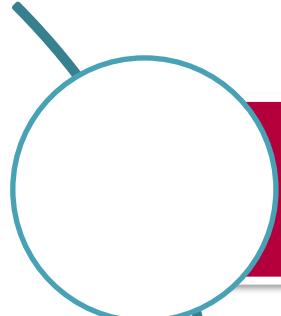




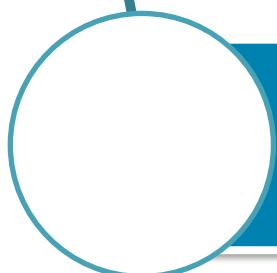
La gestion des risques



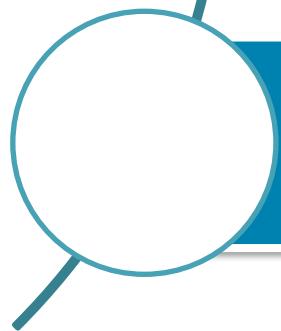
Sommaire



La gestion des risques

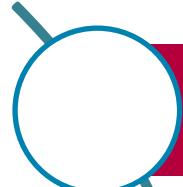


La gestion des risques a priori



La gestion des risques a posteriori

LA GESTION DES RISQUES



Origine de la gestion des risques



Obligation réglementaire



Bénéfices attendus



Définition du risque



Gestion des risques

Origine et contexte de la gestion des risques

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

Origine et contexte de la gestion des risques

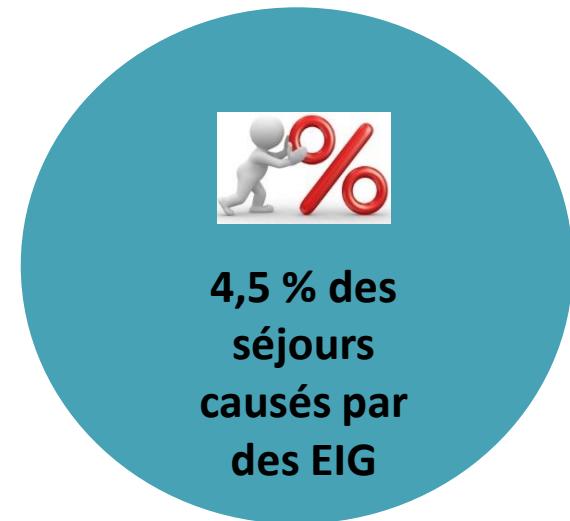
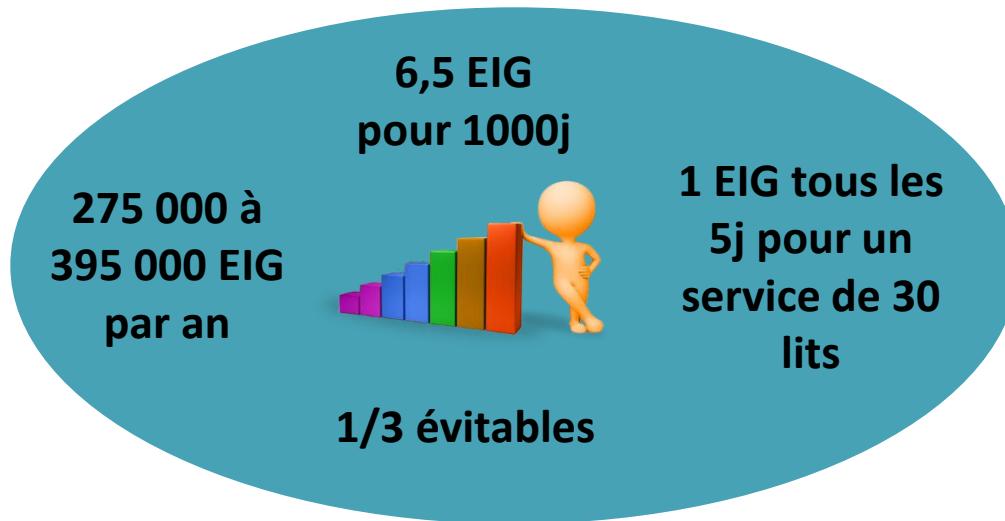
- ❖ Incidence des infections liées aux soins importante
 - ❖ Interrelations entre professionnels de plus en plus complexes
 - ❖ Résidents de plus en plus âgés et fragiles
 - ❖ Densité soignante par service qui évolue
- ➔ L'application de la gestion des risques comme la qualité **remet en cause** à la fois les organisations, les pratiques et expériences des professionnels.

D'où la nécessité de les évaluer



Quelques données chiffrées

Survenue objectivée en France par les enquêtes ENEIS 2004/2009

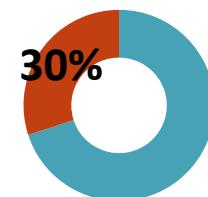


Incidence des infections liées aux soins importante

5%
des patients
hospitalisés
présentent au –
une infection
acquise



**2,8% soit
4200
décès par
an**

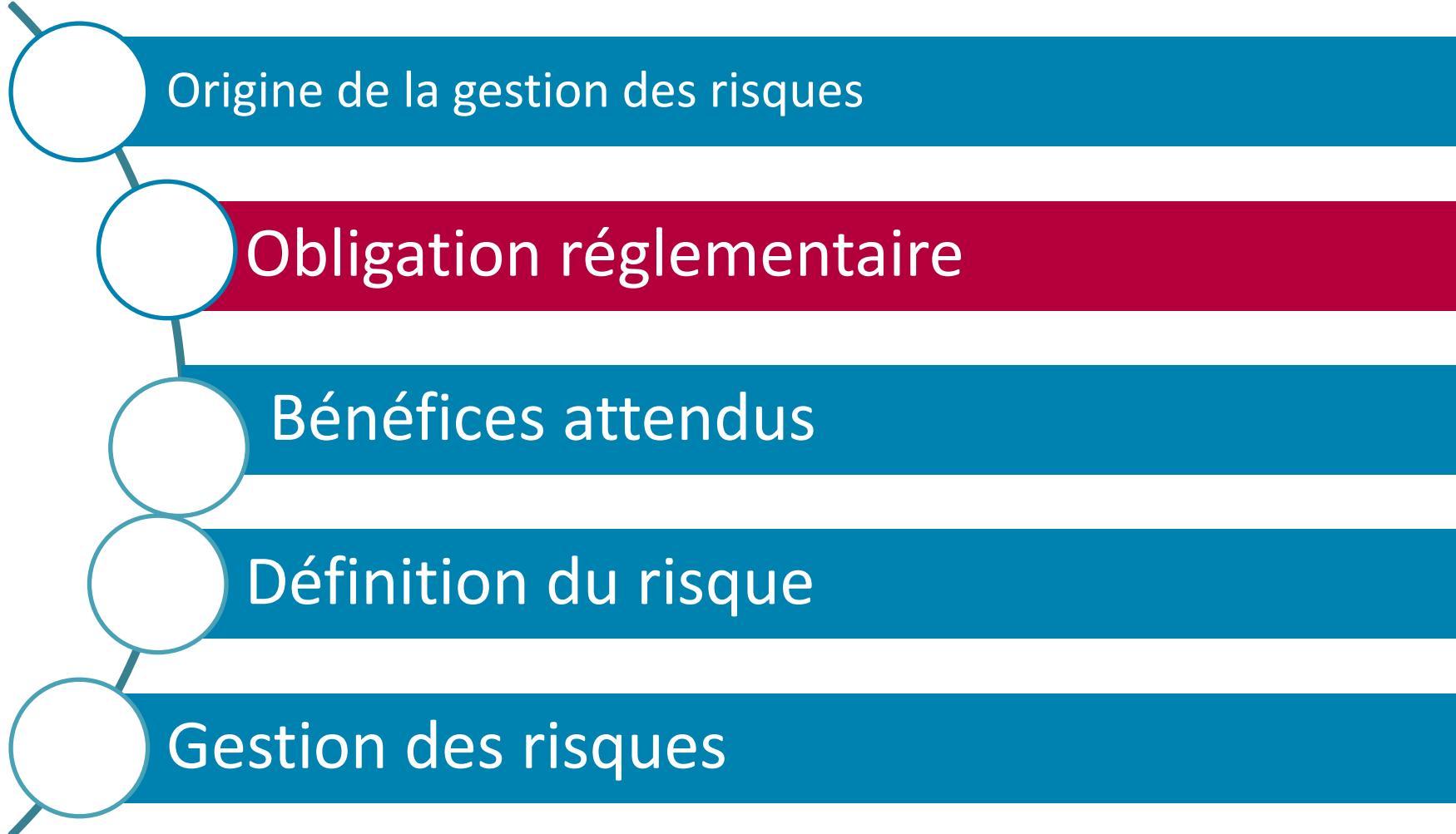


infections évitables par la mise en œuvre en routine de mesures de prévention connues

