'évaluation. Merci.

Si vous suivez ce module d'autoformation en plusieurs séances de travail, **il n'est pas nécessaire de refaire le quiz pour accéder à nouveau au module.**

Cliquez alors sur le bouton "**J'AI DÉJÀ COMPLÉTÉ LE QUIZ**" et revenez au chapitre où vous vous étiez arrêté.



Complete the content above before moving on.

## La gestion des risques : quels enjeux au quotidien ? 🕒 1h00

---



“Ce chapitre de **1h00** va vous permettre d'appréhender les **enjeux** de la gestion des risques dans votre quotidien.”

DEMARRER LE CHAPITRE



Suivez attentivement les consignes de chaque écran. Puis, pour passer à l'écran suivant, cliquez sur la flèche



## COMPRENEZ LES ENJEUX DE LA GESTION DES RISQUES A PARTIR DE SITUATIONS CONCRÈTES

Bérangère et Delphine vont vous faire part de situations auxquelles elles ont dû faire face dans leur établissement.

Vous comprendrez les conséquences de chaque réaction proposée puis retrouverez à la fin, les points clés à retenir.

Enfin, pour découvrir les concepts théoriques à retenir sur la gestion des risques, vous cliquerez sur le polygone rose.

*Cliquez sur l'icone de votre choix.*



**Bérangère et  
les événements  
indésirables**



**Delphine et  
la gestion d'une  
crise**



**CHAPITRE SUIVANT**

## La gestion des risques : de quoi parle-t-on ? 🕒 30 min

---



“A l'issue de ce chapitre de **30 mn**, vous connaîtrez **les origines et les concepts fondamentaux** de la gestion des risques.”

DEMARRER LE CHAPITRE



Éviter les risques, c'est supprimer le danger ou l'exposition au danger.



## A votre avis...

**Selon vous, parmi ces activités, quelles sont celles qui participent à la gestion des risques ?**

*Choisissez la ou les propositions qui vous semble(nt) correcte(s) et validez.*

---

L'identification d'un simple dysfonctionnement dans un process.

La reconnaissance d'une situation dangereuse.


L'analyse de la gravité d'un risque.

Le traitement d'un risque déjà constaté

SUBMIT



## CONTINUER

 La gestion des risques recouvre l'**ensemble des dispositions** à mettre en œuvre ayant pour **objectif de réduire les risques**, c'est-à-dire :

- L'identification et l'étude des dysfonctionnements
- La reconnaissance des situations dangereuses
- L'identification des risques correspondants
- L'analyse, l'estimation et l'évaluation de ces risques

La gestion des risques ne peut, bien entendu, s'arrêter à l'identification et l'analyse, sans quoi elle serait vaine.

Elle implique également le **traitement des risques** ayant été ainsi appréciés, afin de les réduire ou les maîtriser.

## CONTINUER

## Les origines et le contexte de la gestion des risques

La pratique de la gestion des risques s'est développée dans le domaine de la santé et médico-social en réponse à plusieurs facteurs.

1

En France, différentes crises sanitaires (Infections nosocomiales, affaire du sang contaminé, crise de la "vache folle", etc.) conduisent, depuis les années 80, au **développement et au renforcement du système de gestion des risques**.

2

Dans le secteur de la santé, plusieurs lois se sont succédées entre 1993 et 2004, jusqu'à la récente **Loi dite Bachelot "Hôpital Patients Santé Territoires" (HPST) de 2009** qui renforce les

dispositifs de vigilance (toxicovigilance, vigilances sanitaires et alimentaires, etc.)

3

L'opinion publique montre de **hautes exigences de sécurité et de qualité** et attend des garanties des pouvoirs publics.

4

Une incidence importante des **infections liées aux soins** est repérée dans le secteur de la santé (Enquêtes nationales sur les événements indésirables liés aux soins - ENEIS).

5

Des **interrelations entre professionnels** de plus en plus complexes incitent à la prévention des risques de dysfonctionnement.

CONTINUER

## Un cadre réglementaire récent

### Née dans le secteur sanitaire...

Les principaux textes encadrant le secteur sanitaire se sont développés depuis 1998.

- La **Loi du 1er juillet 1998** relative au **renforcement de la sécurité sanitaire** met en place un dispositif de veille et de sécurité sanitaire ayant pour **objectif d'anticiper, de surveiller, d'alerter et d'agir**.
- La **Loi du 4 mars 2002** relative aux **droits des malades et à la qualité du système de santé** précise le droit à l'information du patient et prévoit la **réparation des risques sanitaires**.
- La **circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004** apporte des recommandations pour la mise en place d'un **programme de gestion des risques dans les établissements de santé**.
- Le **décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010** vient enrichir le cadre réglementaire par la **lutte contre les événements indésirables associés aux soins** dans les établissements de santé.
- L'**arrêté du 6 avril 2011** vient préciser le management de la **qualité de la prise en charge médicamenteuse et des médicaments** dans les établissements de santé.

## ...et étendue au secteur médico-social.

- Le **code de l'action sociale et des familles** traite de la gestion des risques dans son article L 331-8-1. *"Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai [...] de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées"* .
- Le **décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016** définit l'**obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales**.
- L'instruction N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du **17 février 2017** précise la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la **déclaration des événements indésirables graves associés à des soins** et aux **structures régionales** d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

## ... plus récemment l'ensemble des textes, directives, protocoles sanitaires... dans le cadre de la gestion de la pandémie à la COVID-19

La crise du Covid-19 est exceptionnelle tant par sa durée dans le temps que par sa profondeur. Elle a bouleversé l'organisation des établissements et services de santé et médico-sociaux... et fait place à de nombreux textes réglementaires jusqu'à aujourd'hui pour gérer cette crise.

## ...et le manuel HAS d'évaluation ... critères impératifs du thème "Démarche qualité et gestion des risques" !

CRITÈRE 3.11.1 – L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de prévention et de gestion des risques de maltraitance et de violence au bénéfice des personnes accompagnées

CRITÈRE 3.11.2 – L'ESSMS traite les signalements de faits de maltraitance et de violence, et met en place des actions correctives

Explications : les situations à risques de maltraitance ou de violence sont identifiées par les professionnels et des mesures préventives sont mises en place. Les faits de maltraitance ou de violence sont signalés, analysés et suivis d'actions correctives.

CRITÈRE 3.13.1 – L'ESSMS organise le recueil et le traitement des événements indésirables

CRITÈRE 3.13.2 – L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes

CRITÈRE 3.13.3 – Les professionnels déclarent et analysent en équipe les événements indésirables et mettent en place des actions correctives

CRITÈRE 3.14.1 – L'ESSMS définit, avec les professionnels, un plan de gestion de crise et de continuité de l'activité et le réactualise régulièrement

CRITÈRE 3.14.2 – L'ESSMS communique son plan de gestion de crise en interne et en externe

CONTINUER

## La gestion des risques en quelques définitions

La gestion des risques induit des **notions** qu'il convient de bien définir afin de ne pas les confondre.

*Cliquez sur chaque onglet pour les découvrir.*

### Le 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).

**Le risque** est donc un événement indésirable hypothétique. C'est **l'éventualité d'une rencontre entre l'homme et un danger**.

Le risque naît mathématiquement de la multiplication de l'importance d'un danger (**gravité**) par la probabilité de survenue de ce dernier (**fréquence**). Il s'agit de la notion que l'on nomme **Criticité**.

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



**Le danger** —

Le danger est la **propriété ou capacité intrinsèque** d'un équipement, d'une substance ou d'une méthode de travail **de causer un dommage.**

**La situation dangereuse** —

Situation dans laquelle une personne est exposée **à au moins un phénomène dangereux.**





## L'accident —

L'accident est l'événement imprévu et soudain **qui entraîne des dégâts ou des dommages.**



## Le dommage —

Un dommage est une **lésion physique** et/ou une atteinte à la santé ou aux biens.



## L'événement indésirable —

C'est au sens de la loi un **évènement susceptible de causer un dommage**.

Parmi les évènements indésirables (EI), on distingue :

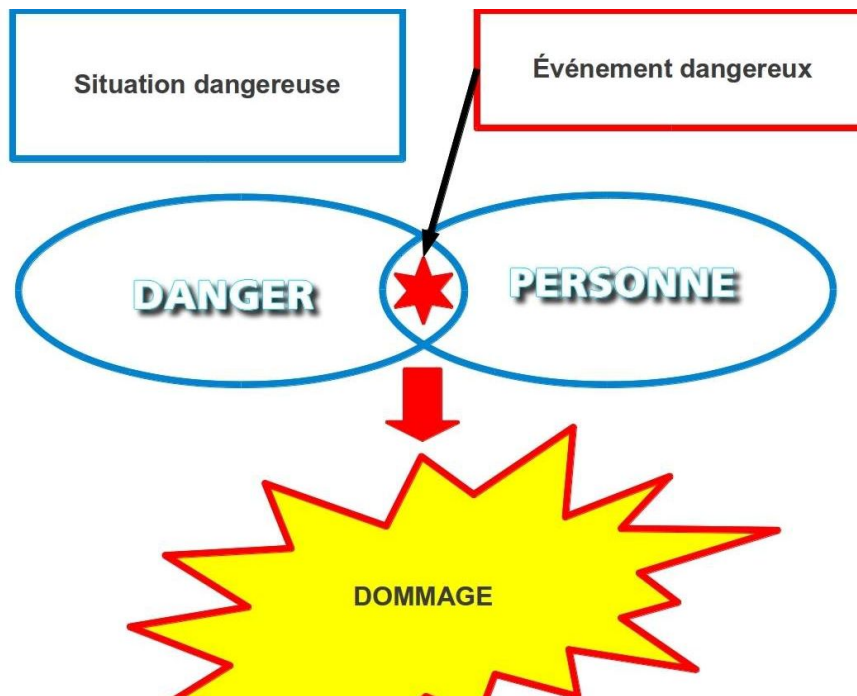
- **Les alertes** qui ne produisent aucun dommage. Il s'agit d'**évènements sentinelles** ou « **presque accidents** » dont la gravité est nulle ou minime mais qui nous avertissent très utilement. Ce sont des signaux d'alerte.
- **Les incidents** qui n' occasionnent qu'un **dommage minime** tels qu'un état d'agitation en pleine nuit avec des cris, une rupture de stock,...
- **Les accidents** dont la gravité est bien supérieure (tels qu'une chute du lit provoquant des contusions multiples, un incendie,...) et peut même être majeure (coma voire décès).
- **Les évènements indésirables graves** dont la survenue **perturbe** la réalisation des missions premières d'un établissement ou d'un service, c'est-à-dire **assurer un accompagnement de qualité** aux usagers et **garantir la sécurité** et la santé du personnel.

CONTINUER

## Qu'avez-vous retenu ?

**Pouvez-vous appliquer ces notions au risque d'exposition au sang ?**

*Cliquez et faites glisser chaque notion vers l'élément de la situation qui vous semble lui correspondre.*



SUBMIT



VEUILLEZ REALISER L'ACTIVITÉ AVANT DE POURSUIVRE

## Les 4 dimensions de la gestion des risques

L'univers de la gestion des risques peut se diviser en 4 dimensions : stratégique, culturelle, technique et structurelle.

*Cliquez sur les marqueurs pour en savoir plus sur chaque dimension.*

**Stratégique**



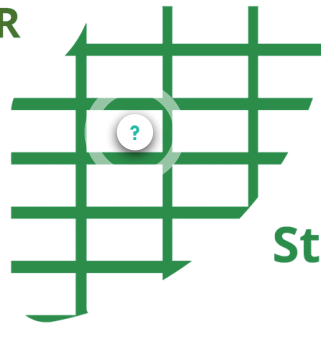
**Culturelle**



**Maîtrise**

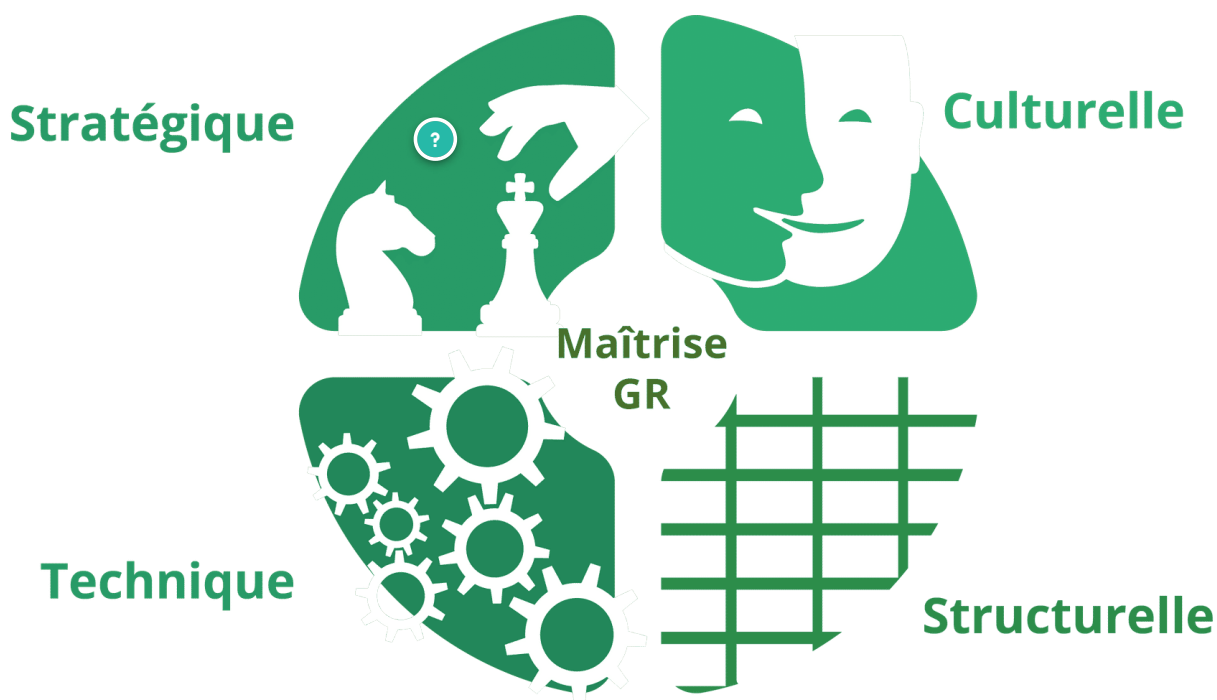
**GR**

**Technique**



**Structurelle**

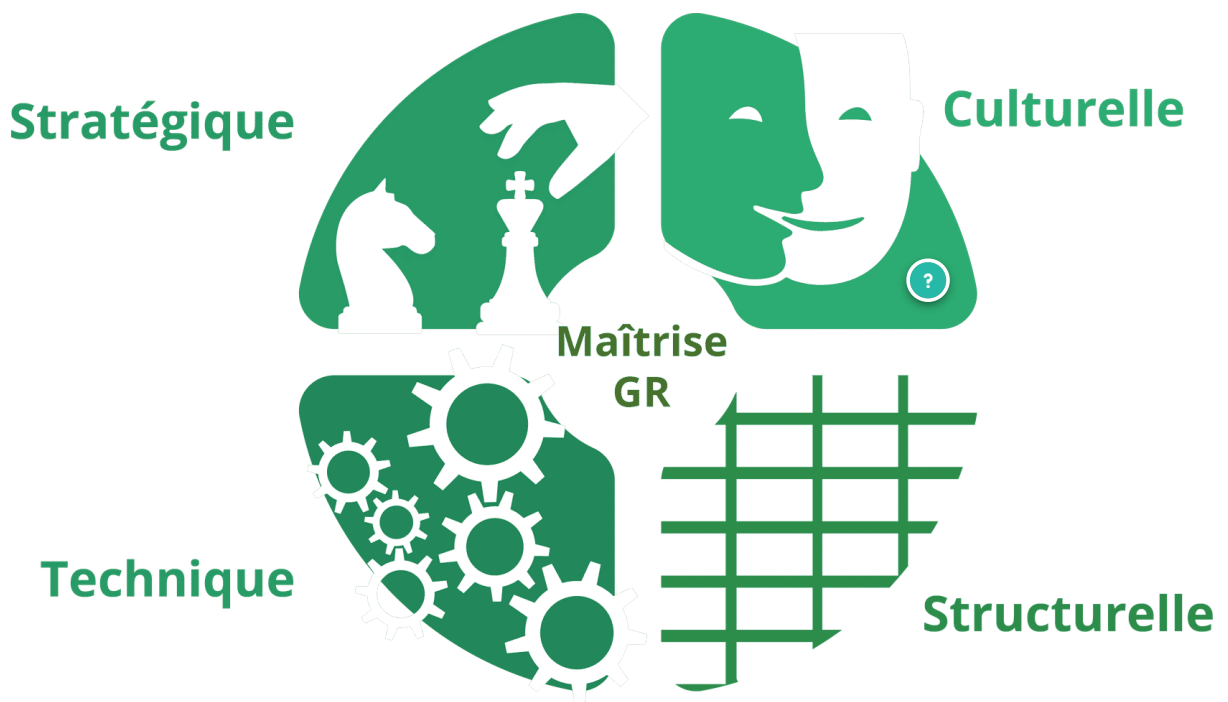




### 1. La dimension stratégique

Elle concerne l'**ancrage institutionnel** de la gestion des risques par une **politique formalisée et lisible** de tous.