Etat des lieux

- **99%** des établissements déclarent avoir **un système de signalement**, accessible à tous les professionnels.
- Mais **52 % seulement disposent d'une méthodologie** d'analyse des causes pour les **événements indésirables graves** (EIG).
- **90%** des établissements déclarent avoir désigné **un gestionnaire de risques**. Son temps de travail est toutefois inférieur à **0.5 ETP** pour la majorité d'entre eux.
- **76%** des établissements ont constitué une équipe de gestion des risques

LA GESTION DES RISQUES



Une obligation réglementaire

- ❖ **Loi du 1er juillet 1998** relative au renforcement de la sécurité sanitaire : mise en place d'un dispositif de veille et de sécurité sanitaire ayant pour objectif d'anticiper, surveiller, alerter, agir et surveiller (PDCA)
- ❖ **Loi 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.
- ❖ **Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004** relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé
- ❖ **Décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010** relatif à la lutte contre les *événements indésirables associés aux soins* dans les établissements de santé
- ❖ **Arrêté du 6 avril 2011** relatif au management de la *qualité de la prise en charge médicamenteuse* et aux médicaments dans les établissements de santé

Une obligation réglementaire

Concernant le secteur médico-social

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

LA GESTION DES RISQUES



Les bénéfices attendus

- Répondre aux **attentes croissantes** des usagers
- Améliorer les **organisations**
- Favoriser la **coordination** par plus de transversalité et la pluridisciplinarité
- Permettre l'assurabilité des établissements et des professionnels
- Maintenir une dynamique constructive dans les équipes



Les enjeux

L'attitude avertie et exigeante de la population



- Forte médiatisation du sujet
- Augmentation des plaintes et du nombre de procédures judiciaires
- Facilité d'accès à l'information
- Dynamisme et multiplication d'associations d'usagers, plus grande implication des usagers dans la vie des établissements, certification,...

Les enjeux

Le rôle pédagogique de la démarche

- L'amélioration de la qualité est fondée notamment sur le fait que les **défaillances et les non conformités peuvent être une source inestimable d'information et de progrès.** (HAS)
- Les erreurs peuvent toujours nous apprendre quelque chose, qu'il s'agisse de défaillances des individus ou d'erreurs d'organisation.



**APPRENDRE DE
SES ERREURS**

ET NE PAS RÉPÉTER 2X LES MÊMES

LA GESTION DES RISQUES



Définition du risque

Dans le langage courant le risque est défini comme :

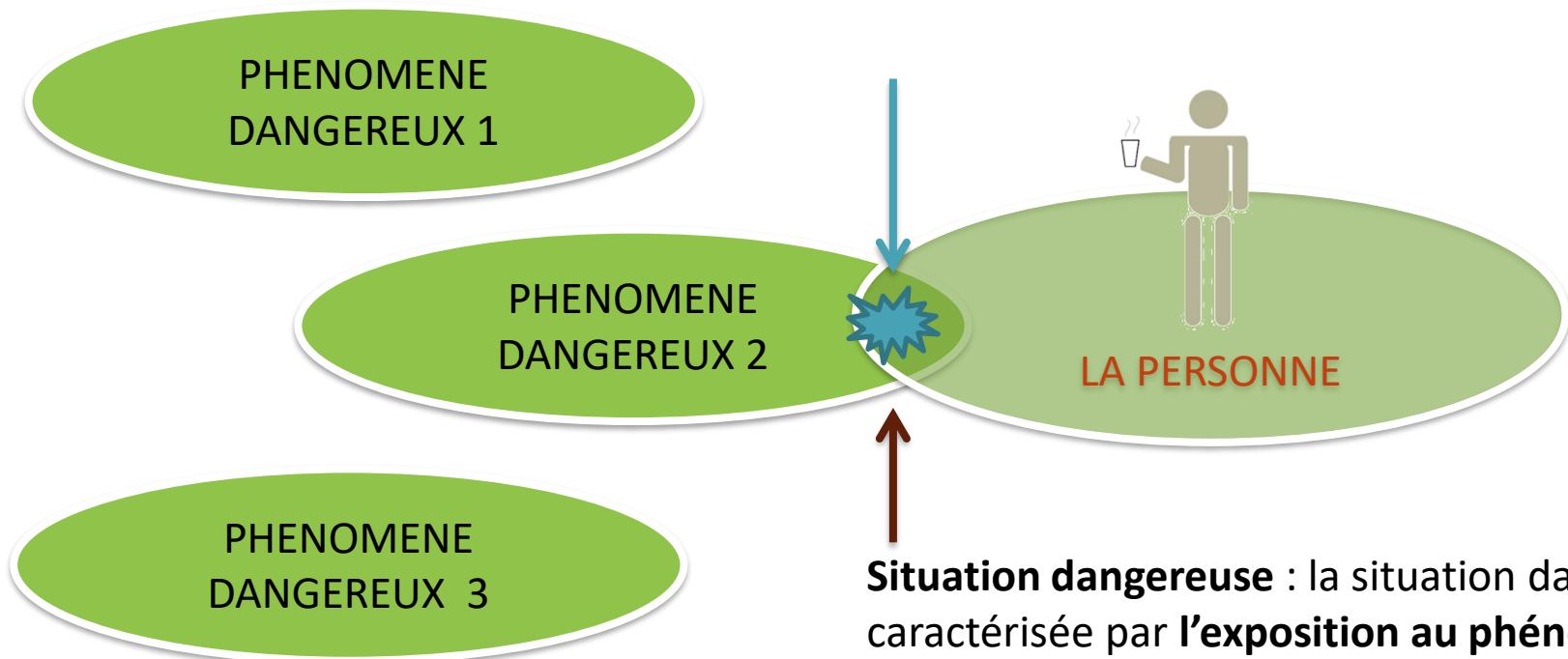
- ❖ « **un danger éventuel plus ou moins prévisible** » (dictionnaire Petit Robert)
- ❖ « **un danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est confronté** » (dictionnaire Larousse).

Définition du risque

Le risque : événement indésirable hypothétique

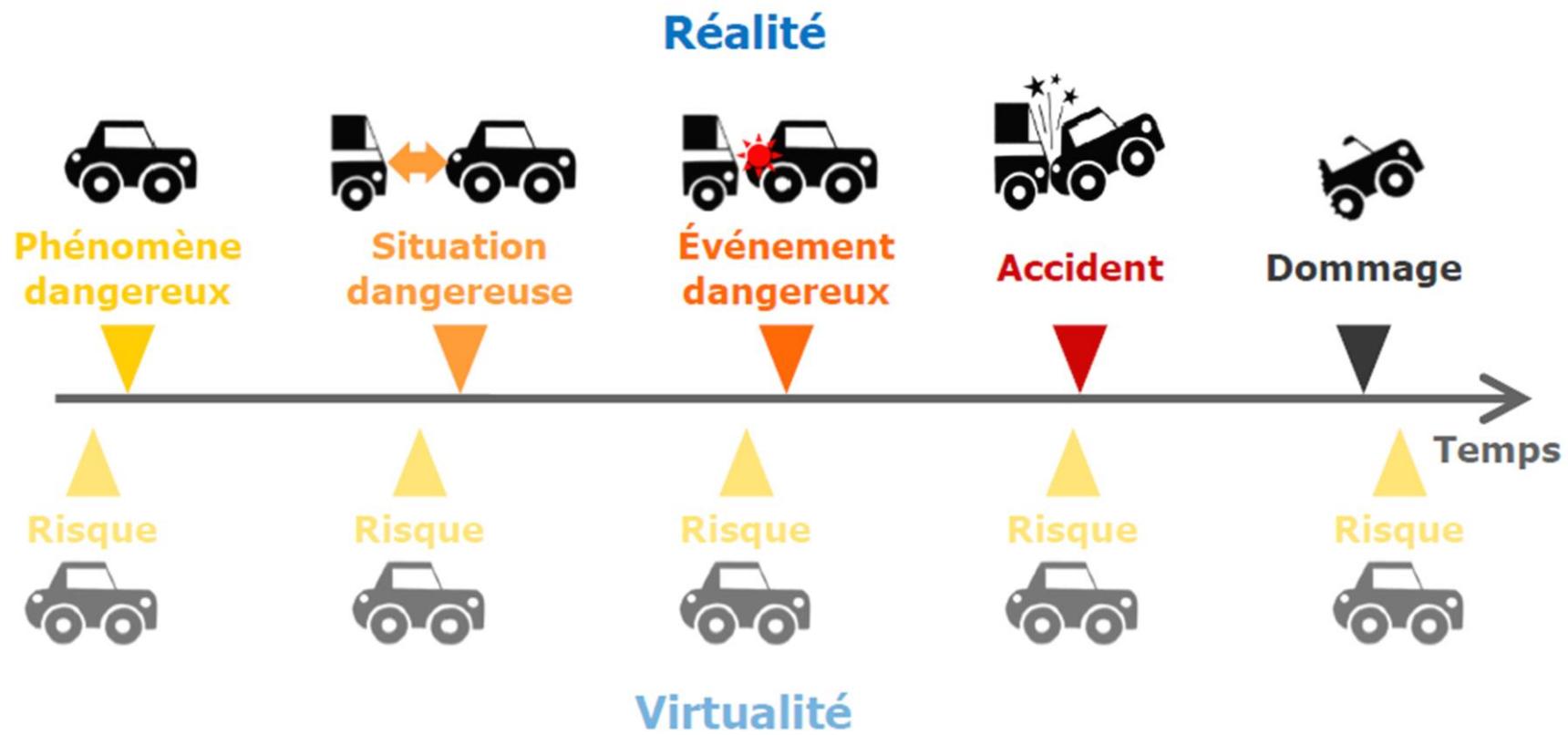
- ❖ C'est l'éventualité d'une rencontre entre l'homme et un danger

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



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

Définition du risque



Exemple : sol mouillé

Définition du risque

Définitions	Eléments de la situation
Phénomène dangereux : cause capable de provoquer une lésion ou une atteinte à la santé.	Les agents ont fait le ménage dans les couloirs.
Situation dangereuse : exposition au phénomène dangereux	Le sol est mouillé
Evènement dangereux : évènement susceptible de causer un dommage. (facteur déclenchant)	Un résident sort de sa chambre et se déplace dans les couloirs
Accident : événement imprévu et soudain qui entraîne des dégâts, des dommages.	Le résident glisse et tombe.
Dommage : lésion physique et/ou une atteinte à la santé ou aux biens.	Le résident a une fracture du col du fémur.

A vous !

Exemple : sortie intempestive

Dommage ?

L'établissement accueille des adolescents présentant des troubles du comportement.

Accident ?

L'adolescent profite d'une inattention d'un professionnel pour se glisser en dehors de l'établissement.

Evènement dangereux ?

Fracture du bassin

Une voiture percute l'adolescent

Phénomène dangereux?

Accueil des adolescents en absence d'un personnel de l'accueil

Situation dangereuse ?

Définition du risque

Définitions	Eléments de la situation
Phénomène dangereux : cause capable de provoquer une lésion ou une atteinte à la santé.	L'établissement est équipé d'une infirmerie qui détient des médicaments.
Situation dangereuse : exposition au phénomène dangereux et au risque	
Evènement dangereux : évènement susceptible de causer un dommage (facteur déclenchant)	
Accident : événement imprévu et soudain qui entraîne des dégâts, des dommages.	
Dommage : lésion physique et/ou une atteinte à la santé ou aux biens.	



Définition du risque

Définitions	Eléments de la situation
Phénomène dangereux : cause capable de provoquer une lésion ou une atteinte à la santé.	L'établissement est équipé d'une infirmerie qui détient des médicaments.
Situation dangereuse : situation dans laquelle un accident est possible du fait de la présence d'une personne en relation avec un ou plusieurs dangers.	Les accès ne sont pas sécurisés → résidents exposés au risque
Evènement dangereux : évènement susceptible de causer un dommage.	Un résident entre dans l'infirmerie
Accident :	Le résident ingère les médicaments
Dommage : lésion physique et/ou une atteinte à la santé ou aux biens.	Intoxication médicamenteuse



A vous !

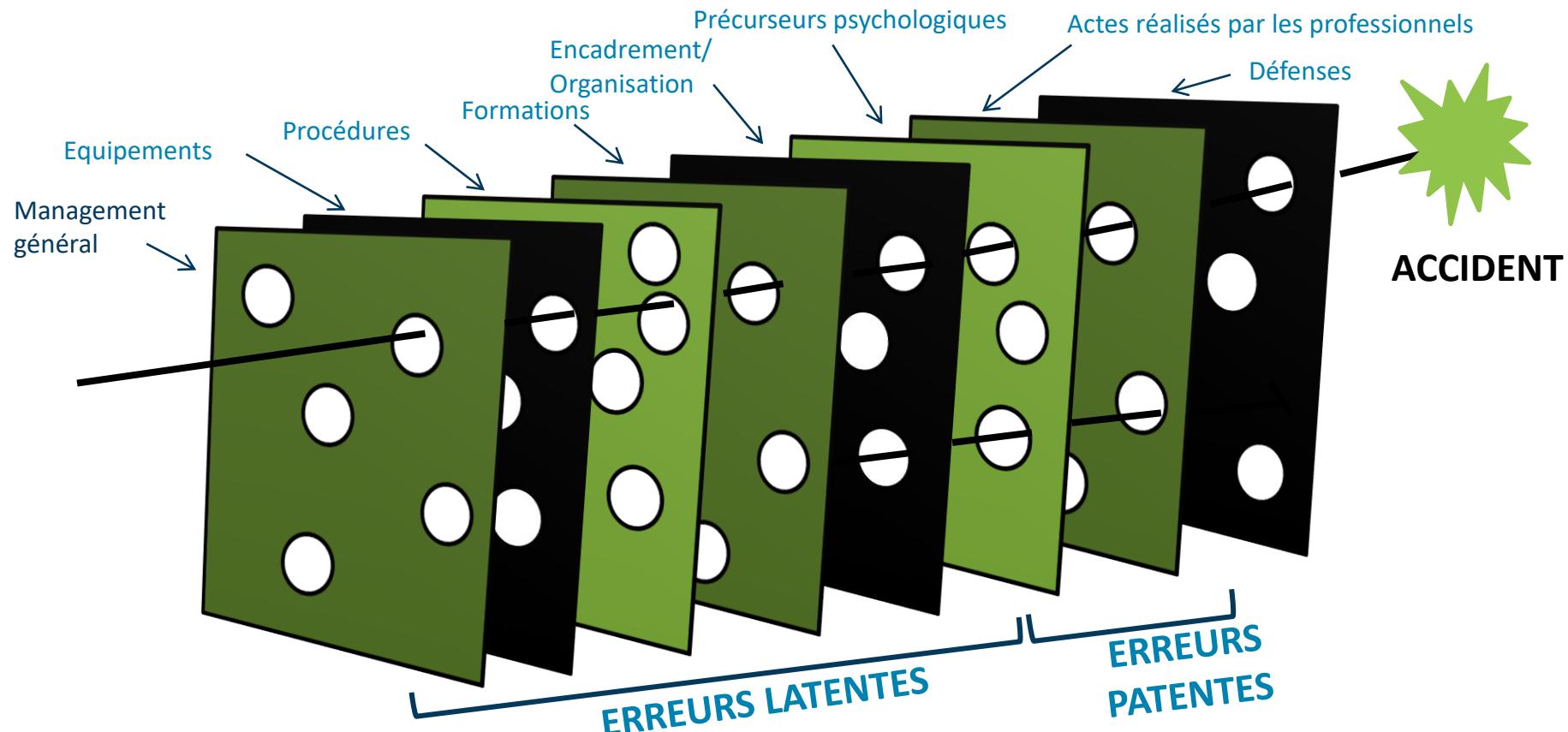
Définition du risque

Définitions	Eléments de la situation
Phénomène dangereux / Danger : source potentielle de dommage	Une personne hospitalisée est agitée pendant la nuit
Situation dangereuse : situation dans laquelle un accident est possible du fait de la présence d'une personne en relation avec un ou plusieurs dangers.	
Evènement dangereux : évènement susceptible de causer un accident.	
Accident :	
Dommage : lésion physique et/ou une atteinte à la santé ou aux biens.	



Le modèle de Reason

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

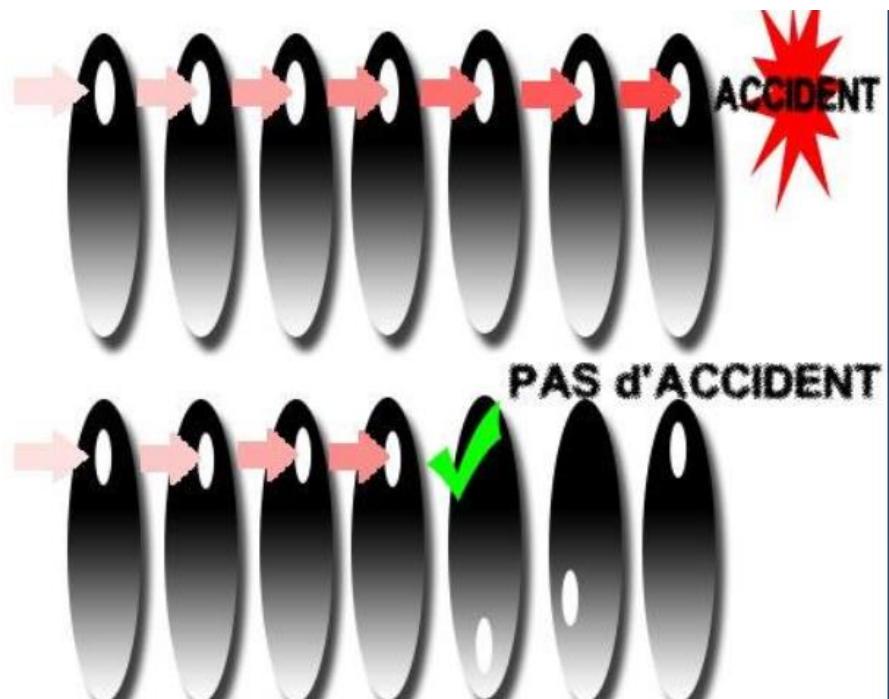


Le modèle de Reason

Les avantages du modèle :

Met en relief la complexité des relations de cause à effet : les causes sont rarement uniques. La plupart des accidents sont la conséquence d'une succession de faits et/ou de comportements qui conduisent à l'accident.