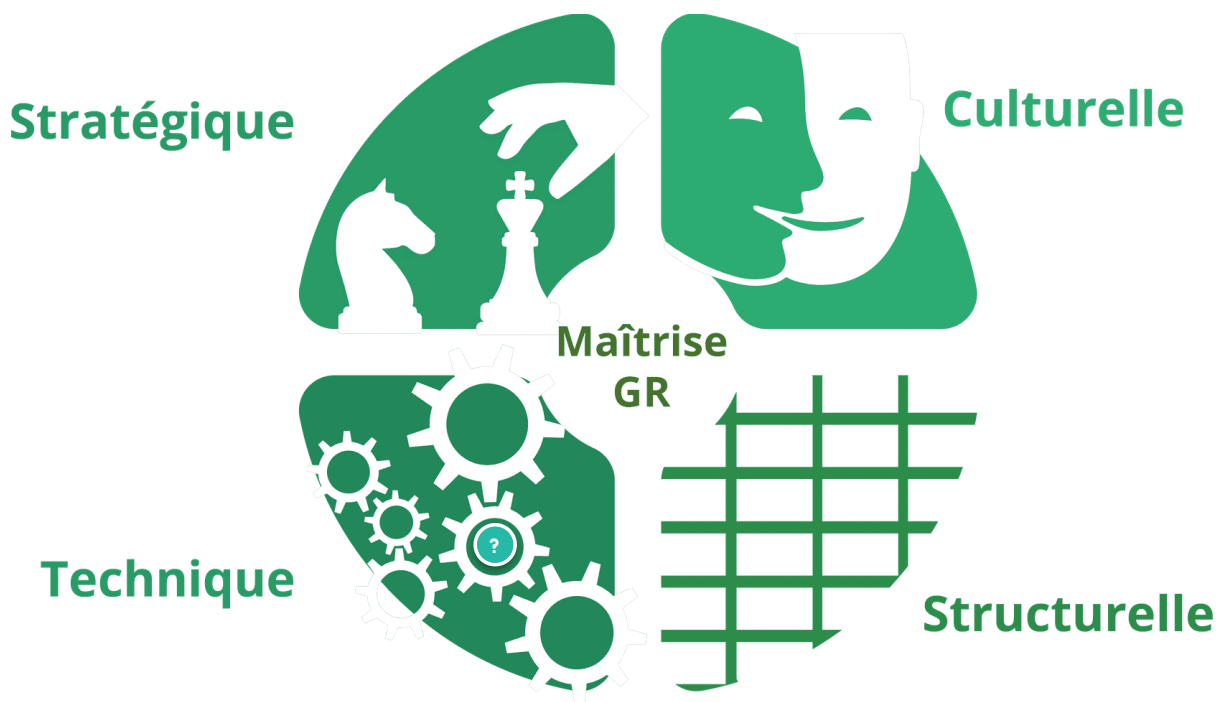
La dimension stratégique permet la **priorisation des actions** et donc la **focalisation des efforts** en vue de l'atteinte des objectifs.



## 2. La dimension culturelle

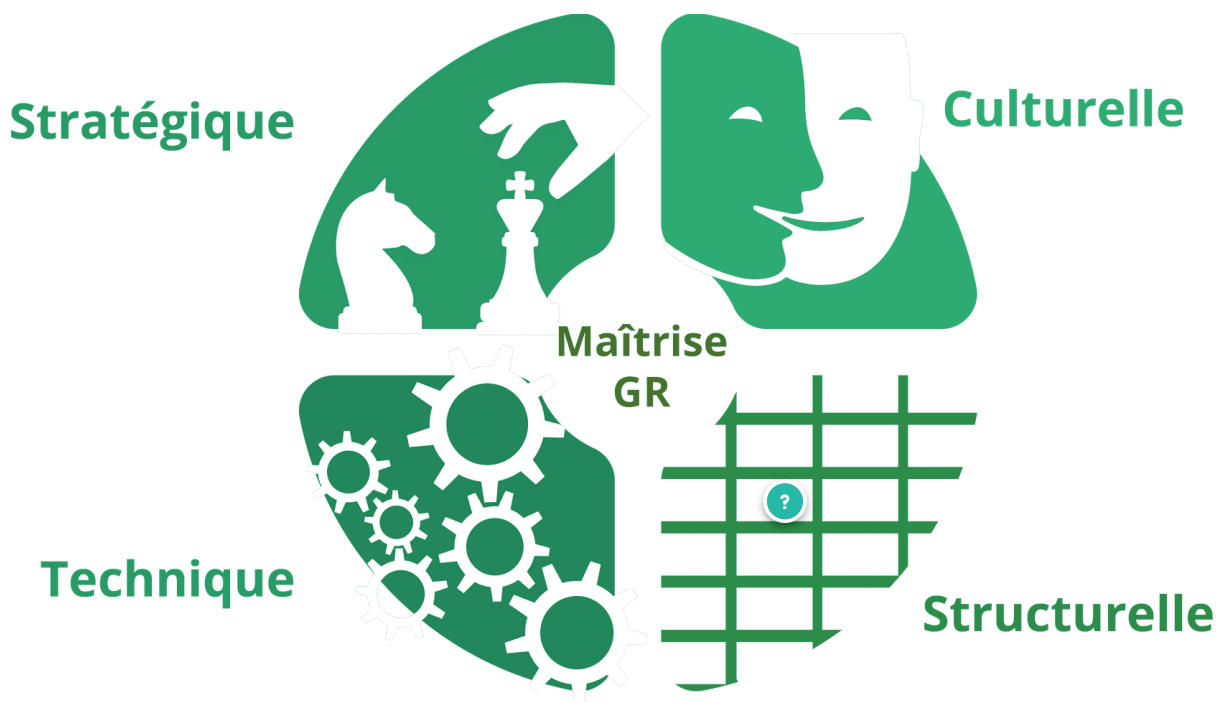
Il s'agit d'instaurer la **culture positive de l'erreur**.

C'est engager une démarche de gestion des risques pour lutter contre les dysfonctionnements graves et les événements indésirables **en obtenant l'adhésion de tous les acteurs**



### 3. La dimension technique

La dimension technique concerne les **méthodes et les outils utilisés** pour l'analyse, la hiérarchisation et le suivi des mesures prises.



#### 4. La dimension structurelle

Il s'agit de la **coordination de la démarche**.

La dimension structurelle précise l'**organisation de la démarche** en définissant l'**architecture** du système et **les responsabilités** des différents acteurs.

### Les 4 dimensions en détail

Cliquez sur le cadre ci-dessous pour télécharger le document à lire.



Les dimensions en gestion des risques.pdf  
669.1 KB



VÉRIFIER MES CONNAISSANCES

## Résumé 10 min

---



Qu'avez-vous compris ?



“Les notions autour de la gestion des risques n'ont plus de secret pour vous ?

Vérifiez-le en répondant à ces **5 questions**. Rassurez-vous, vous avez droit à l'erreur !”

- L'équipe MQS.

**Question 1 / 5**

**Selon vous, le risque...**

*Sélectionnez la ou les propositions qui vous semblent correctes.*

---

- Est intrinsèque à toute activité
- Peut être éliminé
- Ne peut être éliminé
- Peut être réduit

SUBMIT

SUIVANT

**Question 2 / 5**

**Quelles sont les 4 dimensions en gestion des risques ?**

*Sélectionnez la ou les propositions qui vous semblent correctes.*

- 
- Stratégique
  - Technique
  - Structurelle
  - Contractuelle
  - Culturelle

SUBMIT

SUIVANT

**Question 3 / 5**

**La culture positive de l'erreur est une approche non punitive, de confiance ?**

*Sélectionnez la proposition qui vous semble correcte.*

---

- Vrai

Faux

SUBMIT

SUIVANT

**Question 4 / 5**

**Le risque est le résultat d'une estimation, alors que la situation dangereuse est une réalité qui peut se constater ?**

*Sélectionnez la qui vous semble correcte.*

---

Vrai

Faux

SUBMIT



SUIVANT

Question 5 / 5

Gérer les risques c'est identifier et évaluer les risques et les situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages ?

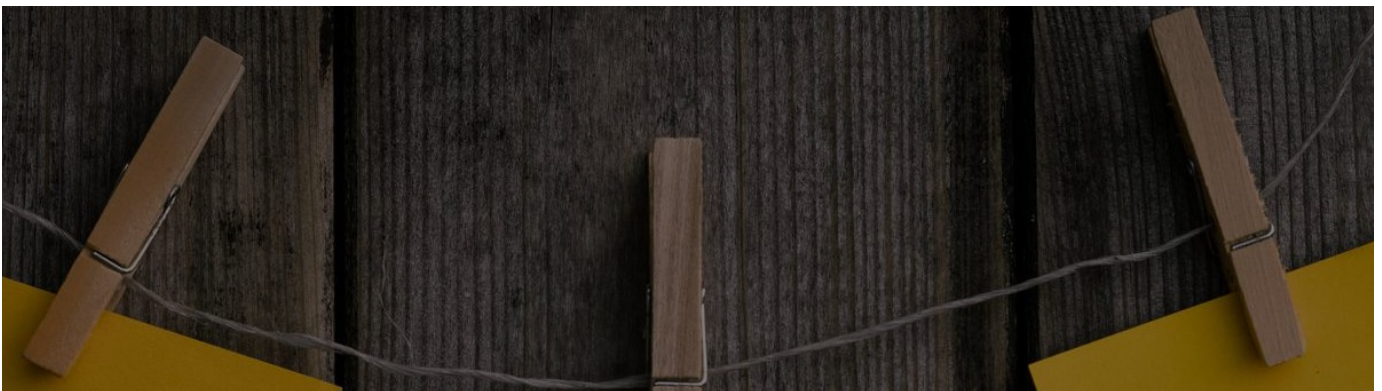
Sélectionnez la qui vous semble correcte.


- 
- Vrai
- Faux

SUBMIT



VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS POUR CONTINUER





## Ce qu'il faut retenir !

### Les concepts fondamentaux

1

Le **risque** est un événement indésirable hypothétique. C'est l'**éventualité** d'une rencontre entre l'homme et un danger.

2

La plupart des accidents sont la conséquence d'une **succession de faits**.

3

Il existe **deux approches** en gestion des risques

4

L'**approche a priori (ou proactive)**, permet d'anticiper au maximum la survenue d'événements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer lors de la prise en charge des personnes par exemple.

5

L'**approche a posteriori (ou réactive)**, permet, en présence d'événements indésirables survenus de s'interroger sur ce qui s'est passé.

6

**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.

7

Il existe **trois** types de barrières de prévention :

- **les barrières de prévention** : elles empêchent la survenue de l'erreur et de l'accident.
- **les barrières de récupération** : l'erreur est commise mais récupérée avant d'avoir des conséquences.

- **les barrières d'atténuation des effets** : l'accident est avéré, mais les conséquences sont limitées.

**FAIRE UNE PAUSE OU PASSER À LA PARTIE SUIVANTE**

## Introduction à la gestion des risques a priori 🕒 20 min

---



“Ce chapitre de **20 minutes** va vous permettre d'appréhender les différentes démarches de la gestion des risques "a priori". ”

DEMARRER LE CHAPITRE

---

Objectif : réduire les risques à un niveau acceptable



---

L'approche "a priori", également dite proactive, permet d'anticiper au maximum la survenue d'événements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer.

## Rappel du cadre réglementaire

L'**objectif** de l'approche a priori est :

- De repérer les processus **potentiellement à risque**.
- D'identifier au sein de ces processus les **étapes dangereuses** pour les personnes ou les biens.
- Pour chacune d'elles, de **réduire la fréquence** d'apparition via les **actions de prévention** visant à supprimer les causes.
- Et/ou d' en **réduire la gravité** via les **actions de protection** mises en œuvre pour limiter les conséquences.

Dans le secteur médico-social, plusieurs démarches obligatoires sont mises en place.

## A votre avis...

A quel document se rattachent les démarches de prévention des risques suivantes ?

*Cliquez et faites glisser le sujet vers le document qui lui correspond.*

☰ Sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les ERP

Registre de sécurité

☰ Évaluation du risque de défaillance électrique

DARDE

☰ Surveillance des légionelles

Carnet sanitaire

☰ Conditions d'hygiène applicables à la restauration collective

PMS

☰ Programme national de prévention des infections

DARI

☰ Gestion de crise sanitaire ou climatique

Plan bleu

☰ Évaluation des risques professionnels

DUERP

SUBMIT



VEUILLEZ VALIDER L'ACTIVITÉ AVANT DE CONTINUER

Démarche	Texte réglementaire
Sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les ERP	<b>Registre de sécurité</b> - Il permet à chacun de se tenir informé des <b>règles de sécurité incendie</b> et de recenser l'ensemble du matériel de lutte contre l'incendie présent dans l'établissement, pour veiller à une maintenance régulière.
Évaluation du risque de défaillance électrique	<b>DARDE</b> - Ce Document d'Analyse des Risques liés à la Défaillance en Energie doit permettre d'identifier les risques de <b>panne électrique</b> , d'en analyser les conséquences sur la sécurité dans l'établissement, et de <b>définir des solutions</b> à mettre en œuvre pour assurer la continuité électrique en cas de panne.
Surveillance des légionelles	<b>Carnet sanitaire</b> - Il constitue le référentiel de la <b>sécurité sanitaire des réseaux d'eau</b> . Il a pour objectif de <b>centraliser l'ensemble des informations</b> sur l'installation et d'assurer la <b>traçabilité</b> de son exploitation. Il permet ainsi le <b>suiti</b> des opérations d'entretien et de maintenance, des paramètres de surveillance de la qualité de l'eau et des réseaux et de la température.
Conditions d'hygiène applicables à la restauration collective	<b>PMS</b> - Le Plan de Maîtrise Sanitaire repose sur la mise en place de plusieurs obligations en <b>restauration</b> . Les différents documents issus du PMS doivent permettre de <b>mettre en place la prévention des Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC)</b> , de maîtriser les dangers significatifs au regard de la sécurité alimentaire et de prouver la mise en place des moyens nécessaires pour contrôler son activité.
Programme national de prévention des infections	<b>DARI</b> - Le Document d'Analyse du Risque Infectieux est une démarche d'analyse qui permet à chaque établissement d' <b>évaluer le risque infectieux au regard de la situation</b>

Démarche	Texte réglementaire
	<b>épidémiologique</b> et d'apprécier son <b>niveau de maîtrise</b> afin d'élaborer ou d'adapter son programme d'action.
Gestion de crise sanitaire ou climatique	<b>Plan bleu</b> - La mise en place d'un plan bleu permet aux établissements médico-sociaux de s'inscrire dans une <b>démarche qualité opérationnelle</b> en réalisant un bilan exhaustif de leurs capacités de fonctionnement usuelles et en <b>évaluant leur réactivité face à une situation exceptionnelle</b> voire en situation de crise.
Analyse des risques professionnels	<b>DUERP</b> - Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels répertorie <b>l'ensemble des risques professionnels</b> (dont les RPS) auxquels sont exposés les agents, afin d'organiser la prévention au sein du programme annuel de prévention.

CONTINUER



“Nous illustrerons dans ce module la gestion des risques "a priori" au travers de deux démarches : la prévention des risques professionnels (à travers le DUERP) et la gestion de crise à travers le plan bleu.

Vous trouverez ci-dessous les textes règlementaires qui renvoient à ces démarches.”

L'équipe MQS

## Textes relatifs au document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)

- Le document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs est **obligatoire depuis 2001**.
- 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 (code du travail article L. 4121-1).

- Il doit retranscrire les **résultats de l'évaluation** dans un document unique sous peine de sanctions financières (circulaire 18/04/2002).
- Les **membres du CSE (comité social économique)** sont associés 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.

## Textes relatifs au plan bleu

- Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux **conditions techniques minimales** de fonctionnement des établissements.
- 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 crise sanitaire ou climatique**.
- Circulaires ministérielles des 12 mai 2004 et 4 mars 2005, définissant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour détecter, prévenir et lutter contre les conséquences sanitaires d'une **canicule** (EHPAD).
- Circulaire ministérielle du 14 juin 2007, relative à la mise en place dans les **établissements hébergeant ou accueillant des personnes handicapées**.

CONTINUER

## L'analyse des risques "a priori" des risques

Les méthodes d'analyse "a priori" des risques peuvent se classer en deux types d'analyse selon qu'elles portent sur l'analyse du processus théorique de travail ou sur la pratique.

## Les analyses de processus

Ce sont des méthodes d'analyse **séquentielle des étapes d'un processus avec identification des tâches**. Autrement dit, elles engagent une analyse qui porte sur une **décomposition des processus théoriques** du travail à faire.

La méthode **la plus connue** est l'**AMDEC** (Analyse des Modes de Défaillances et des Criticités). Mais, il existe également l'**AMDE** (Analyse des Modes de Défaillances et de leurs Effets) ou la méthode **HACCP** (Hazard Analysis Critical Control Point).

## Les Analyses Prévisionnelles de Risques

Elles s'appuient sur une **approche systémique généraliste** avec **cartographie** ou sur une **approche basée sur l'autoévaluation** des pratiques comme dans le champ du médicament avec la méthode **ArchiMed** (Analyse des risques liés au circuit du médicament).

CHAPITRE SUIVANT

## La méthode de l'AMDEC 1h00

---



“A l'issue de ce chapitre de **1h00**, vous connaîtrez **les étapes de la démarche de l'AMDEC transposable pour l'évaluation des risques professionnels.**”

DEMARRER LE CHAPITRE

---

**Qu'est ce que la méthode de l'AMDEC ?**

*Cliquez sur le marqueur ci-dessous pour en savoir plus.*

0



AMDEC

# 01 AMDEC

## AMDEC

L'AMDEC signifie **Analyse des Modes de Défaillances**, de leurs **Effets** et de leur **Criticité**.  
C'est un **procédé systématique pour identifier les modes de défaillances potentiels et traiter les défaillances avant qu'elles ne surviennent**, avec l'intention de les éliminer ou de minimiser les risques associés .

### Définition

L'AMDEC est un **outil de la démarche qualité** cherchant l'amélioration du fonctionnement d'une organisation.

L'AMDEC permet de **porter l'attention** sur des points cruciaux que sont les **dysfonctionnements ou les défaillances** et d'en **rechercher les causes et les effets induits**. C'est une méthode d'analyse et de prévention des défaillances potentielles.

Une **défaillance** est une fonction prévue mais non remplie et le **mode de défaillance** est l'événement par lequel se manifeste la défaillance.

Cette méthode d'analyse **rigoureuse et collective** permet, après avoir réalisé une analyse fonctionnelle, d'**évaluer les risques** afin de prévenir les défaillances ou d'en prévenir les effets.

L'AMDEC est dérivée de l'AMDE (**Analyse des Modes de Défaillance et de leurs Effets**) à laquelle elle ajoute la **quantification des risques et leur hiérarchisation** par la notion de  **criticité C**.



Méthode **développée dans les années 60** par la NASA pour le projet Apollo. Elle a été appliquée dans l'aéronautique, l'aérospatiale et le nucléaire puis utilisée dans l'industrie automobile.

## Les objectifs

1

**Détecter** les défauts à un stade précoce.

2

**Recenser** les risques.

3

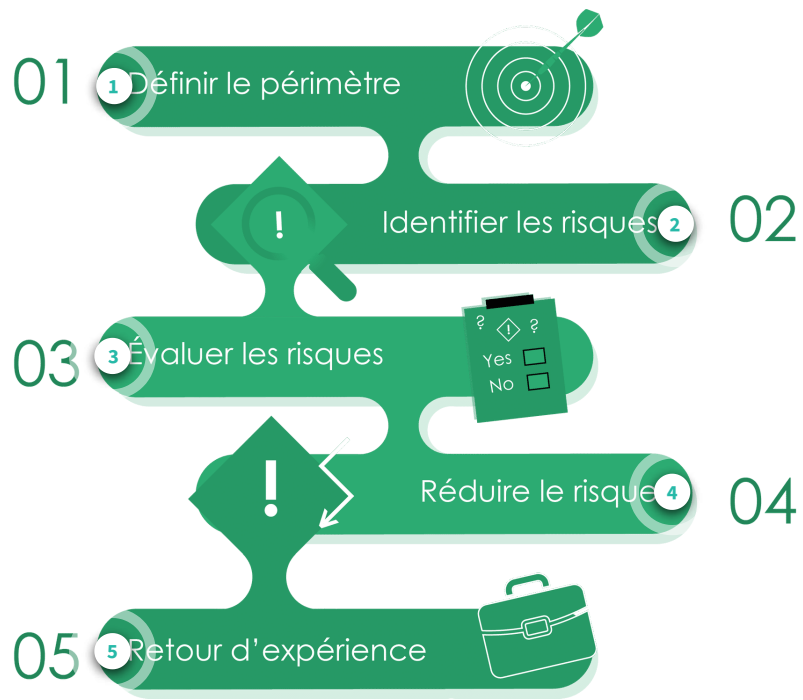
**Hiérarchiser** les risques par la détermination de leur criticité.

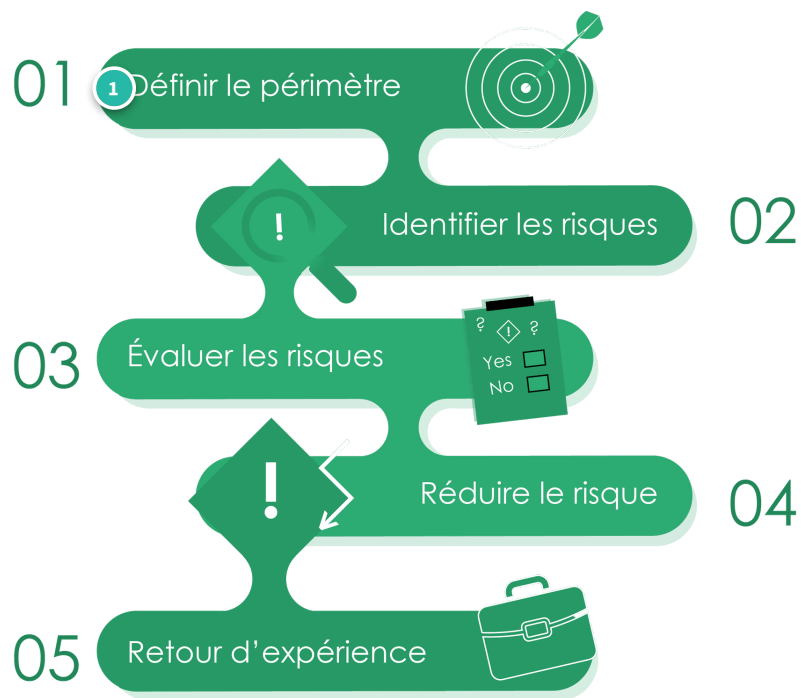
4

Mettre en œuvre des **actions préventives** pour les risques dépassant un seuil de criticité déterminé.

CONTINUER

Une méthode en 5 étapes

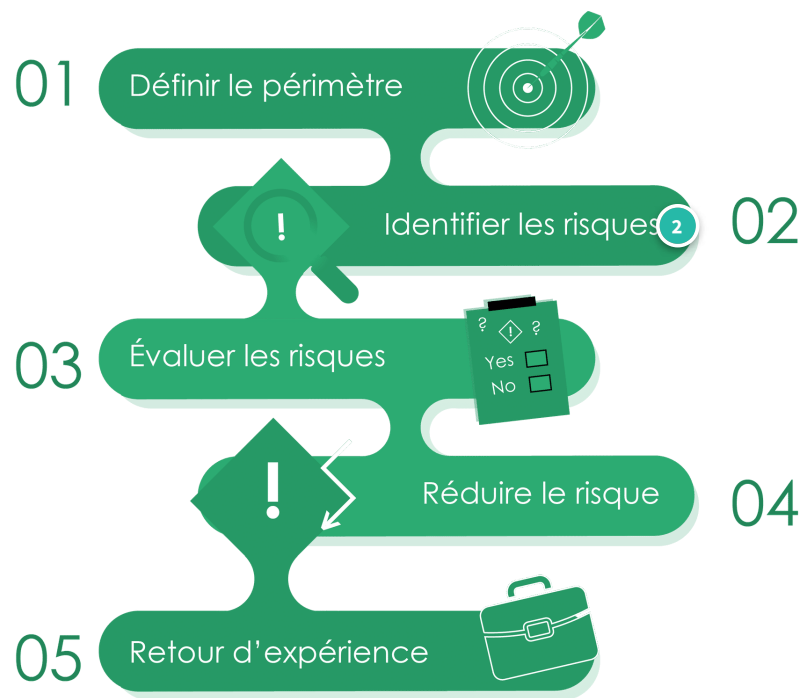




### Définir le périmètre de l'étude

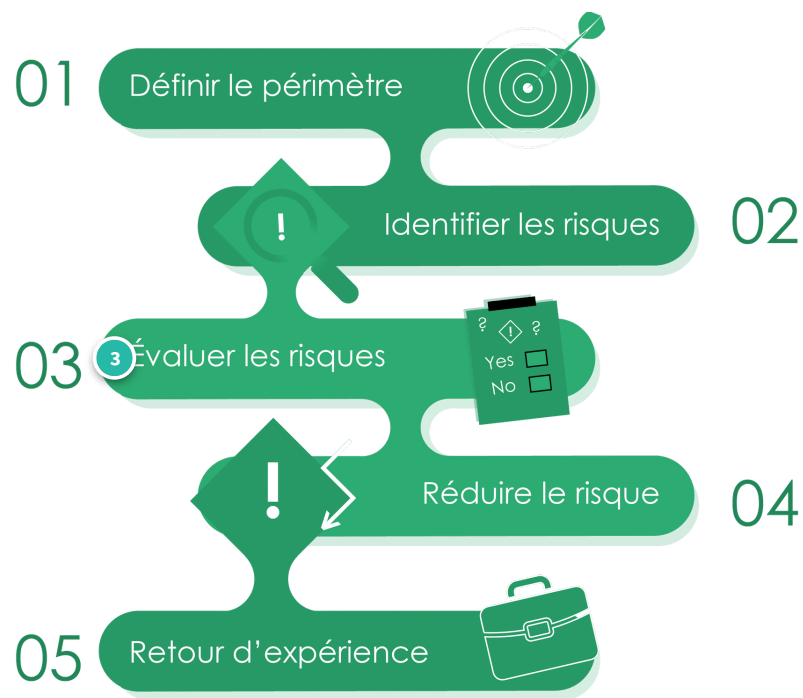
- **Organisation** de la démarche collective.
- Élaboration de la **note de cadrage** de l'étude à l'aide du **CQOCOQP**.





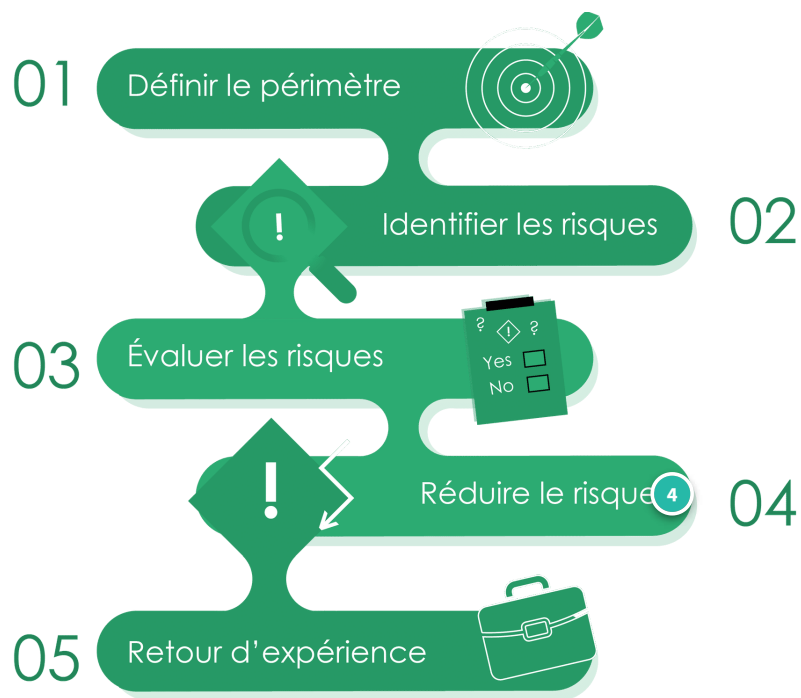
**Analyser la situation et identifier les risques**

**Cartographie** des risques par **processus** ou par **typologie** des risques.



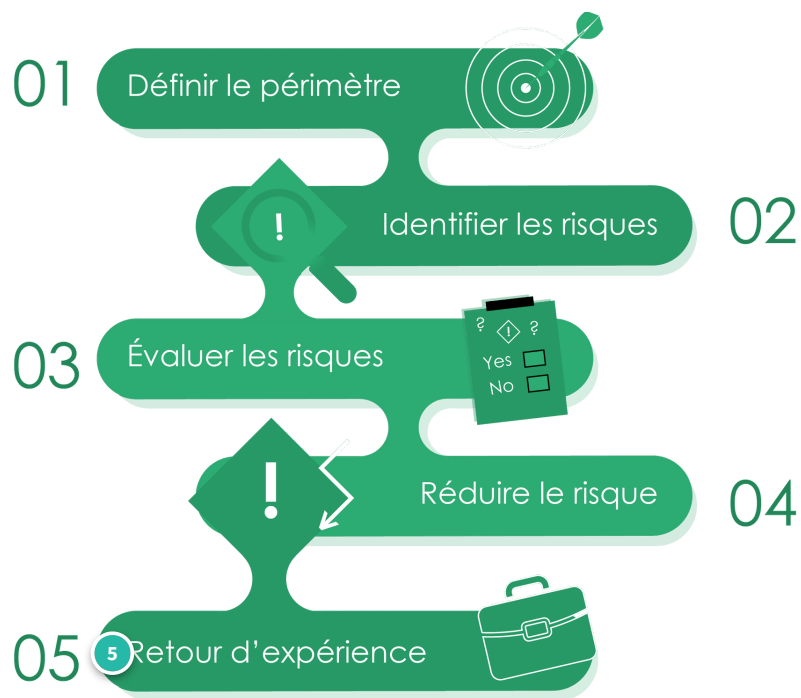
### Evaluer et hiérarchiser les risques

- Évaluation **qualitative** (Modes de défaillances, causes et effet)
- Évaluation **quantitative** (Fréquence, gravité, criticité)
- **Hiérarchisation** des risques.



### Réduire et traiter les risques

- Choix de la **stratégie** de gestion des risques.
- Définition des **mesures de prévention** existantes ou à mettre en place, **plan d'action** et **communication**.
- **Suivi** des résultats.



#### Retours d'expérience

- **Analyser** les résultats.
- **Exploiter** l'expérience.
- **S'améliorer**.

CONTINUER

#### Les étapes de la méthode en détail

*Cliquez sur chaque onglet pour en savoir plus.*

##### Définir le périmètre d'étude —

On peut définir son périmètre en collectant des informations nécessaires. **Procéder au QOOCCP est alors utile**  
:

- **Pourquoi ?** Dans quel but réaliser l'étude ? Quels sont les objectifs ? Les causes à l'origine du projet ?
- **Quoi ?** Quel est le système ou le processus étudié ?
- **Qui ?** Sur qui cela agit-il ? À qui cela rend-t-il service ?
- **Où ?** Où se déroule le processus à étudier ?
- **Comment ?** Quelle organisation pour l'étude ? Quel est le rôle et la composition du comité de décision, de l'équipe projet ? Comment sera animée la démarche ?...
- **Quand ?** Quelles sont les échéances ? A quelle fréquence se réunir ?...
- **Combien ?** Quel est notre budget ?

## Identifier les risques —

**La cartographie des risques** se révèle être l'instrument le plus pertinent pour identifier, évaluer et hiérarchiser les risques d'une organisation. Elle permet de recenser les risques majeurs et de les présenter de **façon synthétique sous une forme hiérarchisée**. Elle dresse un état des lieux complet des vulnérabilités. C'est la donnée de sortie de l'identification des risques.

**Deux grandes approches** existent pour élaborer une cartographie des risques (cf chapitre "zoom") :

1. Par processus
2. Par typologie de risques



## Évaluer les risques

Une fois les risques identifiés, il convient de faire :

- **Une Évaluation qualitative** : recherche des causes et des effets
  - Mode de défaillance : Comment le processus ou le moyen de production ne remplit plus sa fonction
  - Cause : Pourquoi la défaillance apparaît
  - Effet : Comment la défaillance se manifeste, dommages éventuels
- **Une Évaluation quantitative** : évaluation de la fréquence et la gravité.
  - 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.
  - **Criticité = Gravité x Fréquence**

**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.

*Cliquez sur l'image pour l'agrandir si nécessaire.*

## MATRICE DE CRITICITÉ :

	Mineur		Majeur		Catastrophique
	Significative			Critique	
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

## GRILLE DE COTATION :

	Mineur	Critique		
		Notable	Majeur	
Fréquent	50%	60%	80%	100%
Possible	40%	50%	60%	80%
Rare	20%	40%	50%	60%
Extrêmement rare	0%	20%	40%	50%

### Réduire les risques

1. Une fois réalisées l'identification, l'évaluation et la priorisation des risques, il faut définir la stratégie que l'on va appliquer aux différents risques :

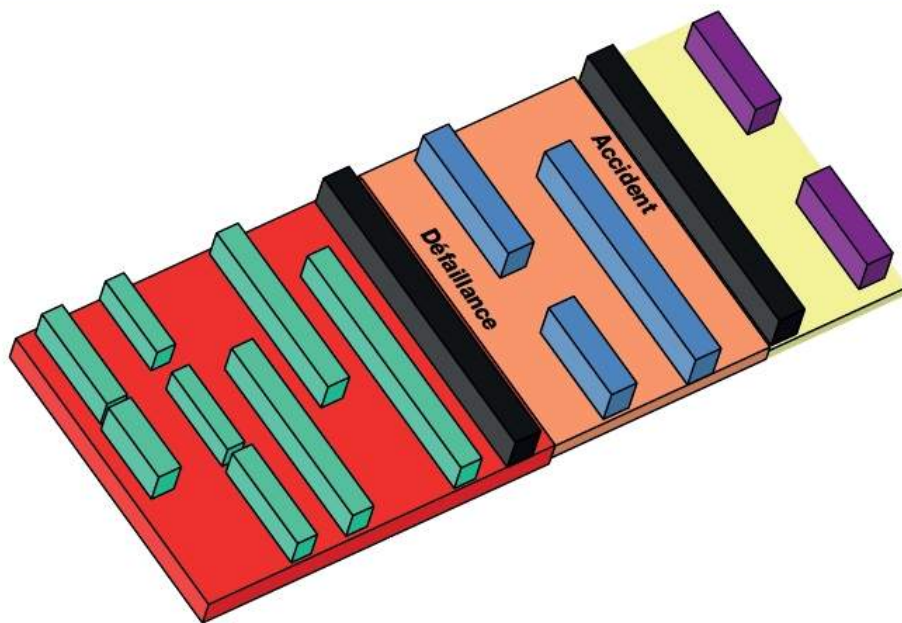
- **La suppression du risque** : elle peut être **obtenue soit par la suppression de l'activité, soit par la modification du procédé** en éliminant les étapes porteuses de risque.
- **La prévention du risque** : elle a pour **objectif d'éviter que se produisent les défaillances**.
- **La récupération 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.

2. **Les mesures de prévention** existantes ou **à proposer** :

- **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**.

3. Il faut mettre en place **un plan d'action** :

- 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**.



## Retour d'expérience

Les retours d'expériences 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.

CONTINUER

## Zoom sur les deux approches d'identification des risques

Comme vous l'avez vu, **l'étape d'identification des risques peut passer par deux approches** pour élaborer une cartographie des risques :

- L'approche par processus



- L'approche par typologie de risques



### L'approche par processus

Dans un premier temps, il faut réunir les acteurs concernés par le processus susceptibles de participer à l'étude.

Pour le processus sélectionné, le groupe va **établir une liste des dysfonctionnements** rencontrés, **leurs conséquences sur l'organisation** ainsi que leurs **causes apparentes**.

Il faut noter que les causes réelles d'un phénomène sont souvent fort éloignées des causes apparentes.

L'identification des risques correspond à :

- **Identifier le processus.**
- **Décrire le processus de travail** réel avec les professionnels directement impliqués.
- **Réaliser une représentation graphique** du processus c'est-à dire établir la séquence des étapes du processus sous la forme d'un enchaînement d'actions.

- Identifier les dysfonctionnements et situations à risques associés à chacune des étapes du processus c'est-à-dire repérer l'effet de chaque défaillance potentielle sur le processus.
- Rechercher et identifier les causes.
- Identifier et évaluer les barrières de sécurité existantes.

## UN EXEMPLE ?



Processus	Sous processus	Risque / Mode de défaillance	Cause / Facteurs de risque	Effets produits / Dommages éventuels
Circuit du médicament	Prescription	Erreur de prescription médicamenteuse	Méconnaissance du traitement du patient	Accident iatrogène Médicament non adapté à la pathologie
			Mauvaise qualité de rédaction	
			Identification défaillante	
			Méconnaissance des pathologies	
			Retranscription de la prescription	
			Prescription orale non validée	
Erreur de durée de prescription				

*Cliquez sur l'image pour l'agrandir*

### Exemple de l'analyse du circuit du médicament.

L'approche par processus permet de s'interroger sur **toutes les étapes**, dites "sous processus", composant le processus.

Ci-contre, c'est le sous-processus de la **prescription médicamenteuse** qui est analysé afin d'établir la liste des risques, des causes et des effets dans le détail.

CONTINUER

## L'approche par type de risques

Cette approche repose sur le repérage d'un **ensemble de risques pour un domaine ou typologie**.

C'est la méthode utilisée pour évaluer les risques professionnels ou les risques de maltraitance par exemple, que l'on peut difficilement **analyser au regard d'un processus**.