Permet de sortir du seul champ de l'erreur humaine : L'approche de Reason tente de dépasser le cadre de l'erreur humaine et de traquer les défaillances de l'organisation.



Prévention et gestion des risques : il s'agit d'étudier les différentes défaillances qui conduiront à un accident afin de les prévenir !

Définition du risque

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

Criticité = Gravité X Fréquence

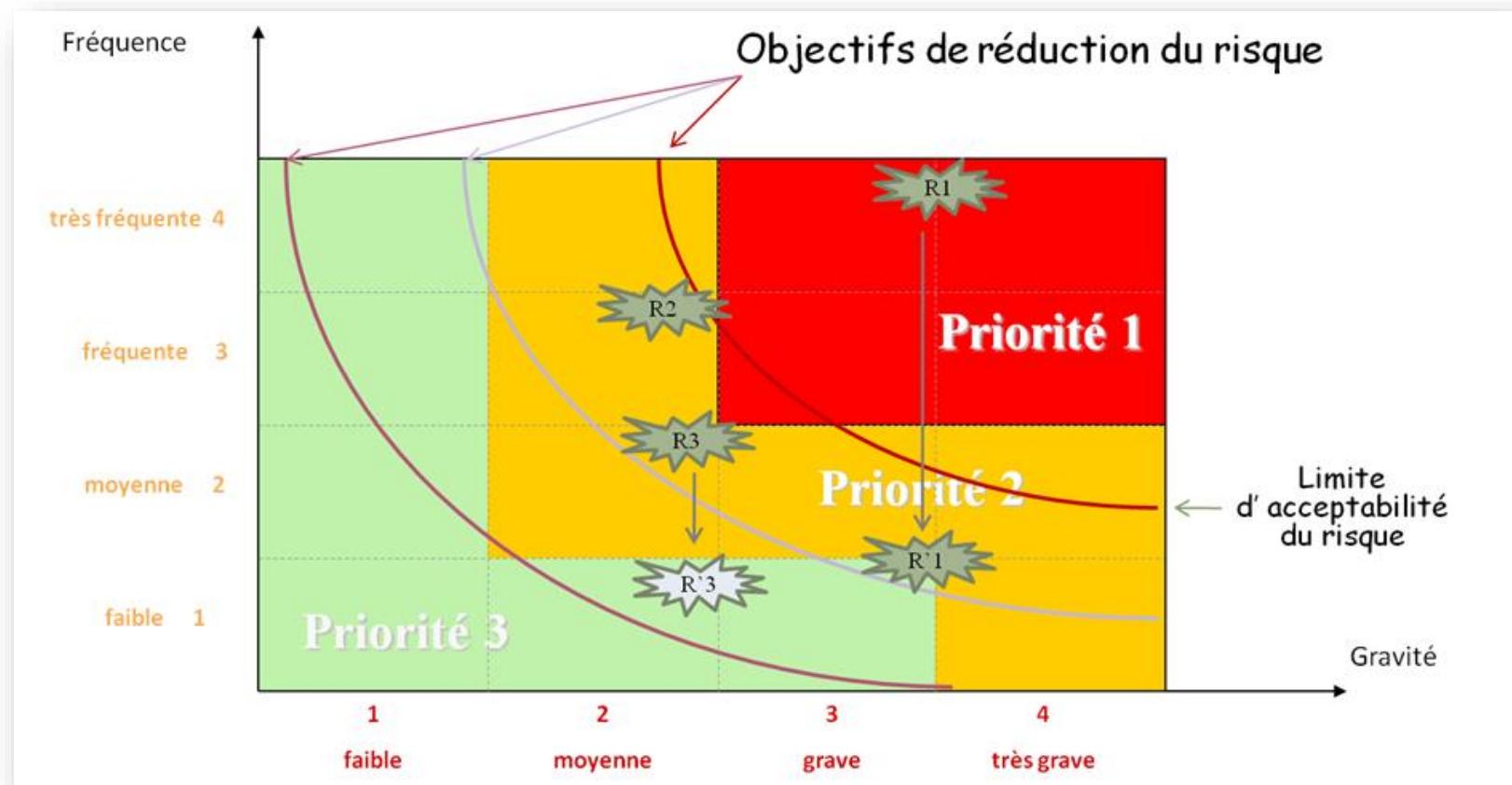


Fréquence et gravité auxquelles nous pouvons ajouter le niveau de maîtrise

Définition du risque

La courbe de Farmer

Guide de suivi DARI

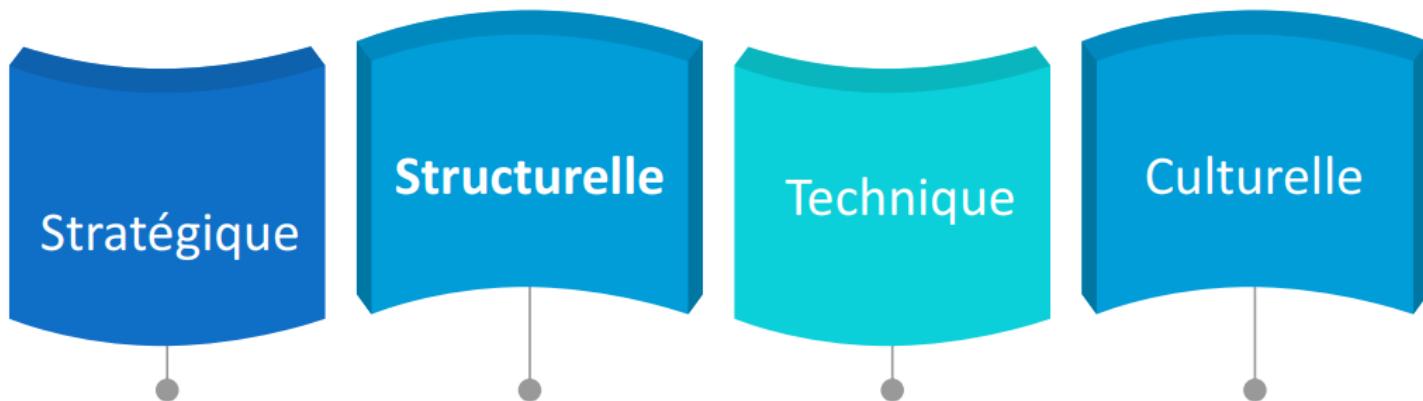


LA GESTION DES RISQUES



Les dimensions de la gestion des risques

Les 4 dimensions de la Gestion des Risques



Stratégique
Direction de l'ESMS : charte

Structurelle
Organisation
Qui ? Fait quoi ?
(temps dédié)

Technique
Méthode et outils adaptés

Culturelle
Sensibilisation de TOUS les professionnels : compréhension des objectifs, de la démarche et acquisition de connaissance