“Prenez connaissance des **guides à télécharger** ci-dessous sur le risque de maltraitance.

Ce sujet sera travaillé en cas pratique lors de la journée en regroupement.”

-L'équipe MQS



2009\_guide\_gestion\_des\_risquesDomicile\_final.pdf

175.9 KB



guide\_gestion\_des\_risquesPAPHetab\_2\_-2.pdf

165.5 KB



CONTINUER

Les résultats attendus de la méthode AMDEC

Selon vous, quels sont les bénéfices à mettre en place la méthode AMDEC ?

*Cliquez et faites glisser chaque bénéfice face à l'action réalisée pour l'obtenir.*

☰ La satisfaction des résidents

Grâce à la diminution des effets qu'ils pourraient subir en cas de survenance d'un risque.

☰ L'amélioration et la stabilité du processus

Grâce à la hiérarchisation des risques et le traitement prioritaire des risques critiques.

☰ La diminution des risques inhérents au processus

Grâce à la mise en œuvre d'un plan d'action.

☰ L'optimisation des contrôles

Grâce à la détermination d'un plan de surveillance des actions préventives et correctives

SUBMIT

CONTINUE

---

## Adaptation de l'AMDEC au DUERP

*Cliquez sur le marqueur ci-dessous pour en savoir plus.*

DUERP

02

# DUERP

# 02

## DUERP

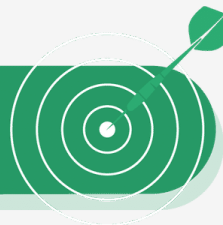
C'est le **Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels**. Ce document doit permettre d'identifier et de classer par niveau de gravité les risques auxquels sont soumis les salariés, ceci en vue de mettre en place des actions de prévention.

---

Le traitement de la démarche du DUERP passe par les **5 étapes** de la méthode de l'AMDEC.

## 01

### Définir le périmètre



**Une approche pluridisciplinaire** est recommandée afin de renforcer l'évaluation des risques, développer la culture de prévention et favoriser le dialogue social.

Pour définir le périmètre d'étude :

- Choisir les **personnes participantes** et définir de leurs rôles.
- 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.
- Établir la **planification**.

CONTINUER



Identifier les risques

02

Les méthodes d'analyse doivent être **décrites dans le DUERP** pour pouvoir être réutilisées :

- **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.

UN EXEMPLE ?

Voici le Guide proposé par l'INRS sur les typologies de risques au travail

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

*Cliquez sur l'image pour l'agrandir*

Prenons l'exemple de l'unité de travail "ménage / entretien" comprenant les tâches de travail "entretien des locaux" et "plonge".

Selon vous, quels types de risques pourriez-vous analyser en lien avec ces tâches ?



CONTINUER

Vous pourriez analyser les typologies de risque 5 et 7 dans l'unité de travail Ménage/entretien de la façon suivante :

Unité de travail : Ménage/entretien		
Phase de travail	Type de risque	Causes / facteurs de risques
Entretien des locaux	<u>Risques liés aux produits</u>	Utilisation de produits de nettoyage allergisants
Plonge	<u>Risques liés à la charge physique de travail</u>	Soulèvement répété de charges lourdes (bacs de vaisselle)

CONTINUER

03

Évaluer les risques



Pour évaluer les risques, il faut d'abord évaluer puis hiérarchiser le risque avec le calcul de sa criticité : Gravité x Fréquence.

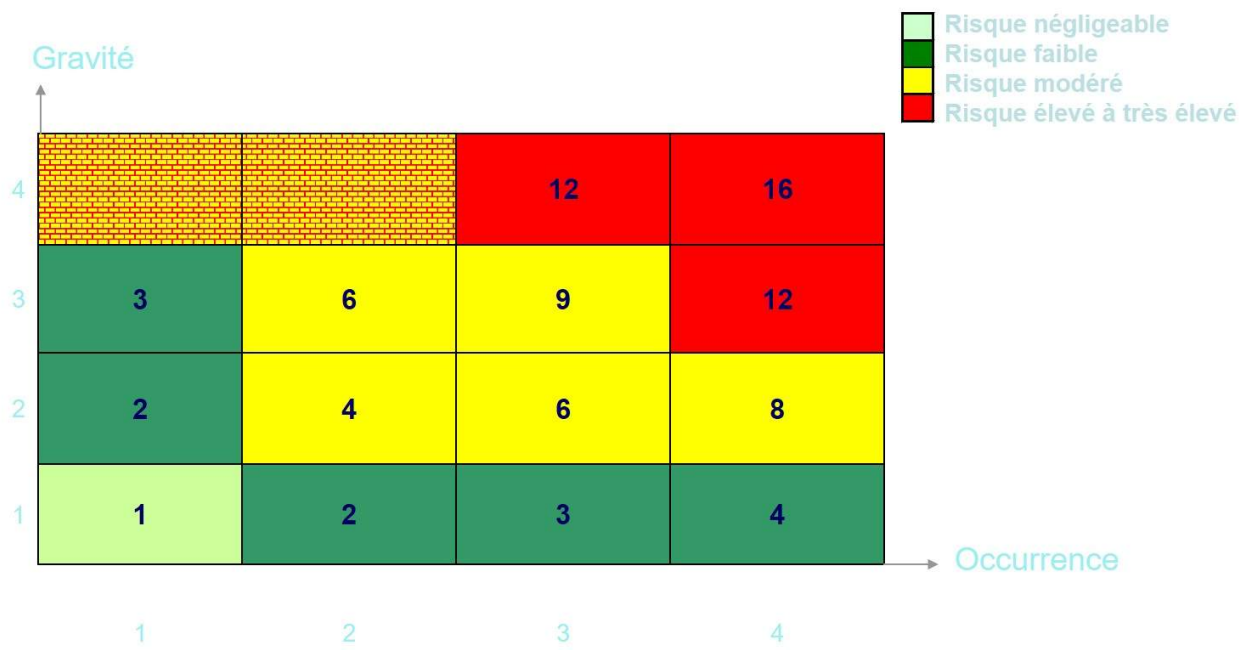
Pour cela, il est nécessaire de **définir une échelle** de gravité et d'occurrence.

Cliquez sur les flèches < ou > pour faire défiler.

<b>G</b>	<b>GRAVITE</b>	<b>O</b>	<b>OCCURRENCE</b>
<b>1</b>	<b>Pas de conséquence</b>	<b>1</b>	<b>Pas ou peu d'exposition</b>
<b>2</b>	<b>Dommmages faibles sans AT</b> <i>Irritations, Migraines</i> <i>Indispositions, Petits</i> <i>hématomes</i>	<b>2</b>	<b>Quelques heures par mois</b>
<b>3</b>	<b>Dommmages réversibles entraînants souvent des AT</b> <i>Blessures superficielles</i> <i>Plaies, Ecchymoses</i> <i>Brûlures</i>	<b>3</b>	<b>Quelques heures par semaine</b>
<b>4</b>	<b>Dommmages irréversibles</b> <b>Maladies professionnelles</b>	<b>4</b>	<b>Plusieurs fois par jour -</b> <b>Permanent</b>

### **Définition des niveaux 1 à 4**

---



## Matrice de criticité


Puis, il faut coter **collectivement** chaque critère pour obtenir un **consensus sur la note**. Enfin, il ne reste plus qu'à calculer la criticité.

### Application à l'exemple de l'unité de travail Ménage / entretien

Unité de travail Ménage/entretien - Poste Agent de service						
Phase de travail	Types de risques	Causes / facteurs de risques	Domage	G	F	C
Entretien des locaux	<u>Risque liés aux produits</u>	Utilisation de produits de nettoyage allergisants	Allergie Problèmes cutanés	3	3	9 3*3

Plonge	<u>Risques liés à la charge physique de travail</u>	Soulèvement répété de charge lourdes (bacs de vaisselle)	Troubles musculo-squelettiques (TMS)	3	4	12 3*4
--------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------	---	---	-----------

CONTINUER



Réduire le risque

04

Il faut connaître le **niveau de maîtrise (M)** c'est-à-dire rechercher les **moyens de prévention** déjà mis en place. La maîtrise (M) du risque est fonction des mesures existantes dans la structure afin de supprimer ou limiter le risque. Elle peut être évaluée selon 4 niveaux présentés ci dessous.

La **question** à se poser pour les définir est :

**Qu'est-ce qui est mis en place pour que le dommage n'arrive pas ?**

MAITRISE DU RISQUE		
Très bonne	La prévention inclut des mesures d'ordre collectif et individuel, sur les plans techniques, organisationnels et humains	niveau 1
Bonne	Les mesures de prévention essentielles existent, mais d'autres sont encore	Niveau 2

MAITRISE DU RISQUE		
	possibles	
A améliorer	Quelques mesures de prévention existent mais sont à améliorer	Niveau 3
Néant	Aucune mesure n'existe ou il manque une mesure importante ou les mesures sont inadaptées ou non mises en œuvre	Niveau 4

Unité de travail : Ménage/entretien								
Phase de travail	Type de risques	Causes / facteurs de risques	Dommages	G	F	C	Mesures	
							Existantes	M
Entretien des locaux	<u>Risques liés aux produits</u>	Utilisation de produits de nettoyage allergisants	Allergie / Problèmes cutanés	3	3	9	Port de gants, Fiches produits	2
Plonge	<u>Risques liés à la charge physique de travail</u>	Soulèvement répété de charge lourdes (bacs de vaisselle)	TMS	3	4	12	Formation gestes et postures	1

Cette question doit se poser sur **trois niveaux** :

- Le **niveau organisationnel** qui concerne les ressources utilisées pour l'**organisation de la prévention**.
- Le **niveau technique** qui concerne les **moyens matériels** existants pour la prévention
- Le **niveau humain** qui concerne l'**équipement de protection** du salarié, l'**information** et la **formation** qu'il reçoit.

**i** Plus la **criticité** est **haute** et le **niveau de maîtrise faible**, plus il est **urgent** de mettre en place des **actions préventives**.

CONTINUER

### A vous de jouer !

A quel niveau (Organisationnel, technique ou humain) correspondent les moyens de prévention ci-dessous ?

*Cliquez et déposez chaque carte dans la catégorie lui correspondant.*

NIVEAU  
ORGANISATIONNEL

Déployer une campagne de sensibilisation des salariés au risque

Evaluer la pénibilité des postes

Alterner les tâches

Aménager des pauses dans un lieu tempéré (salariés travaillant au froid)

**Définir une procédure en cas  
d'agression**

NIVEAU TECHNIQUE

**Achat d'une nouvelle  
machine**

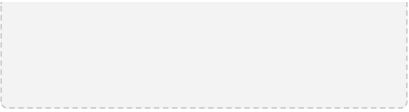
**Acheter des machines moins  
bruyantes**

**Installer des stores ou filtres  
UV aux fenêtres**

**Vérifier l'éclairage des lieux de  
circulation**

**Fournir des échafaudages et  
échelles conformes**

NIVEAU HUMAIN



Fourniture d'EPI	Donner des consignes
Formation du salarié	Habilitations électriques adaptées
Accompagner les salariés en souffrance	

CONTINUER

05

Retour d'expérience



Le retour d'expérience est réalisé en règle générale au cours des **réunions du comité social et économique (CSE)** en charge de la réévaluation du DUERP.

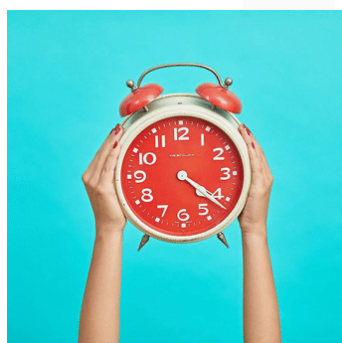


Il permet la réversion du document et le suivi du plan d'actions.

[CHAPITRE SUIVANT](#)

## Zoom sur le plan bleu 🕒 45 min

---

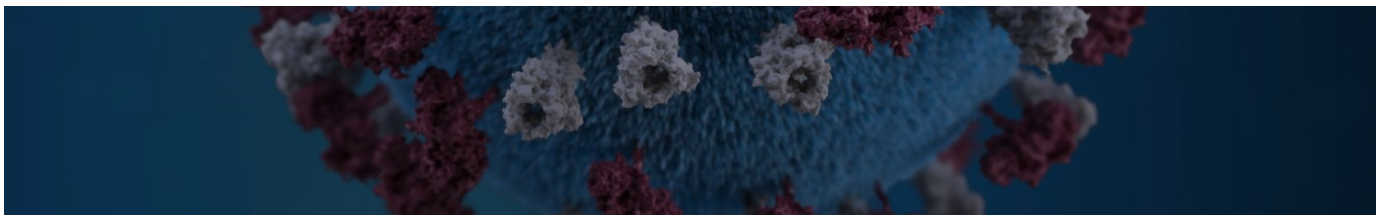


“Cette partie de **45 minutes** va vous permettre de connaître le plan bleu en détail : les enjeux, son contenu et sa procédure et ”

DEMARRER LE CHAPITRE

---

Garantir la continuité et la qualité des prises en charge et de l'accompagnement.



## A votre avis ?

### Quels sont les intérêts à mettre en place un Plan Bleu ?

Choisissez la ou les proposition(s) qui vous semble(nt) correcte(s).

---

- Anticiper les conséquences d'un risque identifié.
- Adapter son organisation pour éviter d'être sollicité en cas d'alerte.
- Améliorer la réactivité des équipes en cas d'alerte.
- Préserver le bien-être et la santé des résidents et du personnel.
- Se mettre simplement en conformité avec la loi.

SUBMIT

Le Plan Bleu est un plan de gestion de crise permettant la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables permettant de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature.

CONTINUER

## Comprendre les typologies de risques



### A vous de jouer !

Classez ces exemples de risque selon qu'ils vous semblent être d'origine interne ou externe.

*Cliquez et déposez chaque carte dans la catégorie qui vous semble correcte.*

RISQUES D'ORIGINE  
EXTERNE

TIAC (Toxi-infection  
Alimentaire Collective)

Alerte d'une centrale  
nucléaire

Inondation

Canicule

Gastro-entérite virale

Ouragan

RISQUES D'ORIGINE  
INTERNE

Panne de chaudière

Rupture d'approvisionnement  
en eau

Panne d'ascenseur

Rupture de continuité du  
service restauration

Rupture d'approvisionnement  
en médicaments

CONTINUER

Les risques à considérer ne sont pas nécessairement internes à l'établissement. Il convient également d'anticiper ceux d'origine externe.

Les risques d'origine  
externe

Les risques d'origine  
interne

**Risques naturels** tels que les intempéries (canicule, grand froid, inondation, tempête), avalanche, séisme, etc.

**Risques technologiques** tels que le risque industriel, nucléaire, le transport de matière dangereuse, le trafic aérien, la rupture de barrage.

**Risques sanitaires** tels que les risques infectieux (affection virale, bactérienne ou parasitaire), la TIAC (Toxi-infection Alimentaire Collective), la gastro-entérite virale, l'affection respiratoire, la tuberculose, la gale, la méningite, la légionellose, etc.

**Risques logistiques et notamment les ruptures en approvisionnements extérieurs** tel que l'eau, les ressources énergétiques (électricité, fioul, gaz...), les produits médicaux et pharmaceutiques (médicaments, vaccins, petits matériels...),etc.

**Risques de ruptures de service** tels que la restauration, la lingerie, les ordures ménagères, les déchets de soins.

**Risques de panne** tels que la chaudière, l'ascenseur, etc.

## Comprendre la situation sanitaire exceptionnelle

### Selon vous...

**Parmi ces événements récents, lesquels sont des situations sanitaires exceptionnelles ?**

*Choisissez les propositions qui vous semblent correctes.*

- 
- Les attentats de Nice en juillet 2016
  - La pandémie de Covid-19
  - L'incident sur un site pétrochimique à Berre l'Etang



## Les intempéries dans les Alpes-Maritimes en 2020

SUBMIT

CONTINUER

On entend par situation sanitaire exceptionnelle, **un évènement émergent, inhabituel et/ou méconnu** qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité (en terme notamment d'**impact sur la santé** des populations, ou de fonctionnement du **système de santé**) ou de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) et pouvant aller jusqu'à la crise.

C'est un **évènement qui peut impacter la santé** des populations ou le fonctionnement du système de santé par :

- **Sa nature** : spécifiquement sanitaire, variée ou aux répercussions sanitaires comme par exemple, la rupture d'approvisionnement en dispositifs médicaux ou produits de santé.
- **Son ampleur** : départementale, régionale ou nationale.
- **Son origine** : nationale ou internationale mais ayant des conséquences sanitaires sur le territoire.
- **Sa dynamique** : nécessitant des mesures de gestion d'urgence ou, au contraire, relevant d'une temporalité plus lente.

CONTINUER



## Que comprend le Plan Bleu ?

Lors de l'apparition d'une situation de crise, la sécurisation de la population nécessite la mise en œuvre de la gestion de crise. Ceci est un dispositif organisationnel destiné à prévenir et traiter les crises qui peuvent survenir. Dans le secteur **médico-social**, ce dispositif est traduit dans un **plan bleu**.

Le Plan Bleu est un document constitué de **quatre éléments essentiels** qui charpentent la gestion d'un événement exceptionnel.

*Cliquez sur chaque carte pour en savoir plus sur ces quatre éléments.*

### L'ORGANISATION GÉNÉRALE

- ✓ La mention des **rédacteurs et référents** du plan bleu
- ✓ Le **descriptif de l'établissement** (plan de masse, activités et organisation) et des **risques** auxquels il est soumis.
- ✓ La mise en place d'une **convention avec un établissement de santé** proche définissant les

## L'ORGANISATION EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

✓ La **mise en alerte** au sein de l'**établissement**.

✓ La **mise en alerte** des **partenaires externes** par l'établissement.

✓ La mise en place d'une **cellule de crise**.

✓ Le **maintien** de l'activité.

## LES PROCEDURES

Les **procédures**, les **fiches réflexe**, les **fiches action** doivent être précisées et intégrées au Plan Bleu.

## LA CONCERTATION

Le Plan Bleu doit faire l'objet d'un **travail de concertation** et de **constante amélioration** grâce à la pratique de mises en situation et de retours d'expérience réguliers.