Dimension stratégique

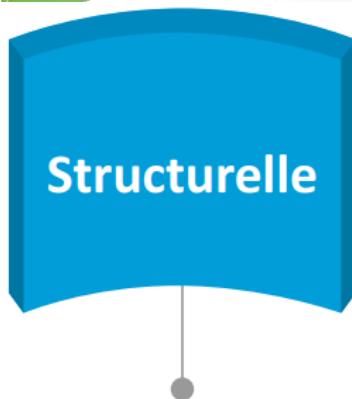
Stratégique

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

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

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

Dimension structurelle

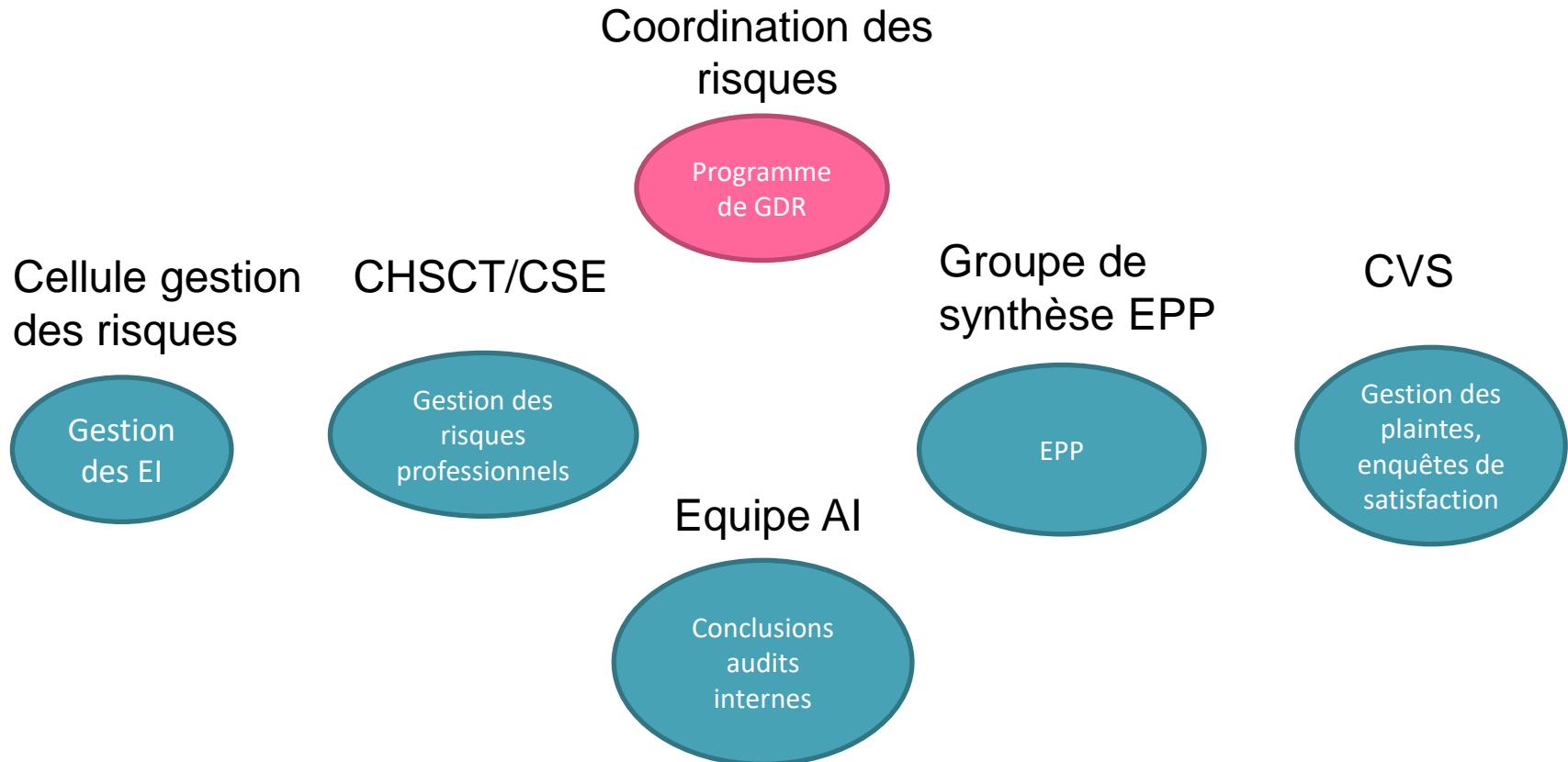


Conduit à préciser l'organisation de la démarche en définissant l'architecture du système et les responsabilités des différents acteurs

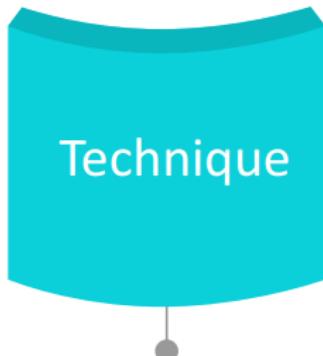
La coordination de la démarche devient rapidement un facteur clé pour assurer la cohérence et éviter que les multiples efforts des acteurs ne se dispersent et ne permettent pas d'aboutir à des améliorations significatives.

Dimension structurelle

Le regroupement des structures de recueil des évènements indésirables



Gestion des risques / Dimension technique



Concerne les méthodes et outils :

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

Gestion des risques / Dimension technique

Technique

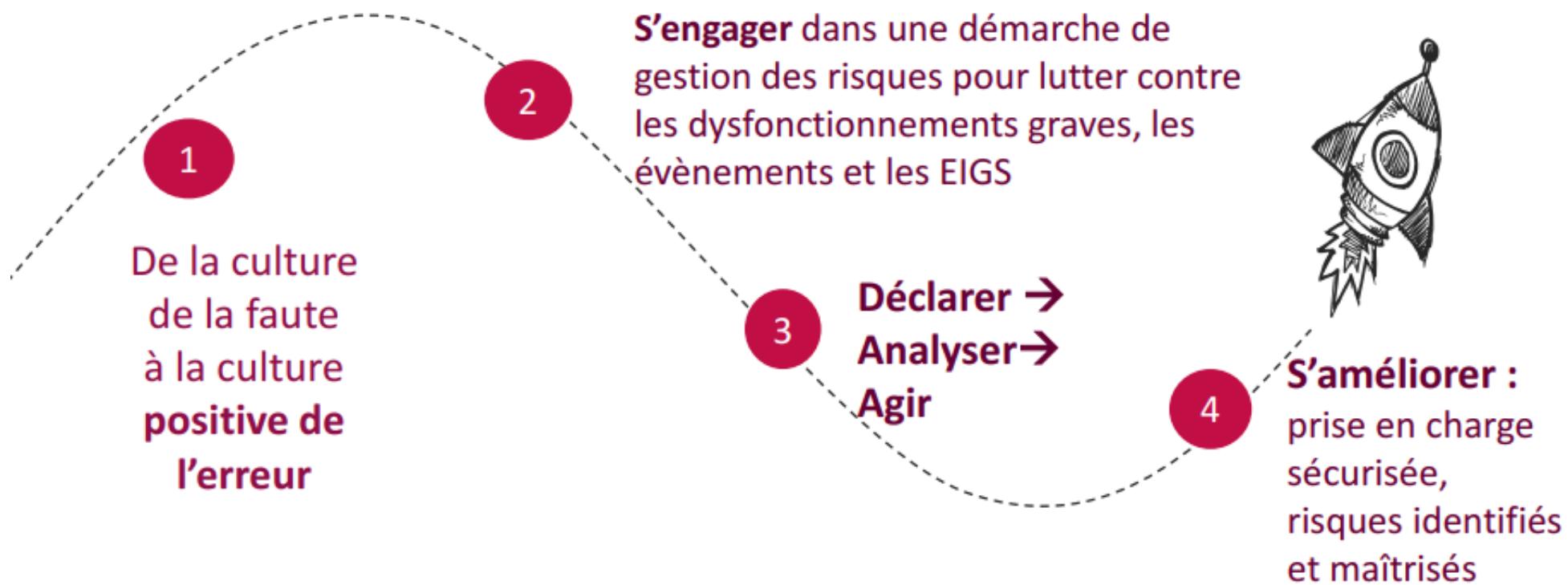


METHODES	OUTILS
Méthodes d'analyses des risques a priori	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de processus - Cartographie des risques - QQOQCP - HACCP, RABC - AMDEC
Méthodes d'analyses des risques a posteriori	<ul style="list-style-type: none"> -Ishikawa -Pareto -REX
Méthodes de hiérarchisation	<ul style="list-style-type: none"> -Diagramme de Farmer
Méthodes de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi d'indicateurs - Audit, EPP...

chapitre
2

chapitre
3

Une culture positive de l'erreur



Conditions de réussite : adhésion de tous les acteurs, engagement de la direction, une organisation, une méthode, des outils

La culture positive de l'erreur

Culturelle

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

Charte d'engagement

Page 37

L'erreur
n'est pas
la faute
!

Gestion des risques

Culturelle

LA CHAMBRE DES ERREURS

Une approche pédagogique, non culpabilisante

- ❖ Reconstitution d'une chambre de patient et d'une salle de soins avec des erreurs entraînant un risque patient dans lesquelles des erreurs ont été placées volontairement .
- ❖ Tous les personnels de la structure peuvent participer (médical ou pas) à cette expérience ainsi que les visiteurs et les patients.

Exercice :

<https://www.youtube.com/watch?v=3aZJOMNLnIE>

<https://www.youtube.com/watch?v=BnJ88JhEG70&feature=youtu.be>

ZOOM



Les objectifs de la GDR

La gestion des risques vise à assurer la sécurité des usagers, résidents et professionnels à l'aide de 2 approches :



Une approche à priori (préventive), qui permet de gérer les risques prévisibles d'une activité afin de ne pas exposer inutilement les personnes (ex: DUERP, plan bleu...)