CONTINUER

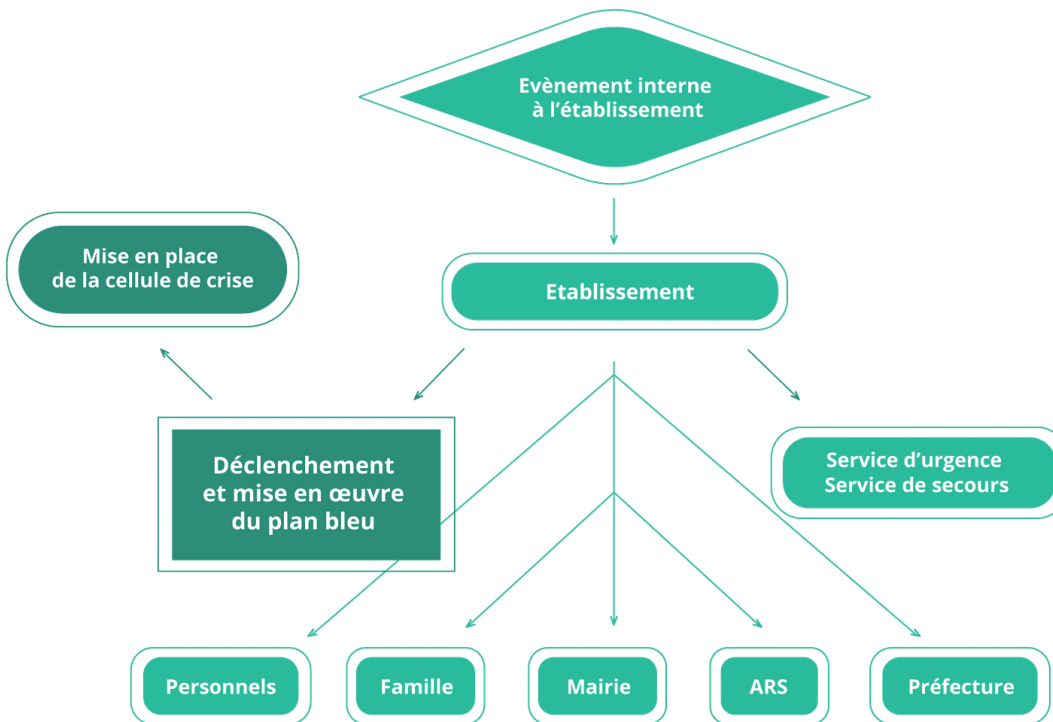
## Les éléments essentiels qui charpentent le Plan Bleu

### 01 - La mise en alerte

Les outils définis par le plan bleu doivent permettre une **mise en alerte du personnel** de la structure, quelles que soient la nature et l'intensité de la crise.

Le plan Bleu est mis en œuvre à partir d'une **cellule de crise**.

Selon que l'événement à risque soit interne ou externe, la procédure varie légèrement.



**Cliquez sur l'image pour l'agrandir**

### **EN CAS D'ÉVÉNEMENT INTERNE**

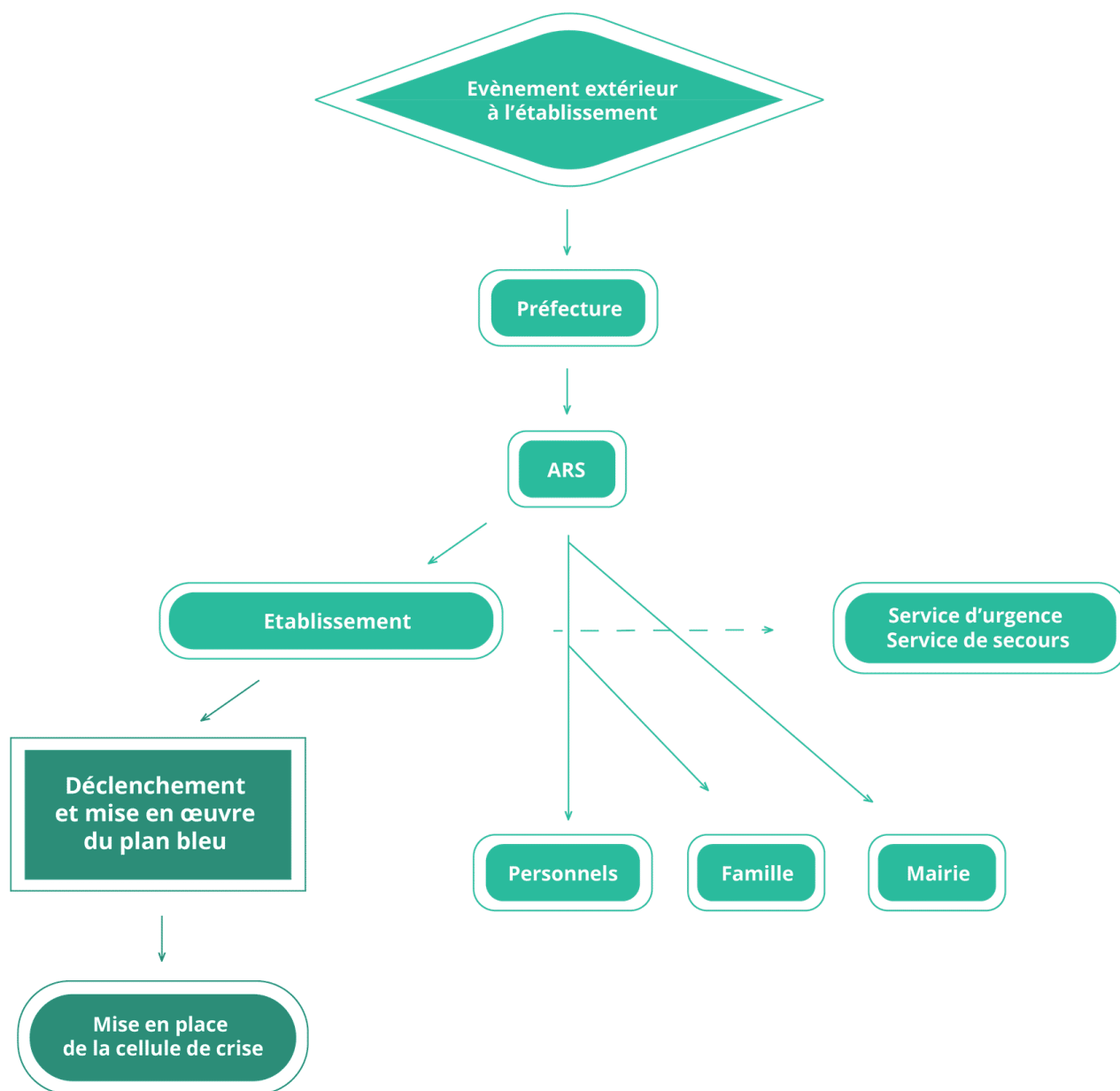
Le directeur de l'établissement met en place le Plan Bleu et la cellule de crise et le cas échéant, laisse agir les services de secours.

Le personnel et les familles sont informées ainsi que les partenaires publics (ARS, préfecture...)

### **EN CAS D'ÉVÉNEMENT EXTERNE**

La Préfecture et/ou l'ARS préviennent l'établissement de l'événement externe et se chargent également d'informer le personnel et les familles.

Le directeur déclenche le Plan Bleu et met en place la cellule de crise.



Cliquez sur l'image pour l'agrandir

CONTINUER

## 02 - La mise en place d'une cellule de crise

La cellule de crise est un organe décisionnaire qui a pour mission :

- L'**alerte et l'information** des autorités.
- L'**estimation de la gravité** de la situation.
- L'**évaluation des besoins** de l'établissement et des **moyens** dont il dispose.
- La mise en œuvre des **actions nécessaires** pour faire face à la crise.
- En fin de crise, la réalisation d'une synthèse sous forme de **retour d'expérience** (RETEX).

Pour ce faire, la cellule de crise est principalement **composée des responsables de tous les services**.

Des **rapports réguliers** sont nécessaires afin de suivre l'évolution du plan.

Le plan bleu décrit :

- La composition de la cellule de crise.
- Les coordonnées personnelles des membres.
- La localisation de la cellule de crise.
- Les actions prioritaires de la cellule de crise.
- Le rôle des membres de la cellule en cas d'alerte (les fiches actions).



La fin de crise doit être notifiée à l'ensemble du personnel

**CONTINUER**

### 03 - L'activation des procédures "réflexes"

C'est la **réflexion sur la manière d'intervenir si un évènement arrive**.

Les procédures réflexes précisent les objectifs à atteindre en cas d'évènement à risque. C'est pourquoi, pour les atteindre, il est impératif d'**impliquer le personnel à tous les niveaux** dans la rédaction des procédures.

Les procédures réflexes garantissent :

- Le cadre de référence que chacun doit appliquer de manière à toujours opérer de la même façon.
- L'expression et la conservation du savoir-faire de l'organisation.
- L'assurance de la continuité dans l'exécution d'une tâche.
- L'information rapide des nouveaux venus par l'existence d'une procédure écrite et facilement consultable.



“A titre d'exemple, téléchargez et consultez la fiche réflexe ci-dessous sur le cas de la rupture d'approvisionnement en eau potable. ”

L'équipe MQS.



Fiche reflexe rupture d'approvisionnement en eau potable.pdf  
135.4 KB



CONTINUER

#### 04 - La communication de crise

Il est primordial de rester vigilant à la communication pendant et après la période de crise. Mais, pour être efficace, cette communication doit respecter certains critères.

*Cliquez sur chaque carte pour les découvrir.*

## EMPATHIE & ÉCOUTE



Face aux inquiétudes et à l'émotion que génère la crise, la **structure doit rassurer** et se montrer solidaire en utilisant des qualités d'**écoute et d'empathie**.

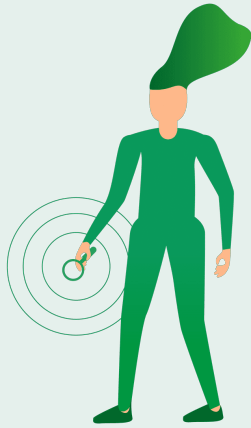
## OFFENSIVE



Votre communication doit être **offensive**. Cela passe par l'**occupation du terrain** et la **diffusion constante d'informations**. Tant que la crise est présente, il ne faut **pas cesser** de communiquer.



## FIABILITÉ ET TRANSPARENCE



Se montrer **transparent et fiable** dans sa communication permet d'éviter la propagation d'**informations erronées, souvent liées à l'interprétation** des propos.

## OUVERTURE



Il s'agit de **combattre le symptôme de la tour d'ivoire** en n'hésitant pas à solliciter ses partenaires et ses alliés.

## RETOUR D'EXPÉRIENCE



Après l'analyse des causes de la crise, il est important **d'échanger** pour obtenir les **retours d'expérience** de chacun.

CONTINUER

L'élaboration du Plan Bleu nécessite d'appliquer une méthodologie en 3 étapes.

Cliquez sur **COMMENCER** puis sur la flèche **>** pour découvrir les étapes.

## Méthodologie d'élaboration du Plan bleu

01

Pilotage



Descriptif

02

03

Opérationnalité



## Étape 1

### **Pilotage**

- Constitution d'un groupe pilote
- Sensibilisation du groupe
- Revue documentaire de l'existant

## Descriptif

Réalisation d'un état des lieux :

- Description des caractéristiques de la structure
- Identification des principaux risques
- Inventaire des moyens et des personnels

### Étape 3

## Opérationnalité

- Formalisation des fiches actions des membres de la cellule
- Formalisation des fiches réflexe / procédures en cas de crise
- Recueil des annexes

VÉRIFIER MES CONNAISSANCES

## En résumé 🕒 10 min

---



“**Félicitations !** Vous avez terminé le chapitre concernant la gestion des risques "a priori". Qu'en avez-vous retenu ?

Vérifiez-le en répondant à ce quiz de **6 questions**. Vous avez toujours droit à l'erreur !”

- L'équipe MQS

**Question 1 / 6**

**Qu'est ce que l'AMDEC ?**

*Sélectionnez la proposition qui vous semble correcte.*

---

- Une méthode d'analyse quantitative.
- Une méthode d'analyse empirique.
- Une méthode avec une action préventive.
- Une méthode avec une action curative.

SUBMIT

SUIVANT

**Question 2 / 6**

**Comment sont priorisées les actions ?**

*Sélectionnez la proposition qui vous semble correcte.*



- 
- En considérant les deux critères de la note de criticité (fréquence et gravité).
  - A partir du critère le moins pénalisant de la note de criticité.
  - A partir du critère le plus pénalisant de la note de criticité.
  - Uniquement à partir de la gravité.

SUBMIT

SUIVANT

### Question 3 / 6

**Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)...**

*Sélectionnez la proposition qui vous semble correcte.*

---

- Fait partie des obligations réglementaires de l'employeur.
- Fait partie des obligations réglementaires de l'entreprise.

Fait partie des obligations réglementaires des salariés.

SUBMIT

SUIVANT

**Question 4 / 6**

**Le plan bleu est uniquement activé en cas de canicule ?**

*Sélectionnez la proposition qui vous semble correcte.*

Vrai

Faux

SUBMIT

SUIVANT

**Question 5 / 6**

**Élaborer le plan bleu, c'est se questionner sur sa capacité à faire face à une situation inattendue ?**

*Sélectionnez la proposition qui vous semble correcte.*

---

Vrai

Faux

SUBMIT

SUIVANT

**Question 6 / 6**

**Que représente la composante G dans le calcul de la criticité ?**

*Sélectionnez la proposition qui vous semble correcte.*

---

Graphisme

Gravité

Grandeur

SUBMIT



VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS POUR CONTINUER



Ce qu'il faut retenir !

La gestion des risques a priori.



1

AMDEC = Analyse des modes de défaillances, de leurs effets et de leur criticité.

2

Le document unique peut être élaboré avec l'aide de l'AMDEC.

3

Le plan bleu comprend la gestion des risques suivants : naturel, technologique, sanitaire, logistique, rupture de services, panne.

**FAIRE UNE PAUSE OU PASSER À LA PARTIE SUIVANTE**

## Introduction à la gestion des risques a posteriori 🕒 45 min

---




“A l'issue de ce chapitre de **45 minutes**, vous connaîtrez l'**origine** et la **définition** d'un événement **indésirable.**”

DEMARRER LE CHAPITRE

---

Tirer des enseignements de l'expérience

A snowboard and two ski poles are lying on a snowy surface. The snowboard is positioned horizontally, and the ski poles are positioned vertically next to it. The background is a soft, out-of-focus white snow.

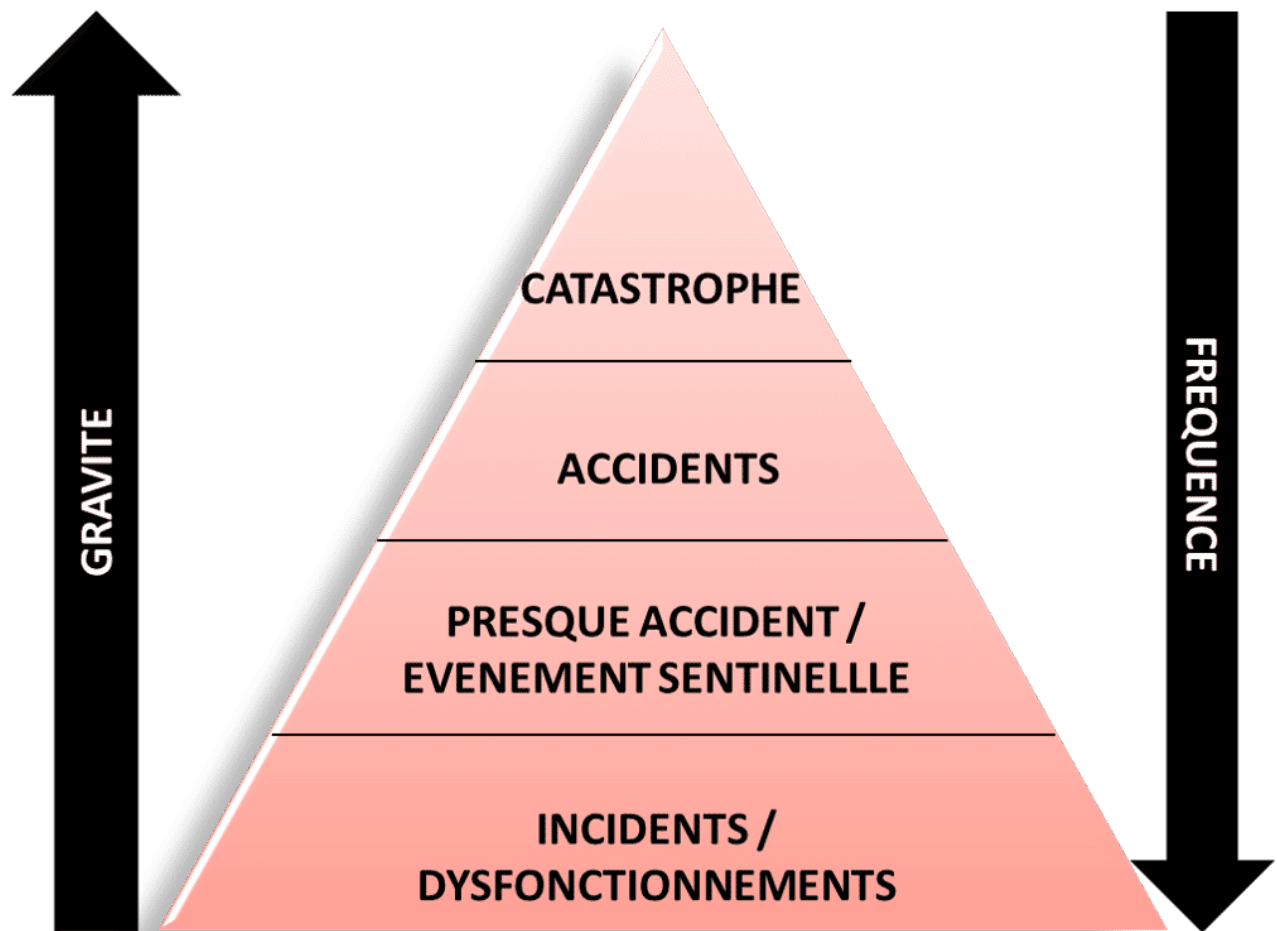


---

**Il s'agit de prendre en compte tous les événements, même mineurs, qui témoignent de l'existence de risques. En l'absence de démarche de gestion des risques, les événements se produisent sans que l'institution n'en tire un enseignement.**



**La pyramide de Bird**



**Frank E. Bird Jr** a élaboré cette pyramide à la suite d'une étude menée par la compagnie d'assurance *Insurance Company of North America* en **1969**. L'étude a porté sur 1 753 498 accidents déclarés par 297 entreprises.