Une approche à postériori (réactive) : il s'agit de prendre en compte des évènements « incidents, accidents » qui témoignent de l'existence de risque afin d'en tirer des enseignements

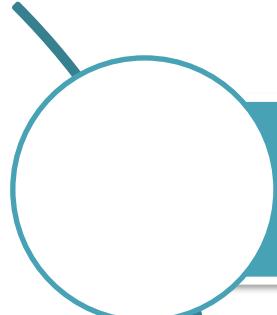
Gestion des risques

BILAN

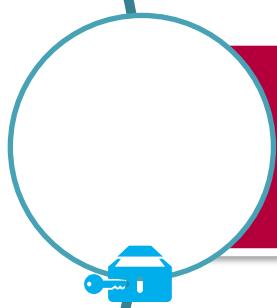
- ✓ Le risque est un événement indésirable **hypothétique**.
- ✓ C'est l'éventualité d'une **rencontre entre l'homme et un danger**.
- ✓ Le risque est la combinaison de la **gravité** et de la **fréquence** (probabilité).
- ✓ La plupart des accidents sont la conséquence d'une **succession de faits**.
- ✓ 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.
- ✓ L'approche **a posteriori** (ou réactive), permet, en présence d'événements indésirables survenus de s'interroger sur ce qui s'est passé.
- ✓ 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.



Sommaire



La gestion des risques

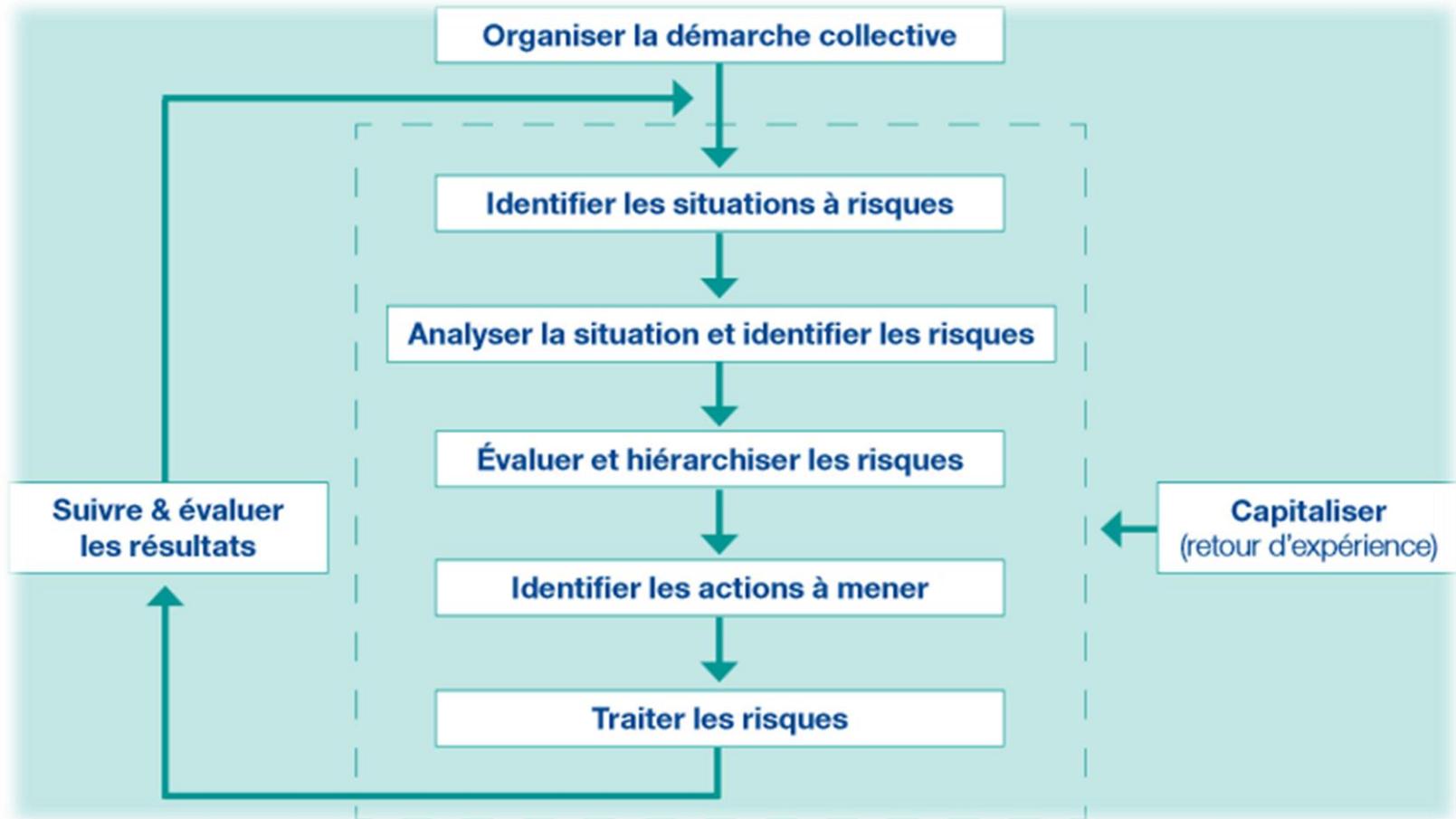


La gestion des risques a priori

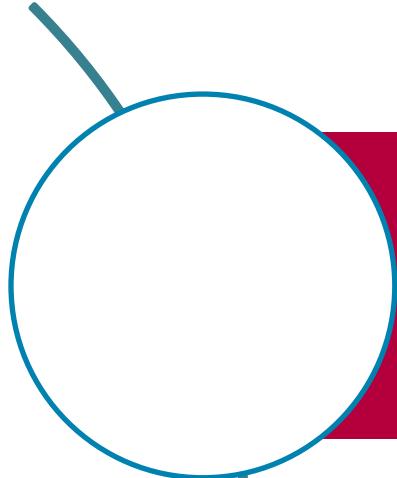


La gestion des risques a postériori

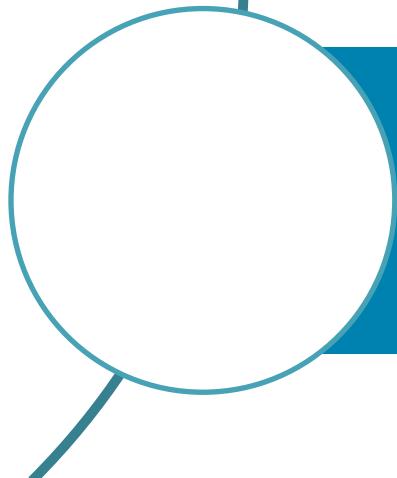
Gestion des risques a priori



GESTION DES RISQUES A PRIORI



L'AMDEC / DUERP



Le plan bleu

Gestion des risques a priori

- ❖ L'AMDEC est l'**Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité**
- ❖ « L'AMDEC est un procédé systématique pour identifier les modes potentiels et traiter les défaillances avant qu'elles ne surviennent, avec l'intention de les éliminer ou de minimiser les risques associés »
- ❖ L'AMDEC permet de **porter l'attention** sur les 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.
- ❖ Permet, après avoir réalisé une analyse fonctionnelle, **évaluer les risques** afin de prévenir les défaillances ou d'en prévenir les effets.

Gestion des risques a priori

Une méthode en 5 étapes

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

Gestion des risques a priori à travers le DUERP

RAPPEL REGLEMENTAIRE

- ❖ Document relatif à **l'évaluation des risques** pour la santé et la sécurité des travailleurs 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 associées au processus de **mise en œuvre de la démarche de prévention**, tant au regard de l'évaluation des risques que de la préparation des actions de prévention.

Gestion des risques a priori – Etape 1

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

- ❖ Il s'agit de :
- ❖ Connaître ses besoins et objectifs (Qualité, Coûts, Délais)
- ❖ Connaître ses marges de manœuvre pour piloter le projet
- ❖ Pouvoir faire des choix



Q.Q.O.Q.C.P.

1. Définir le périmètre de l'étude

2. Identifier les risques

3. Evaluer les risques

4. Réduire les risques

5. Retours d'expérience

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 étudiée ?
QUI	Sur qui cela agit-il ? À qui cela rend-t-il service ?
OU	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 ?

Illustration : le DUERP

4 étapes

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

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

Gestion des risques a priori – Etape 2

1. Définir le périmètre de l'étude

2. Identifier les risques

3. Evaluer les risques

4. Réduire les risques

5. Retours d'expérience

La **cartographie des risques** se révèle être l'instrument le plus pertinent pour identifier, évaluer et **hiérarchiser les risques** d'une organisation.

Point de départ de toutes autres actions nécessaires à la diminution ou au contrôle des risques.