Franck E. Bird Jr et son équipe parvinrent à modéliser les accidents dans une proportion de **1 - 10 - 30 - 600**. Pour **1 accident grave** (incapacité permanente), la **même cause** a déjà entraîné **10 accidents mineurs** (incapacité temporaire), **30 accidents bénins** (sans suite) et **600 "presque accidents"**.

La pyramide de Bird exprime le fait que la **probabilité de survenue d'un accident grave augmente en fonction du nombre de presque accidents et d'incidents déjà survenus**.

Par conséquent, si une entreprise réussit à **réduire le nombre d'incidents** au bas de la pyramide, le **nombre d'accidents** sera forcément également réduit.



# Les événements indésirables

Ce que la pyramide de Bird opère comme classement correspond dans le secteur médico-social et sanitaire aux **événements indésirables**.

Depuis la publication des lois d'adaptation de la société au vieillissement et de modernisation de notre système de santé, **les établissements et services sociaux et médico-sociaux** sont soumis à une **obligation de déclaration des événements** survenus au sein de leur structure.

Ainsi, en fonction de la nature des faits, on distingue les déclarations suivantes :

1

Le signalement de dysfonctionnements ou **d'événements indésirables**

2

La déclaration d'**événements indésirables graves associés à des soins**

3

La déclaration d'**événements sanitaires indésirables**

L'**événement indésirable ou dysfonctionnement grave (EIG)** est un évènement susceptible de causer un dommage. Sa survenue **perturbe la réalisation des missions premières** d'un établissement ou service, c'est-à-dire assurer un accompagnement de qualité aux usagers et garantir la sécurité et la santé du personnel.

On distingue aussi dans la réglementation l'**événement indésirable grave associés aux soins (EIGS)**. Il peut s'agir de **tout incident préjudiciable** à un usager survenu **lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement**.

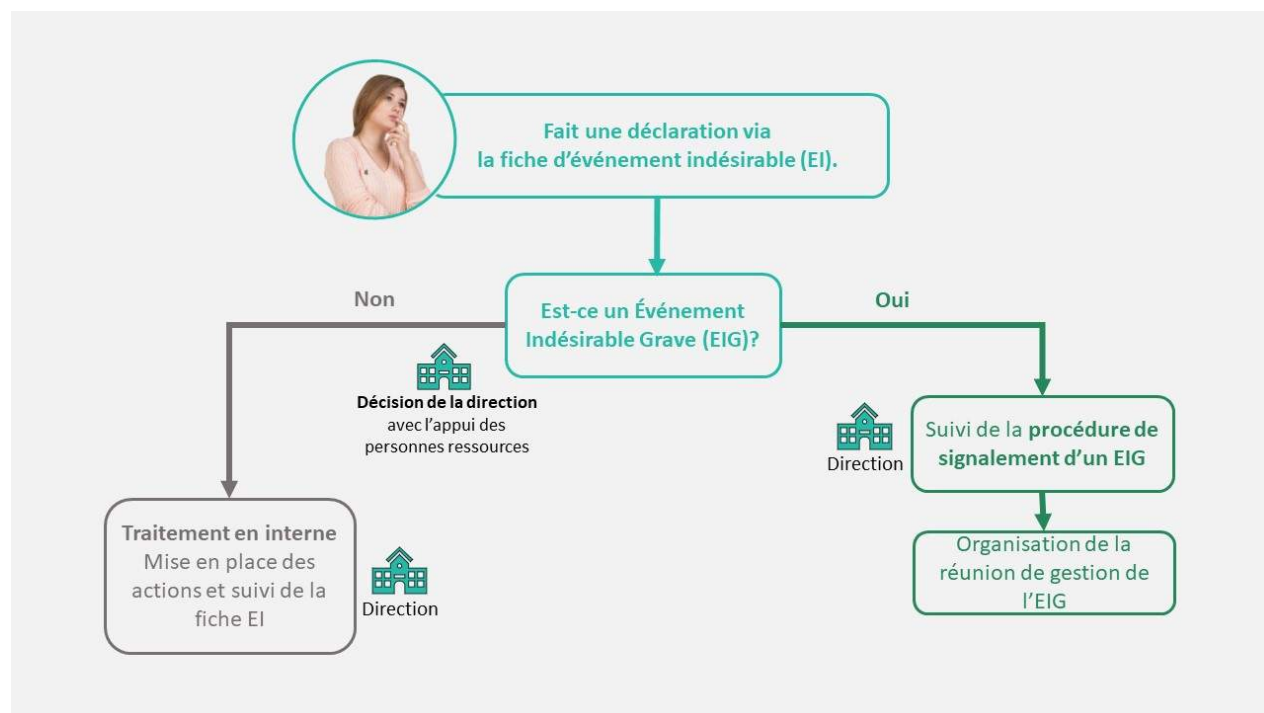
Enfin, on distingue les **événements sanitaires indésirables (ESI)** relevant **d'un système de vigilance sanitaire ou de déclaration réglementée** (à l'exception des déclarations obligatoires mentionnées ci-dessus qui font l'objet de déclarations spécifiques).

Certains EI peuvent faire l'objet d'une déclaration externe (auprès de l'ARS, de l'HAS).

Mais, attention, **tout événement indésirable (EI)** nécessite d'être relevé. Que ce soit une alerte qui ne produit aucun dommage, un événement sentinelle ou « presque accident » dont la gravité est quasi nulle, ces signaux d'alerte nous avertissent très utilement. Ce sont des événements indésirables à **déclarer en interne**.

## Le circuit de déclaration d'un événement

C'est la **gravité** de l'événement indésirable qui aide à la décision et au choix du circuit de déclaration **interne** ou **externe**.



**i** Cependant, la notion de gravité n'a pas vraiment de définition précise. On peut estimer qu'on doit faire face à un **événement indésirable grave (EIG)** lorsqu'il **impacte fortement la sécurité des biens ou des personnes**.

**A vous de jouer !**

 Thumbnail

CONTINUER

## Le cadre juridique des déclarations d'événements indésirables graves



“Téléchargez et lisez cette fiche repères pour bien comprendre **les bases législatives et réglementaires** de la déclaration d'événements indésirables graves (EIG) en établissements et services médico-sociaux. (🕒 10 min)  
”

L'équipe MQS.



Fiche repères sur le signalement en ESMS.pdf  
156.6 KB



CONTINUER

## Etat des lieux en France

Le dispositif de déclaration des **événements indésirables graves associés à des soins (EIGS)** fonctionne depuis **mars 2017**.

Il permet à **tous les professionnels de santé**, quels que soient leurs lieux d'exercice, en établissements de santé, en structure médico-sociale ou en ville **de déclarer les EIGS** qu'ils ont rencontrés dans leurs pratiques.

Le dispositif de déclaration est articulé avec

- les agences régionales de santé (ARS),
- des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA),
- la Haute Autorité de Santé (HAS).

La **HAS** est chargée de **collecter et d'analyser les EIGS** après leur traitement au niveau régional (ARS) **pour ensuite rechercher, au niveau national, des préconisations** permettant d'améliorer la sécurité du patient/usager.

Ce rapport annuel porte sur 820 déclarations d'EIGS reçues à la HAS au 31 décembre 2018 et stockés dans une base de retour d'expérience (base REX-EIGS). Les informations reçues à la HAS intègrent les deux parties du formulaire de déclaration qui sont anonymisées avant réception.



“En 2019, la HAS a reçu et analysé 1080 déclarations d'EIGS dont elle a publié le retour d'expérience dans son rapport annuel.”

L'équipe MQS.



infographie\_rapport\_eigs\_cd\_20211209\_v0\_uodif.pdf  
141.3 KB



CHAPITRE SUIVANT

## La gestion des événements indésirables 🕒 1h00

---



“A l'issue de ce chapitre de **1h00**, vous connaîtrez la **méthodologie** à appliquer aux événements indésirables.”

DEMARRER LE CHAPITRE

Partir de l'expérience pour en tirer des actions



## Selon vous...

D'après votre expérience, est-il simple de remonter les incidents et dysfonctionnements intervenant dans un établissement ?

*Cliquez sur la ou les propositions qui vous semble(nt) correcte(s) puis valider.*

Oui, car c'est une obligation de déclarer les événements indésirables.

Oui, si l'équipe s'entend bien avec la direction.

Non, ce n'est pas simple. Il est préférable de ne rien dire officiellement quand cela se produit.

VALIDER

---

En pratique, peu d'incidents sont remontés

En effet, il n'est pas si simple de faire remonter un incident. Plusieurs **freins** jouent sur les professionnels, notamment la peur de nuire à un collègue ou d'avoir soi-même des ennuis mais aussi la **difficulté à caractériser** un incident minime en tant qu'événement indésirable.

La méthodologie à appliquer dans l'analyse des événements indésirables permettra d'établir une communication et une culture de la gestion des risques au sein d'un établissement.

Mais, des projets peuvent aussi être montés pour **sensibiliser** les professionnels et les usagers par des jeux de rôle et les aider à mieux repérer et déclarer les événements indésirables. La création des **chambres de**

**simulation** en Aquitaine en est un bon exemple.

*Cliquez sur le lien ci-dessous pour en savoir plus (🕒 3 min)*



**Article à lire - Des chambres de simulation pour agir contre la maltraitance...pdf**  
168.1 KB



**CONTINUER**

## La Méthodologie

La gestion des événements indésirables suit **4 étapes** quelque soit le type d'événement indésirable survenu.



01

Remontée d'informations

Analyse des causes

02

03

Actions correctives / curatives



Retour d'expérience

04

ETAPE 1

01

Remontée d'informations




### Ne pas rester seul face à une erreur ou un incident mais organiser son analyse.

La toute première étape est de mettre en œuvre le **système de notification des événements indésirables**.

La plupart des accidents graves surviennent après que des événements indésirables, **moins graves mais plus fréquents**, sont survenus. Ces événements précurseurs auraient pu être analysés comme autant de **révélateurs** d'une situation potentiellement grave.

L'**organisation progressive** du recueil et du traitement des informations relatives aux événements précurseurs constitue donc un **enjeu institutionnel** important.

Pour vous aider à organiser le recueil des événements indésirables, posez-vous les **5 questions** suivantes.

Cliquez sur la flèche  pour passer à la question suivante.

## Question 1

### Que signaler ?

Dans l'absolu, **tout dysfonctionnement** qui perturbe le bon fonctionnement d'un établissement ou d'un service.

Il concerne tous les facteurs non souhaités qui empêchent d'atteindre l'objectif recherché.

Pour rappel : Il existe désormais un **cadre légal** imposant aux ESSMS d'informer sans délai les autorités administratives compétentes (agence régionale de santé, conseil départemental), en cas

- de **dysfonctionnement grave** dans leur gestion ou leur organisation, susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits.
- d'événement, quel qu'il soit, ayant pour effet **de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral** des personnes prises en charge ou accompagnées.

## Question 2

### Pourquoi signaler ?



**Parce que c'est une source d'enseignement pour tous !**

Le signalement permet de favoriser le **développement de la culture de sécurité** en :

- **Aidant** à la gestion de la situation.
- **Corrigeant les défaillances** identifiées.
- **Diminuant** la probabilité de **récidive**.
- Formant et **sensibilisant les professionnels**.
- **Anticipant** les plaintes potentielles.

Déclarer permet aussi d'améliorer les connaissances et les pratiques, au delà de son établissement.

### Question 3

## Qui doit signaler ?



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

Afin de **dédramatiser la déclaration et d'inciter les professionnels** à déclarer les incidents, l'établissement peut s'engager au travers d'une **charte**, à ne pas entamer de procédure disciplinaire à l'encontre d'un salarié ayant signalé un événement (**dans la mesure où il ne s'agit pas d'un cas de manquement délibéré ou répété** aux règles de sécurité / de lutte contre la maltraitance).

Cette charte signée par le Directeur de l'établissement est disponible dans tous les services.

La charte d'incitation aura pour effet de :

- **Réduire** les peurs de la sanction.
- **Mieux connaître** le système de signalement.

- **Montrer l'intérêt du signalement.**

#### Question 4

Quand signaler ?

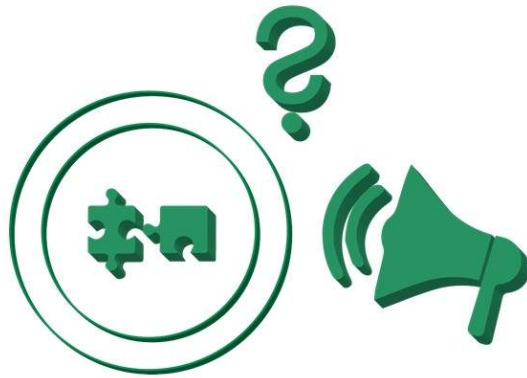


**Le plus rapidement possible, pour éviter l'oubli d'informations.**

Mais, le signalement peut aussi avoir lieu **a posteriori**, si un événement indésirable est reconnu rétrospectivement ou s'il n'a pas fait jusque-là l'objet d'une déclaration.

## Question 5

### Comment signaler ?



Deux cas de figure cohabitent :

- **en interne**, au moyen d'une **fiche d'événement indésirable**. Elle peut être sous format papier ou dématérialisée (logiciel qualité par exemple ou dossier de l'utilisateur)
- **en externe**, par l'intermédiaire d'un **portail de signalement**. C'est l'évaluation de la gravité qui oriente vers la déclaration externe.

CONTINUER





“ La charte d'incitation permet d'établir **une relation de confiance et de transparence** entre les professionnels et l'établissement. Prenez connaissance d'un exemple de charte en téléchargeant le fichier ci-dessous.”

L'équipe MQS.



**Charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables.pdf**  
132.2 KB



CONTINUER

Et en pratique ?

## Comment signaler un événement en interne ?

Dans le cadre d'une **organisation apprenante**, tous les professionnels sont vivement encouragés à signaler les événements indésirables, majeurs et même mineurs, portant sur les soins, l'accompagnement et au-delà, sur tout souci technique ou matériel.

Une **obligation de signalement** peut être inscrite dans le **règlement intérieur** de l'établissement ou le service. L'accompagnement de cette obligation par la mise en place d'une charte favorisera le climat de confiance au sein de l'établissement.



“ **Le formulaire de déclaration des événements indésirables** se présente souvent sous la forme d'un document avec des cases à cocher, pour en faciliter la complétude.”

Télécharger l'exemple ci-dessous avant de lire la suite.



**Exemple FSEI.pdf**  
274.4 KB



Le formulaire permet d'obtenir un **rapport objectif de l'événement indésirable et des mesures éventuellement déjà prises.**

Des cases sont à cocher selon la nature de l'incident : divers thèmes y sont proposés afin de faciliter l'instruction du document tel que prestations d'accompagnement, de soins, prestations hôtelières, information/accueil, atteinte corporelle, matériels/équipements, comportements.

## Comment signaler un EIG en externe ?

Le signalement externe d'un événement indésirable grave a pour **objet de faciliter la réactivité des autorités concernées**, des structures régionales de vigilance et d'appui voire des fabricants.

Selon la nature de l'événement, il peut être décidé ou proposé, en concertation avec le déclarant et/ou la structure.

Le contenu du formulaire de déclaration est **fixé par un arrêté du 28 décembre 2016**. L'information fournie ne doit contenir **aucune donnée nominative** (à l'exception de celle du responsable de la structure) et son contenu doit garantir **l'anonymat des personnes accueillies et du personnel**.

### A votre avis...

Combien de catégories de dysfonctionnement sont répertoriés par l'arrêté du 28 décembre 2016 ?

*Choisissez la proposition qui vous semble correcte.*

20

5



11


SUBMIT

CONTINUER

## Les onze catégories de dysfonctionnements

L'arrêté du 28 décembre 2016 définit **onze catégories** de dysfonctionnements et d'évènements à déclarer.

Pas de panique ! On y retrouve certaines catégories de risque que vous maîtrisez déjà.

*Cliquez sur chaque carte pour en savoir plus puis sur la flèche  pour passer à la suivante.*



### 1. Sinistre ou événement météorologique.

Cela concerne, par exemple, les inondations, tempêtes, incendies, ruptures de fourniture d'électricité, d'eau.



## 2. Accident ou incident lié à une défaillance technique et

### 3. Perturbation dans l'organisation du travail et gestion des ressources humaines.

Cette catégorie traite des vacances de poste prolongées, notamment d'encadrement, des difficultés de recrutement, des absences imprévues de plusieurs personnels, du turn-over du personnel, des grèves...



### 4. Accident ou incident lié à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance.

Il peut s'agir d'erreur dans la distribution de médicament, d'un traitement inadapté, d'un retard dans la prise en charge ou le traitement apporté...

### 5. Difficultés relationnelles.



Il s'agit des perturbations de

### 6. Décès.

Il s'agit là des cas de décès accidentel ou consécutif à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne tels que suite à une chute, un accident de contention, etc.



### 7. Suicide ou tentative de suicide.

Le suicide ou la tentative de suicide d'une personne prise en charge par un établissement sera à déclarer en EIG.

### 8. Situation de maltraitance

envers les usagers.



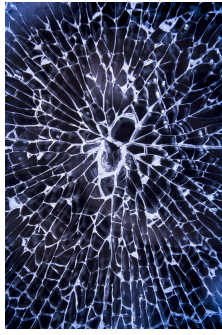
### 9. Disparition inquiétante.

Il s'agit des cas de disparition entraînant la mobilisation des services de police ou de gendarmerie pour rechercher la personne.

### 10. Comportement violent.



Cela comprend le comportement violent de la part des usagers envers d'autres usagers ou du personnel au sein de la structure (Agressivité, menaces, violence physique, agression sexuelle...) Mais, il faut aussi prendre en compte le manquement grave au



1 of 1

## 11. Actes de malveillance au sein de la structure.

ntégr

Cette catégorie regroupe notamment le vol ou la détérioration volontaire des locaux, d'équipement ou de matériel.

struct

aux

e de s

Si l'information a été transmise à l'oral, une **confirmation écrite** doit être envoyée **dans les 48 heures, par mail, ou à défaut par voie postale.**

Le directeur ou le responsable de la structure doit communiquer au **conseil de la vie sociale** la **nature** des dysfonctionnements et événements qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure **ainsi que les mesures prises ou envisagées pour y remédier et en éviter la reproduction.**

## Comment signaler un EIGS ou un ESI en externe ?

### Un seul portail internet de signalement !

Prévu par la loi de modernisation de notre système de santé, ce site internet permet de signaler en quelques clics aux autorités sanitaires **tout événement indésirable ou tout effet inhabituel ayant un impact négatif sur la santé.**

*Cliquez sur le bouton lecture pour en savoir plus sur le parcours de signalement de ces événements indésirables.*





Il s'agit donc d'un **site commun aux usagers et professionnels** pour signaler **facilement et à tout moment**, un événement sanitaire indésirable.

L'objectif est de renforcer la vigilance en matière de sécurité sanitaire et de **simplifier les démarches de signalement**.

**Quatre** rubriques sont répertoriées :

1

Les événements indésirables associés à des soins (EIAS) dont les EIGS.

2

Les effets sanitaires indésirables suspectés d'être liés à des produits de consommation.

3

Les maladies nécessitant une intervention de l'autorité sanitaire et une surveillance continue.

4

La cybersécurité.

### **Et concrètement ?**

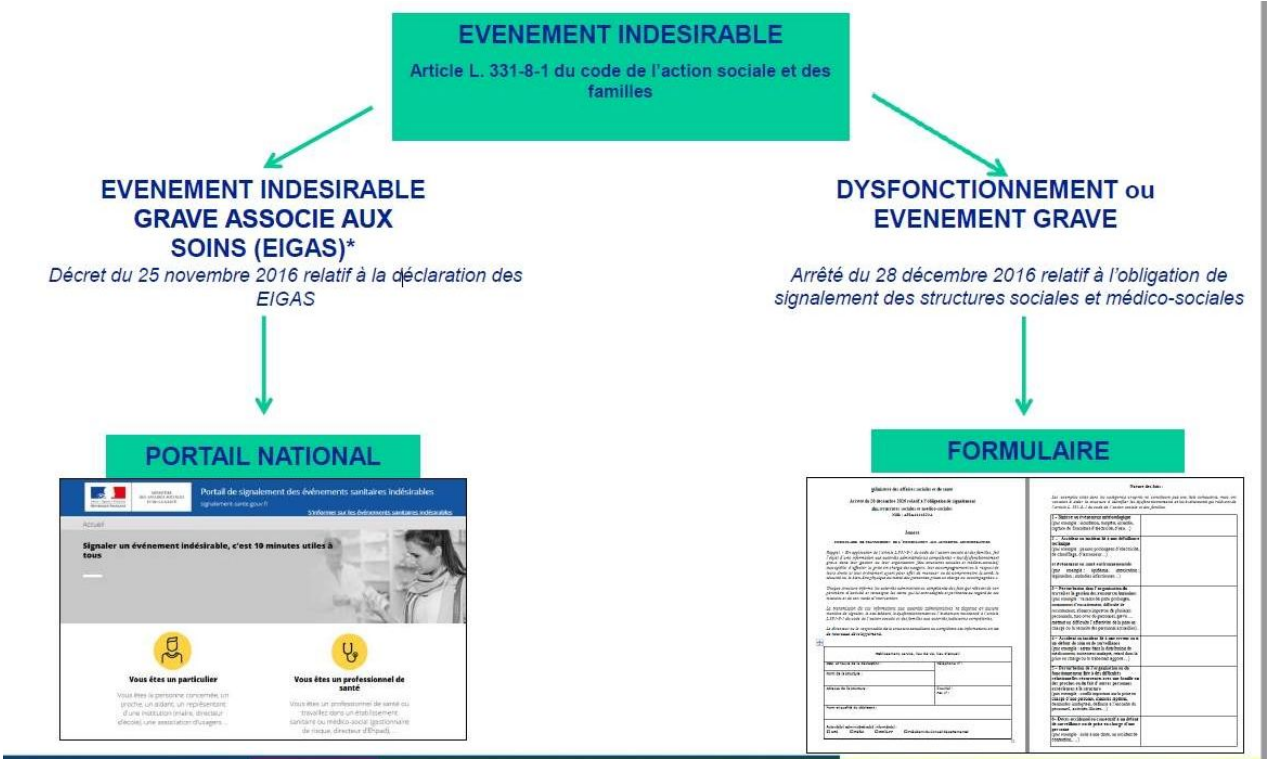
*Cliquez sur le bouton ci-contre pour accéder au portail.*



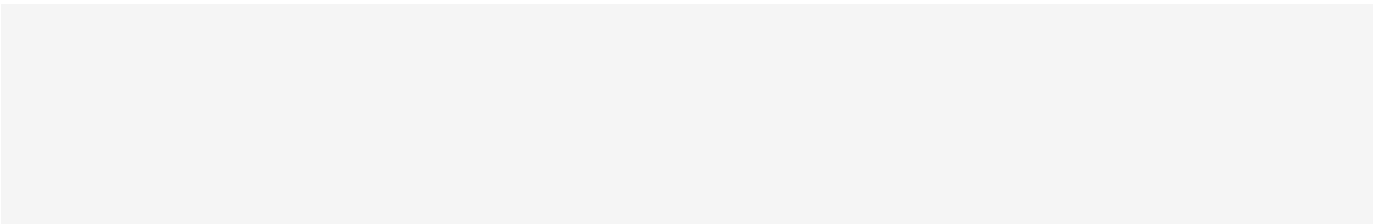
CLIQUEZ ICI

CONTINUER

### En résumé



ETAPE 2



## Selon vous...

Une démarche efficiente "d'analyse des causes" c'est... ?

*Cliquez et déposez les cartes dans la catégorie qui vous semble lui correspondre.*

VRAI

Une démarche collective  
d'équipe pluriprofessionnelle  
et pluridisciplinaire.

Une démarche qui associe  
collecte, analyse approfondie,  
actions d'amélioration.

Une démarche pour améliorer  
la sécurité des usagers.

Une démarche qui s'intéresse  
aux « pourquoi » des  
événements survenus.

Une analyse qui prend aussi  
en compte les organisations  
et les facteurs humains.

Une démarche qui conduit les  
professionnels à s'interroger  
sur leurs pratiques.

FAUX

Une démarche individuelle,  
une affaire d'expert, de  
spécialiste.

Un enregistrement dans une  
base ou un traitement  
«administratif » des EI.

Une analyse centrée  
exclusivement sur  
l'accompagnement, la  
technique, la faute.

Une démarche uniquement  
suivie pour satisfaire les  
obligations réglementaires.

Une recherche de  
responsabilité individuelle, de  
faute.



Veillez réaliser l'activité avant de poursuivre.

## Une démarche de réflexion collégiale

L'analyse des causes de survenue d'un événement commence par la **constitution d'un comité de retour d'expérience (CREX)** ou un groupe ad hoc. Ainsi, Les CREX participent à l'amélioration des pratiques et des processus mis en œuvre.

Pour ce faire, **4 étapes** successives sont indispensables :

- Connaître** les évènements indésirables (identification et collecte...).
- Comprendre** : présentation chronologique de l'évènement, analyser l'évènement.
- Agir** : mettre en place un plan d'actions.
- Partager** : communiquer en échangeant les enseignements retirés de l'analyse.

L'évènement indésirable sera appréhendé **selon sa fréquence** dans le cas d'une suite de dysfonctionnements sans gravité mais dont la répétition doit conduire à la **mise en place d'actions d'amélioration**.

L'évènement indésirable **grave** sera lui analysé au **cas par cas**.

## Les outils d'analyse des causes

Afin d'identifier les causes potentielles d'un évènement indésirable, **différents outils ou méthodes** peuvent être appliqués.

Vous retrouverez ici certains outils de la qualité vus lors du module 1 de votre parcours de formation.

*Cliquez sur chaque onglet pour en savoir plus.*

LE DIAGRAMME D'ISHIKAWA

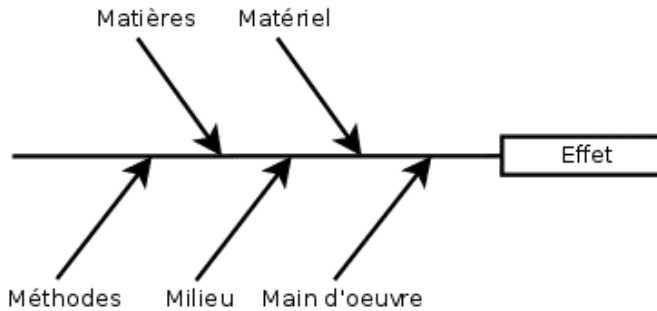
LA MÉTHODE DES 5 P

LE DIAGRAMME DE PARETO

Utilisé dans la résolution des problèmes, le diagramme d'Ishikawa (arêtes 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, toutes les causes qui ont pour origine les supports techniques et les produits utilisés.



LE DIAGRAMME D'ISHIKAWA

LA MÉTHODE DES 5 P

LE DIAGRAMME DE PARETO

La méthode des 5P dite aussi méthode des 5 Pourquoi est issue du cerveau de l'ingénieur industriel japonais Taiichi OHNO (1912 – 1990) et permet d'identifier les causes profondes d'un phénomène observé.

**La méthode des 5P** consiste à poser 5 fois de suite la question "pourquoi ?" afin d'arriver au résultat souhaité.

**Exemple** : Les aliments sont décongelés...dans la chambre froide

**P** : Pourquoi les aliments sont-ils décongelés ?

R : Parce que la chambre froide n'a pas fonctionné.

**P2** : Pourquoi n'a-t-elle pas fonctionné ?

R : La chambre froide n'était pas alimentée.

**P3** : Pourquoi n'a-t-elle pas été alimentée ?

R : Il n'y a pas de batterie de secours.

**P4** : Pourquoi n'y a-t-il pas de batterie de secours ?

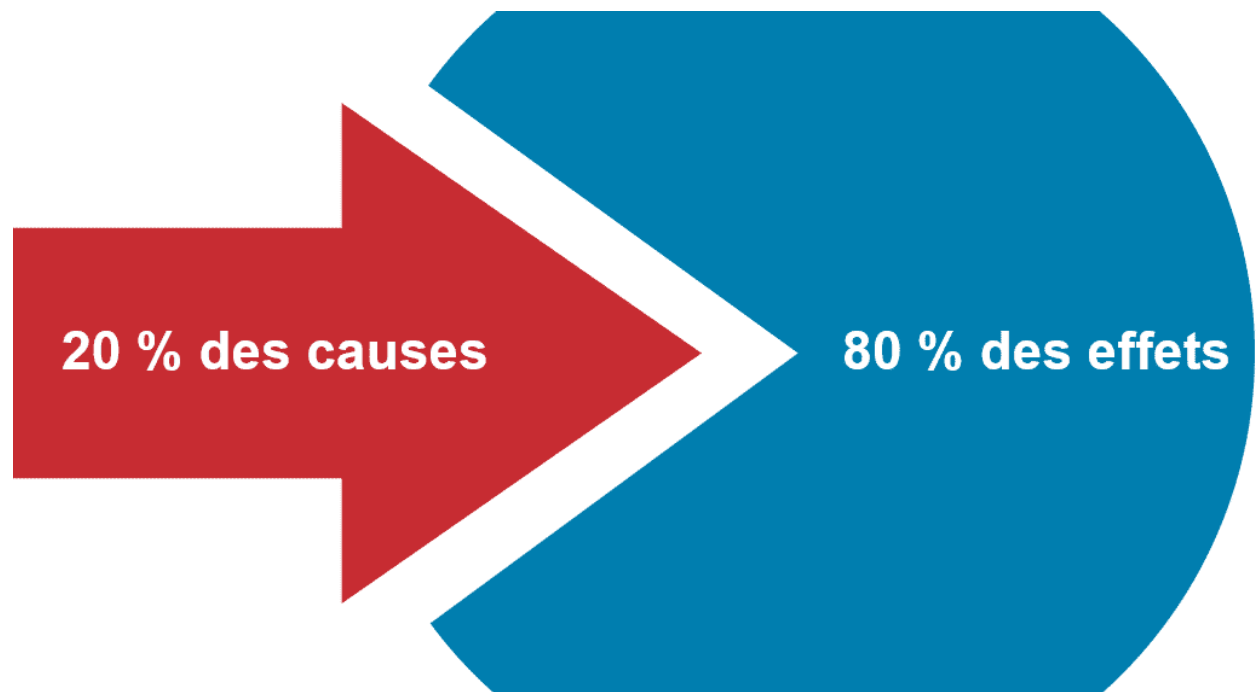
C : Le changement n'a pas été opéré cette année.

Poser 5 fois de suite la question "pourquoi ?" permet, dans la majorité des cas, de trouver sa cause racine. Ce qui constitue sans doute la première étape de la résolution d'un problème.

**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.



CONTINUER

---

Pour compléter l'analyse des causes, il existe des méthodes plus complexes permettant de rechercher les causes profondes d'un événement indésirable.



### La méthode ALARM

Technique de **recherche approfondie des facteurs** contributifs d'une défaillance **basée sur un protocole d'analyse formalisé, d'inspiration clinique**, garantissant une enquête systématique, exhaustive et efficace, non culpabilisante, réduisant le risque d'explication simpliste et routinière.

Mise en œuvre dans un cadre formalisé (le CREX), elle est principalement utilisée dans le secteur sanitaire.

Elle repose :

- sur le concept de défense en profondeur.
- sur les principes généraux pour l'analyse d'un événement indésirable.
- sur un mode de questionnement systémique et systématique selon **7 thèmes** au moyen d'une grille commentée.



“Pour mieux comprendre l'application concrète de la méthode ALARM, téléchargez et lisez la fiche repère et l'exemple commenté ci-dessous.”

L'équipe MQS.



Fiche repère\_alarm(1).pdf  
293 KB



2017exemple-alarm-commenté.pdf  
68.6 KB



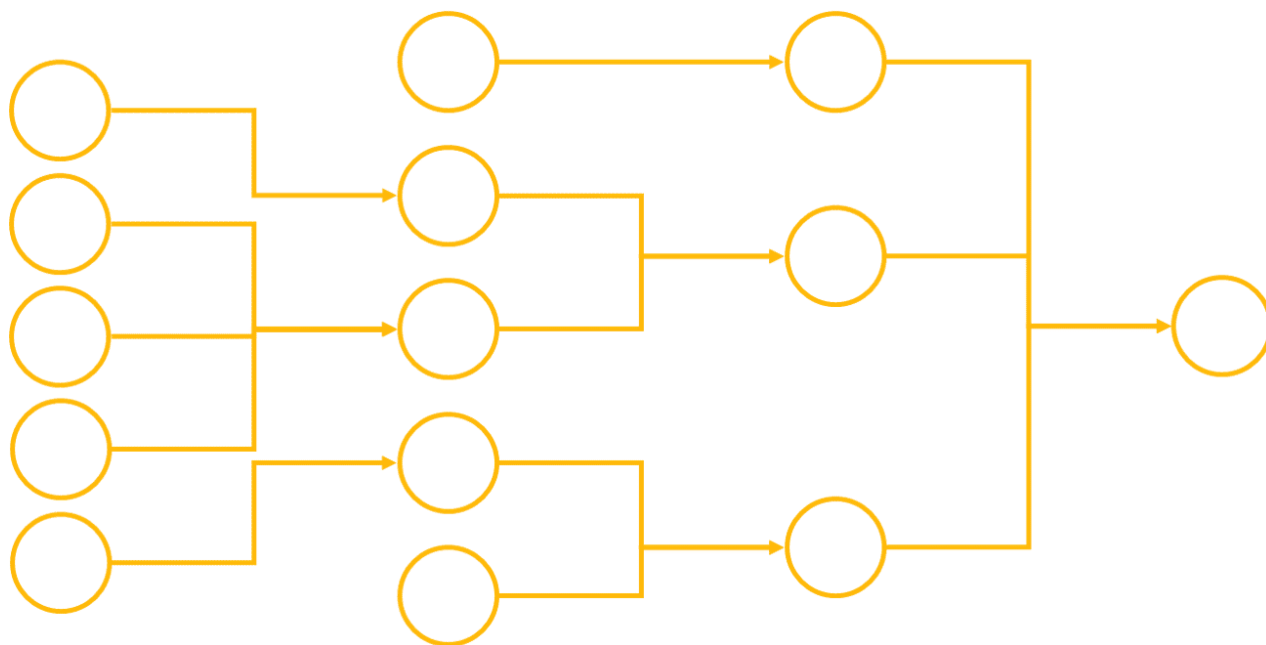
CONTINUER

## L'arbre des causes

Cette méthode est alternative ou complémentaire de seconde intention à la méthode ALARM.



Il s'agit d'une technique d'analyse approfondie des causes d'une défaillance **basée sur la recherche systématique des relations causes-effets développée par l'INRS** pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.



En partant de l'événement indésirable, on recherche les **causes directes, nécessaires et suffisantes**.

C'est une méthode déductive simple et systématique partant du fait ultime (l'accident ou le presque accident) et de ses causes immédiates, **remontant pas à pas aux causes racines**, souvent latentes.

Cette méthode **pousse à rechercher des causes dans des directions pouvant être spontanément écartées**.

Elle permet de façon systématique d'identifier les défauts ou violations de « barrières de défense » et in fine, de positionner les barrières permettant soit l'éviction du risque, soit la maîtrise de ses conséquences.



“Afin de bien assimiler le processus de recherche et d'analyse, voici deux exemples à télécharger d'analyse des causes d'un événement indésirable par l'arbre des causes.”

L'équipe MQS.



Etude de cas-Arbre des causes en prévention des risques professionnels.pdf

232.1 KB



Analyse d'un EI par l'arbre des causes.pdf

179.3 KB



### ETAPE 3

## 03

## Actions correctives / curatives

### Définir un plan d'actions

L'étape suivante consiste à **identifier un plan d'action d'amélioration** et ainsi de réduire les risques et de prévenir la survenue des dysfonctionnements.

Il est ainsi nécessaire de :

- **Déterminer** quelles sont les **mesures les plus pertinentes** à mettre en œuvre.
- Les inscrire dans **un plan d'action**.
- Préciser quels en sont les **acteurs** et dans quel **délai** elles devront être conduites.

## Actions correctives ou curatives ?

Le plan d'action rassemble toutes les **actions curatives et correctives** envisagées. Mais, quelle est la différence entre ces deux types d'actions à mettre en œuvre ?

### A votre avis...

**Je souffre de maux de tête régulièrement le soir après 20 heures.**

*Cliquez et faites glisser la proposition d'action vers la définition qui lui correspond.*



Je prends du paracétamol pour soulager la douleur.

C'est une action curative car je traite le problème.



Je porte plus régulièrement mes lunettes de vue pour éviter de forcer sur mes yeux.