Deux approches :

- ❖ Par processus
- ❖ Par typologie des risques



Cartographie des processus
Brainstorming
Enquêtes

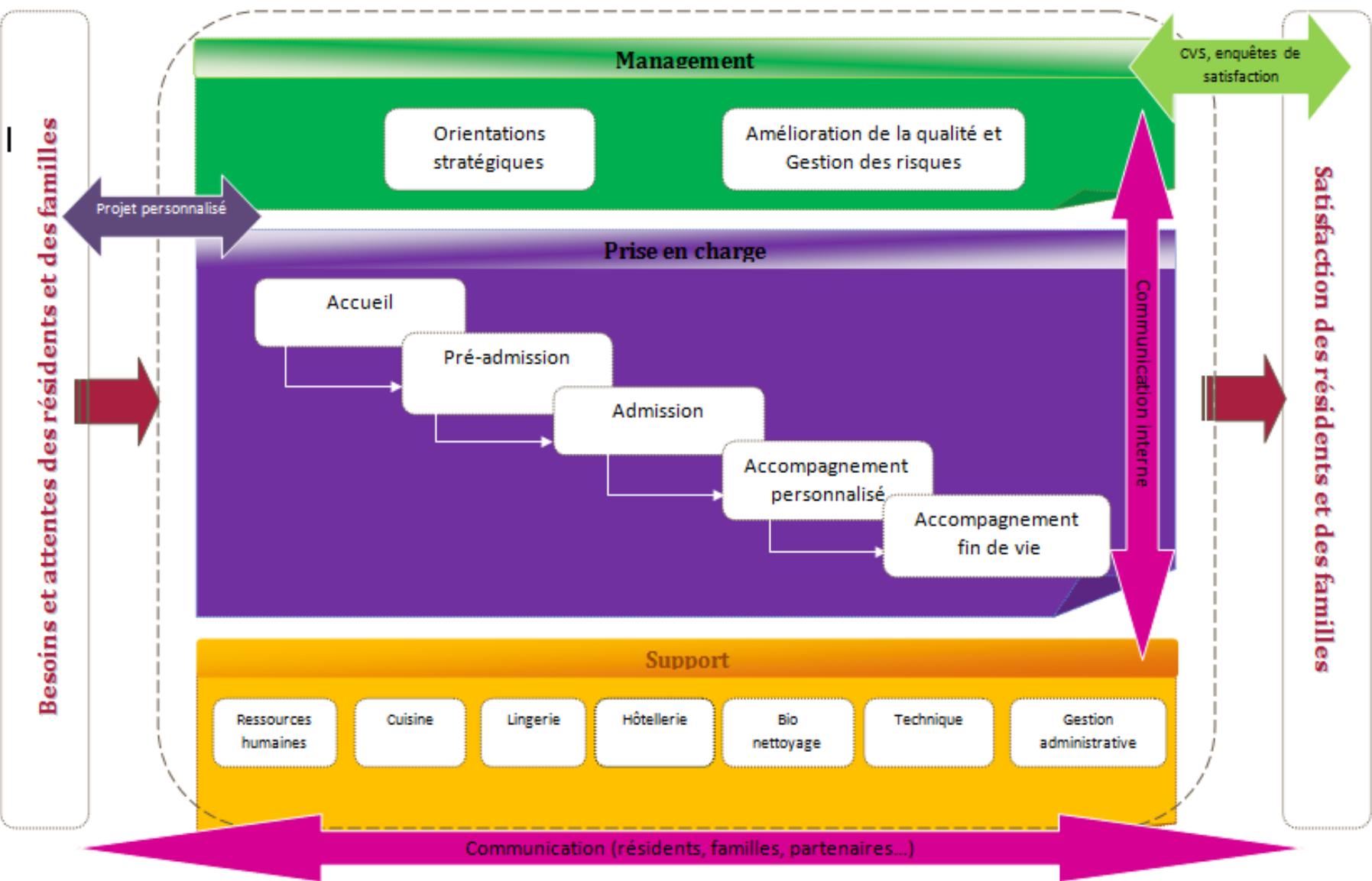
Identifier les risques

La cartographie des risques

Les obligations réglementaires non médicales

- Sécurité incendie
- Installations électriques
- Installations thermiques (chaudière,...)
- Transports mécaniques (ascenseurs,...)
- Portes et portails
- Sécurité alimentaire
- Légionelle,...

Identifier les risques



Identifier les risques



Cartographie des processus Exemple

Analyse des processus

Il s'agit de :

1. Définir le périmètre de l'étude

2. Identifier les risques

3. Evaluer les risques

4. Réduire les risques

5. Retours d'expérience

1. **Identifier le processus**
2. **Décrire** le processus de travail réel avec les professionnels directement impliqués
3. **Réaliser une représentation graphique** du processus
4. **Identifier les dysfonctionnements** et situations à risques associés à chacune des étapes du processus
5. Rechercher et **identifier les causes**
6. Identifier et **évaluer les barrières** de sécurité existantes



Illustration : le DUERP

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

- ❖ **Repérer et identifier les risques par unité de travail**, en observant les taches 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.

Illustration : le DUERP – Identification par type risque

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

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

Illustration : le DUERP

Unité : ENTRETIEN/MENAGE			
	Type de risque	Situation dangereuse	Dommages
1. Définir le périmètre de l'étude			
2. Identifier les risques	<u>Risques liés aux produits</u>	Utilisation de produits de nettoyage allergisants	Allergie Problèmes cutanés
3. Evaluer les risques			
4. Réduire les risques			
5. Retours d'expérience	<u>Risques liés à la charge physique de travail</u>	Réfection de lits bas	Troubles musculo-squelettiques (TMS)

Gestion des risques à priori – Etape 3

1. Définir le périmètre de l'étude

2. Identifier les risques

3. Evaluer les risques

4. Réduire les risques

5. Retours d'expérience

Une fois les risques identifiés, il convient de faire :

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

L'AMDEC – étape 3

Evaluation qualitative

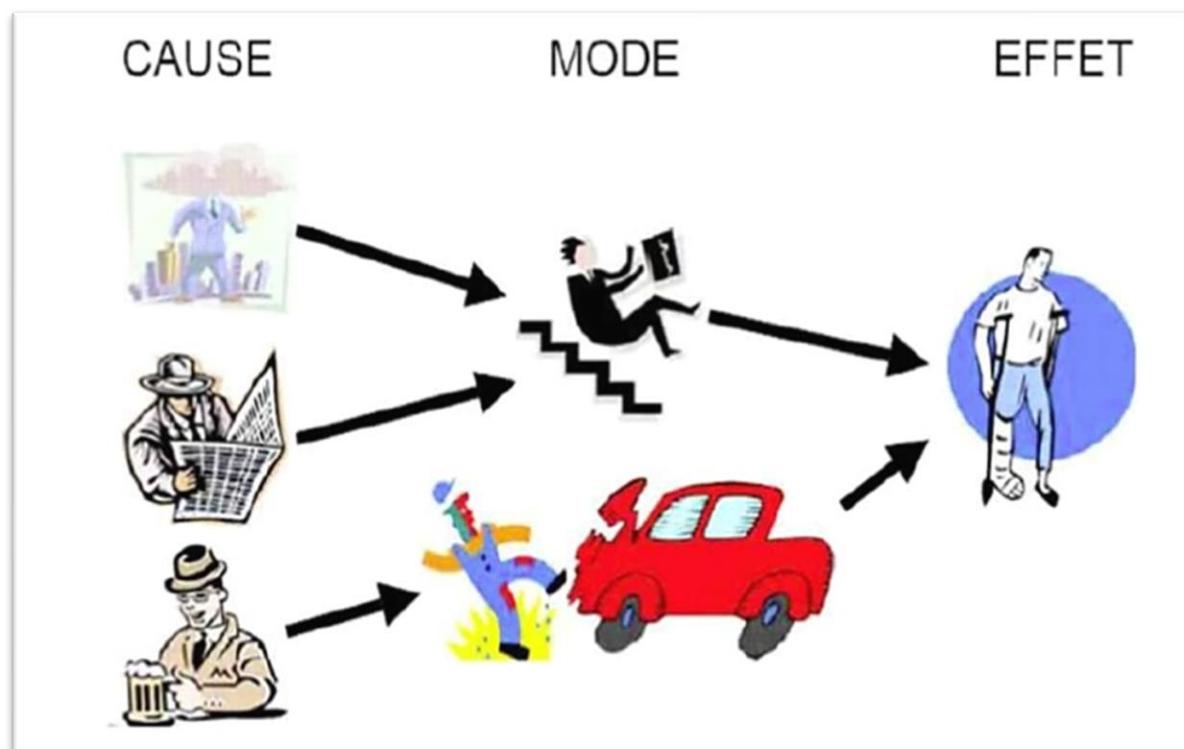
1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
- 3. Evaluer les risques**
4. Réduire les risques
5. Retours d'expérience

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

L'AMDEC

Evaluation qualitative

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



L'AMDEC

Evaluation qualitative

Exemple 1 : processus relatif au risque incendie

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

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

L'AMDEC

Evaluation qualitative

Exemple 2 : processus relatif au circuit du médicament

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

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

Exercice

Evaluation qualitative

Exercice : processus relatif au projet personnalisé

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

Processus	Risque / Mode de défaillance	Cause / Facteurs de risque	Effets produits / Dommages éventuels
Processus relatif au projet personnalisé	Défaut de prise en compte de la parole de l'usager	
		
		

Correction

Evaluation qualitative

Exemple : processus relatif au projet personnalisé

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

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

L'AMDEC

Evaluation quantitative

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

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

Matrice de criticité :

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

L'AMDEC

L'évaluation quantitative va permettre de hiérarchiser les risques

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

Les risques ainsi quantifiés peuvent être hiérarchisés.