C'est une action corrective car je traite la cause du problème.

SUBMIT

CONTINUER

La norme ISO 9001 a précisé la définition de ces deux actions.

Cliquez sur chaque onglet pour le découvrir.

#### Action curative —

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. La norme ISO 9001 précise que les actions correctives sont prises pour éviter la récurrence.

## Le suivi

Il est important de **suivre la réalisation effective** de ces actions préventives ou correctives et de s'assurer qu'elles sont efficaces. Si nécessaire, de nouvelles mesures peuvent être décidées pour atteindre les objectifs en termes de sécurité des soins.

### ETAPE 4



Retour d'expérience

04

Le partage d'expérience avec d'autres professionnels est la dernière étape du process. Elle contribue à **augmenter la culture de sécurité** dans tous les secteurs de prise en charge et d'accompagnement.

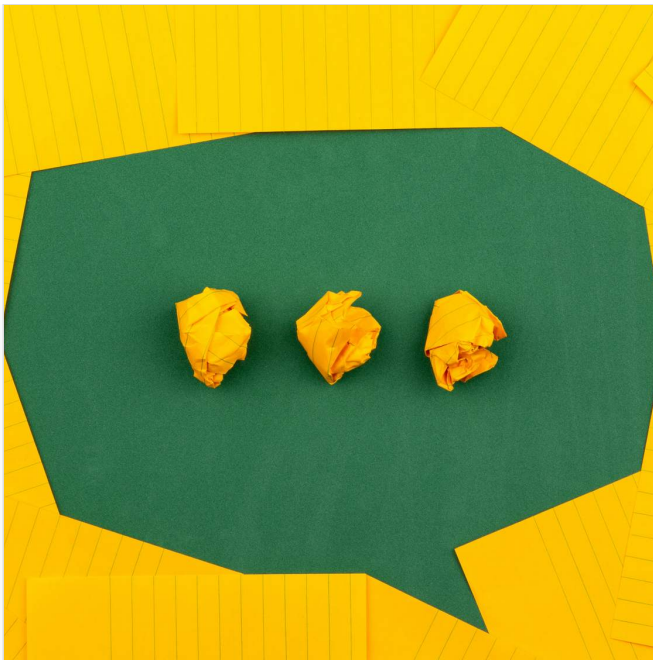
Ne négligez pas le retour d'expérience. Cette étape se révèle indispensable pour l'établissement et ses équipes.

*Cliquez sur chaque carte pour en savoir plus.*



### Un temps d'apprentissage

Le retour d'expérience **constitue un temps d'apprentissage pour les organisations.** L'analyse d'événements indésirables ou de crise apporte une **connaissance riche** en matière de **faiblesses** (Les améliorations à mettre en place en terme



## Un temps de communication

Après le traitement des évènements, la **communication** et un **suivi** doivent être organisés.

Ils aideront à la diffusion de la culture de la gestion des risques.

Par exemple, l'établissement pourra diffuser **un tableau de bord mensuel** et les **comptes rendus** des réunions dédiées au traitement des



“Afin d'assurer le suivi des événements indésirables, un **tableau de bord** peut être mis en place. Découvrez l'exemple ci-dessous en téléchargeant le document.”

L'équipe MQS.



Exemple de tableau de bord EI.pdf

141.6 KB



VÉRIFIER MES CONNAISSANCES

En résumé 🕒 10 min

---



“Bravo ! Vous venez de terminer le chapitre sur la gestion des risques a posteriori. Tout en clair pour vous ?

Vérifiez-le en répondant à ces **5 questions.**”

- L'équipe MQS.

SUIVANT

**Question 1 / 5**

**L'obligation de déclarer les EI graves liés aux soins est réservé au secteur sanitaire.**

*Choisissez la proposition qui vous semble correcte.*

---

- Vrai
- Faux

SUBMIT

SUIVANT

**Question 2 / 5**

**La méthode ALARM repose sur le classement des informations en catégories de facteurs favorisants. Combien en compte-t-elle ?**

*Choisissez la proposition qui vous semble correcte.*



---

7

9

11

SUBMIT

SUIVANT

**Question 3 / 5**

**Le formulaire de déclaration des événements indésirables (interne à l'établissement) se présente souvent sous la forme d'un document avec des cases à cocher.**

*Choisissez la proposition qui vous semble correcte.*

---

Vrai

Faux

SUBMIT

SUIVANT

**Question 4 / 5**

**La déclaration des EIGS doit être transmise par voie postale avec accusé de réception aux autorités.**

*Choisissez la proposition qui vous semble correcte.*

- 
- Vrai
  - Faux

SUBMIT

SUIVANT

### Question 5/5

**Les FSEI doivent être enregistrées dans un tableau de bord.**

*Choisissez la proposition qui vous semble correcte.*

- 
- Vrai
  - Faux

SUBMIT



VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS POUR CONTINUER

A photograph of three yellow sticky notes pinned to a dark wooden surface with wooden clothespins. The text 'Ce qu'il faut retenir !' is written on the leftmost note.

Ce qu'il faut retenir !

## La gestion des risques a posteriori

1

Sans signalement, il ne peut y avoir d'analyse des dysfonctionnements et donc d'amélioration de la sécurité.

2

Les EI affectant la santé ou le secteur sanitaire sont tous qualifiés d'événements sanitaires indésirables : certains sont associés aux soins (EIAS), d'autres non.

3

Tout EIGS, quelle que soit son origine, est à signaler à l'ARS.

4

Il n'y a pas forcément une « erreur » à l'origine de chaque EI. Seule l'analyse approfondie permet de comprendre les déterminants d'un EI et de savoir s'il est la conséquence d'une erreur, d'un dysfonctionnement ou d'un aléa.

5

L'analyse approfondie des causes d'un EI est l'occasion de comprendre comment et pourquoi une défaillance dans une organisation a permis qu'un accident se produise et de juger de son évitabilité.

6

L'analyse des causes peut être structurée en s'appuyant sur des outils et méthodes : Ishikawa, Pareto, 5P, Alarm, arbre des causes.

7

Le retour d'expérience (REX) est aussi une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et le moment de s'interroger à leur sujet.

**FAIRE UNE PAUSE OU PASSER À LA PARTIE SUIVANTE**

## Le rôle du chargé de mission qualité dans la gestion des risques 🕒 10 min

---

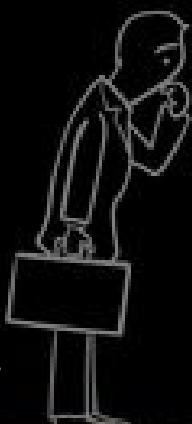


“Vous retrouvez dans cette courte partie de **10 minutes** le rôle du Chargé de Mission Qualité dans la gestion des risques.”

DEMARRER LE CHAPITRE


---

Accompagner les équipes.





Le chargé de mission qualité accompagne les équipes vers une gestion des risques optimale en jouant plusieurs rôles au sein de l'établissement.

Cliquez sur la flèche  pour faire défiler chacun de ces rôles.

## RÔLE 1

### PÉDAGOGUE



1. Sensibiliser vos collègues au signalement des évènements indésirables.
2. Former aux outils de gestion des risques.





## OUTILLEUR



1. Utiliser la méthode de l'AMDEC.
2. Utiliser les outils d'analyse des causes.
3. Créer et analyser un tableau de bord des fiches de signalement des EI.

## RÔLE 4

### FÉDÉRATEUR



1. Accompagner les professionnels dans l'acculturation à la gestion des risques.
2. Communiquer sur la gestion des risques.

## RÔLE 5

### COORDONNATEUR



1. Participer à la cellule de crise.
2. Coordonner le programme qualité / gestion des risques.

## CONCLUSION

## Quiz final

---

### Félicitations ! Vous atteignez la fin du module !

Nous vous proposons de **vérifier vos connaissances** grâce à ce quiz de **10 questions**.

Un score de **80 % de réussite** est nécessaire pour valider le quiz. En cas d'échec, n'hésitez pas à revenir sur les chapitres qui vous posent difficulté.

Nous reviendrons lors du prochain regroupement sur les notions que vous n'aurez pas totalement comprises. Pensez à en parler avec le formateur.

Quand vous êtes prêt.e, cliquez sur **Commencer le quiz**.

---

Question

01/10

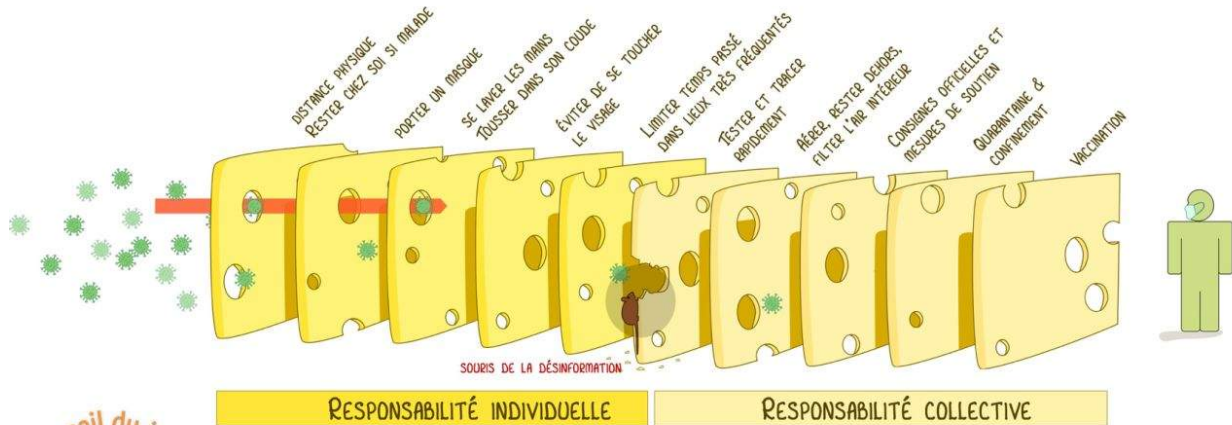
Quelle définition vous semble correcte ?



- 
- Barrières de prévention : C'est ce qui pourrait éviter la survenue de l'événement redouté sur la base des causes identifiées. Comment prévenir ?
  - Barrière de récupération : C'est comment gérer la gravité avérée. Comment atténuer ?
  - Barrière d'atténuation des effets : C'est comment gérer et contrôler l'événement redouté avant d'aboutir à un événement dommageable pour un usager. Comment détecter, comprendre et agir ?

Le modèle de James Reason décrit les 4 axes garantissant la mise en œuvre d'une gestion des risques dynamique : la stratégie, la structure, la méthode, la culture.

### MODÈLE DE L'EMMENTAL : SE DÉFENDRE FACE À UNE PANDÉMIE VIRALE RESPIRATOIRE OU POURQUOI UN SEUL TYPE D'INTERVENTION NE SUFFIT PAS À ARRÊTER LA CONTAGION



CHAQUE INTERVENTION (TRANCHE D'EMMENTAL) A SES LIMITES (TROUS).  
CONJUGER LES INTERVENTIONS RÉDUIT LES RISQUES  
LA DÉSINFORMATION LIMITE L'EFFICACITÉ GLOBALE.

JAN M MACEAY  
VIBIOLOGYDOWNUNDER.COM  
WITH THANKS TO JODY LAWREN, KATHERINE ARDEN & THE UNI OF QLD  
BASED ON THE SWISS CHEESE MODEL OF ACCIDENT CAUSATION, BY JAMES T REASON, 1990  
VERSION 3.0 - TRAD FR @PARCL2  
UPDATE: 24OCT2020

Vrai

Faux

Question

03/10

Pourquoi s'intéresser aux risques ?

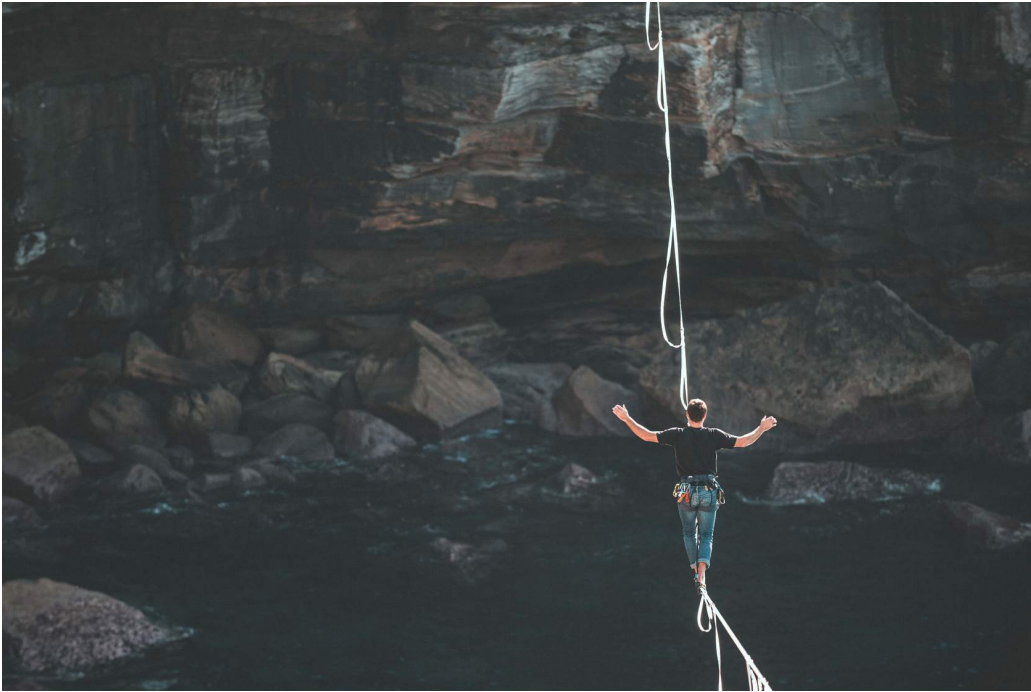
---

- Pour assurer la sécurité des usagers.
- Pour diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables.
- Pour augmenter les déclarations.

Question

04/10

Le risque est un événement indésirable hypothétique. C'est l'éventualité d'une rencontre entre l'homme et un danger.



---

Vrai

Faux



Question

05/10

Parmi les choix ci-dessous, sur quoi s'appuie la dimension culturelle en gestion des risques ?



- 
- Une approche punitive.
  - Une communication fondée sur la confiance mutuelle et l'ouverture.
  - Une perception partagée de l'importance de la sécurité.
  - Une organisation efficace avec un responsable engagé.

Question

06/10

La chambre des erreurs ou la simulation est une approche pédagogique en gestion des risques ?



---

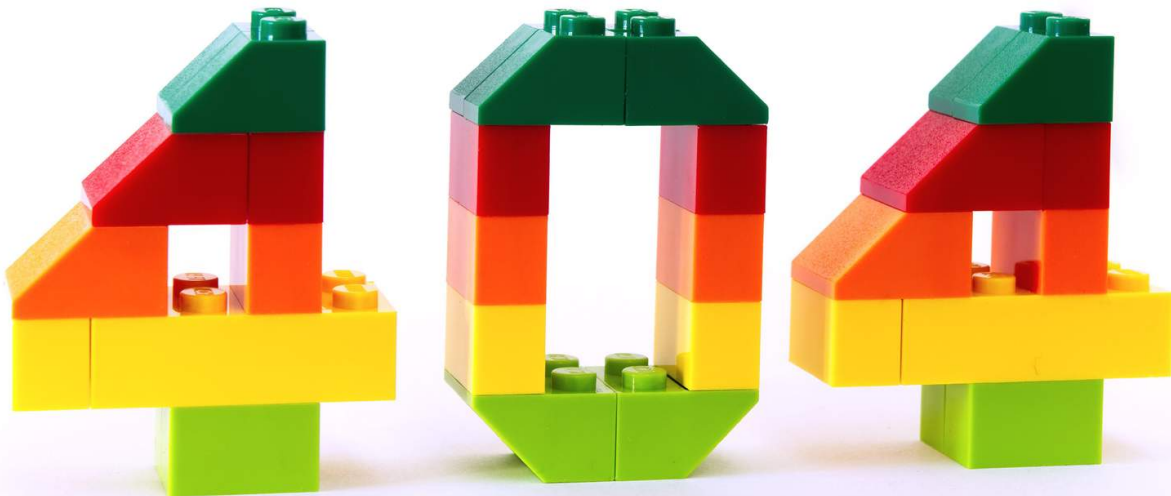
Vrai

Faux

Question

07/10

On a coutume de dire que l'erreur est humaine. Certes, personne n'est parfait. Alors, d'après-vous, est-il vrai que chaque individu commet en moyenne entre 2 et 10 erreurs par heure ?



---

Vrai

Faux

Quelle est la définition du danger ?



- 
- Une situation hypothétique, qui est non observable et qui se prévient, se gère, se réduit et se maîtrise.
  - Une réalité : une **propriété ou capacité intrinsèque** d'un équipement, d'une substance ou d'une méthode de travail **de causer un dommage.**

Question

09/10

Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai de tout dysfonctionnement grave ?



Vrai

Faux

Question

10/10

La survenue d'un événement indésirable associé aux soins est consécutive aux seuls actes de prévention prodigués par un professionnel de santé intervenant au sein de l'ESMS ?



Vrai

Faux



## Vos attentes avant le regroupement

---



“Afin de vous préparer au regroupement, nous vous invitons à **compléter le formulaire d'autopositionnement** ci-dessous. Cet exercice nous permettra de **mieux connaître le contexte** de la gestion des risques dans votre établissement/service et **vos attentes**.”

Nous vous remercions de bien vouloir le compléter **au plus tard pour le 2 décembre 2023.**

»

- L'équipe MQS.

*Cliquez sur le bouton pour accéder au formulaire.*

## AUTOPOSITIONNEMENT

CLIQUEZ ICI

POUR ALLER PLUS LOIN...



## Pour aller plus loin...

---



“Nous espérons que ce module vous aura permis de mieux comprendre la gestion des risques. Vous trouverez ci-dessous des ressources sur lesquelles s'appuie cette formation.

A bientôt”

- L'équipe MQS

---

### Les lois et recommandations de bonnes pratiques

Article L 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles.

LIRE

Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

LIRE

Décret no 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

LIRE



**anesm\_synthese-maltraitance etablissement.pdf**  
306.8 KB



**reco\_maltraitance\_a\_domicile\_anesm.pdf**  
559.6 KB



**pdf\_abreiges.pdf**  
738.2 KB



QUITTER LE MODULE





---

Félicitations !

Vous avez terminé ce module.

Vous pouvez fermer la fenêtre.