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

Rappel

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

Criticité = Gravité X Fréquence



Fréquence et gravité auxquelles nous pouvons ajouter le niveau de maîtrise

L'AMDEC

Evaluation quantitative

Les grilles de cotation :

1. Définir le périmètre de l'étude

2. Identifier les risques

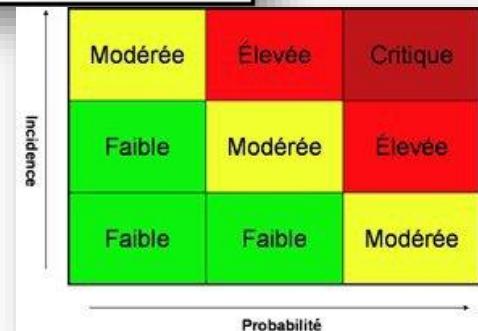
3. Evaluer les risques

4. Réduire les risques

5. Retours d'expérience

	PROBABILITE	GRAVITE			
		Mineure	Notable	Critique	Majeure
Fréquent		50%	60%	80%	100%
Possible		40%	50%	60%	80%
Rare		20%	40%	50%	60%
Extrêmement rare		0%	20%	40%	50%

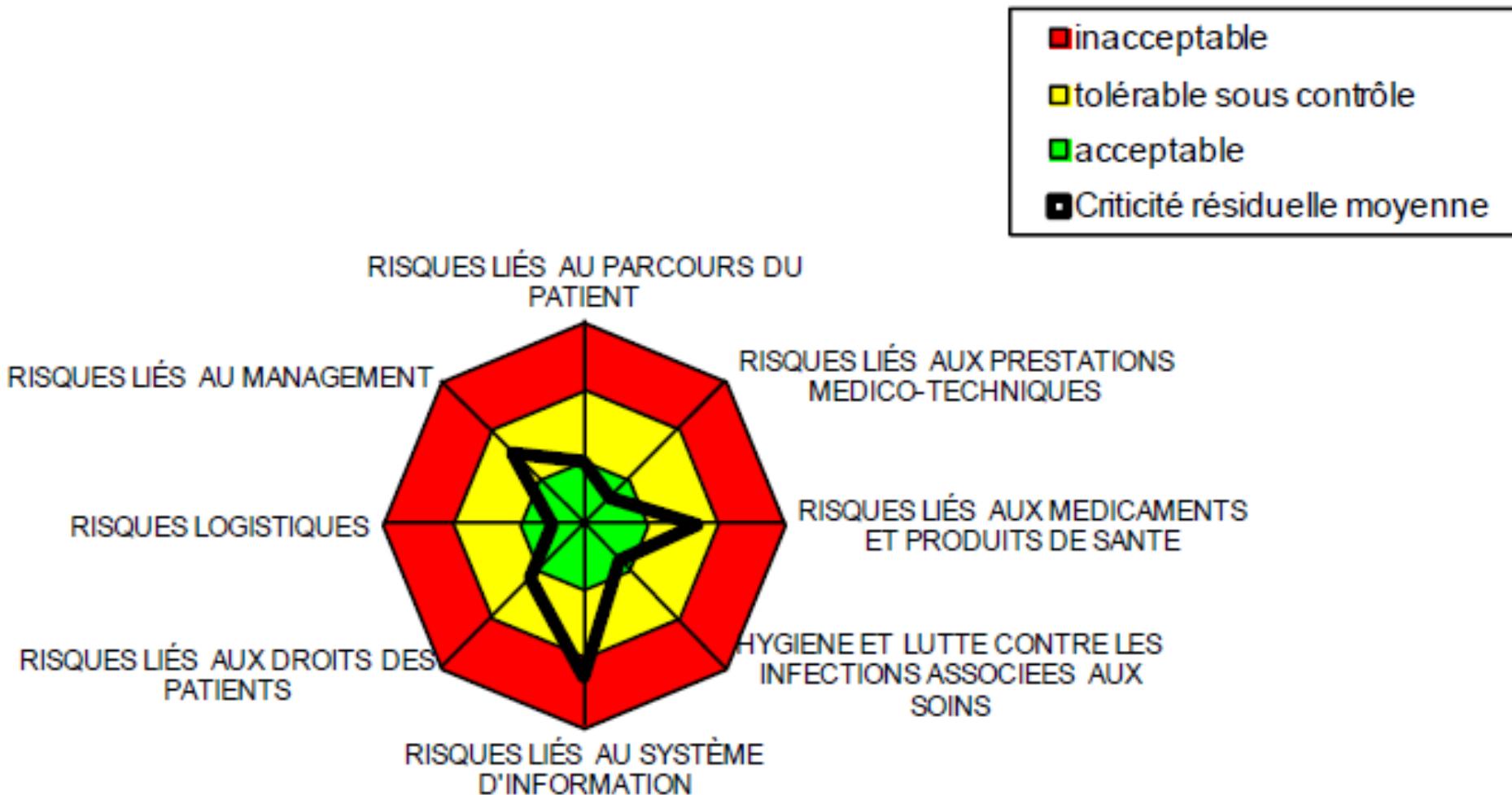
RISQUE	3	Risque inacceptable (prioritaire)
	2	Risque acceptable sous conditions (à diminuer)
	1	Risque acceptable (à surveiller)



L'AMDEC

Le radar

Evaluation quantitative



1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
- 3. Evaluer les risques**
- 4.
- 5.

L'AMDEC

Exemple 1: circuit du médicament

Evaluation quantitative

Risque/ processus	Sous Processus	Mode de défaillance	Causes	Effets	G	F	C	M	C'
Circuit du médicament	PRESCRIPTION	Erreur prescription médicamenteuse	Méconnaissance du traitement	Médicament non adapté à la pathologie, latrogénie	4	4	16	1	16
			Mauvaise qualité de rédaction		3	3	9	3	3
			Méconnaissance des pathologies		2	2	4	2	2
			Prescription orale non validée		4	2	8	2	4
			Erreur de durée de prescription		3	3	9	3	3
			Erreur de posologie		2	3	6	2	3

Illustration : le DUERP

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

Poste de travail : Agent de service									
	Phase de travail	Type de risque	Situation dangereuse	Dommages	G	F	C	M	C'
	Entretien des locaux	Risques liés aux produits	Utilisation de produits de nettoyage allergisants	Allergie Problèmes cutanés	3	3	9	3	3
	Réfection des lits	Risques liés à la charge physique de travail	Réfection de lits bas	Troubles musculo-squelettiques (TMS)	3	4	12	2	6

Identifier les risques



DUERP
**Et vous ? A quoi ressemble le
vôtre ?**

Gestion des risques a priori – étape 4

Stratégies de gestion des risques

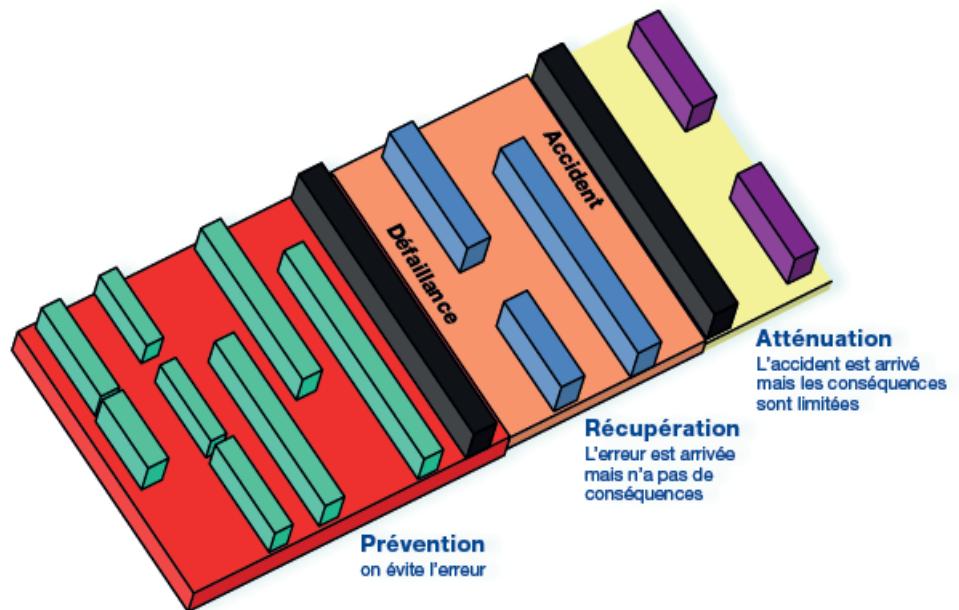
1. Définir le périmètre de l'étude
2. Identifier les risques
3. Evaluer les risques
- 4. Réduire les risques**
5. Retours d'expérience

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

Gestion des risques a priori

Stratégies de gestion des risques

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



Réduire les risques

La prévention et la récupération visent à réduire la fréquence du risque. Elles n'ont pas d'effet sur la gravité.

La prévention et la récupération s'appuient sur la mise en place de défenses en profondeur.

Cela peut être :

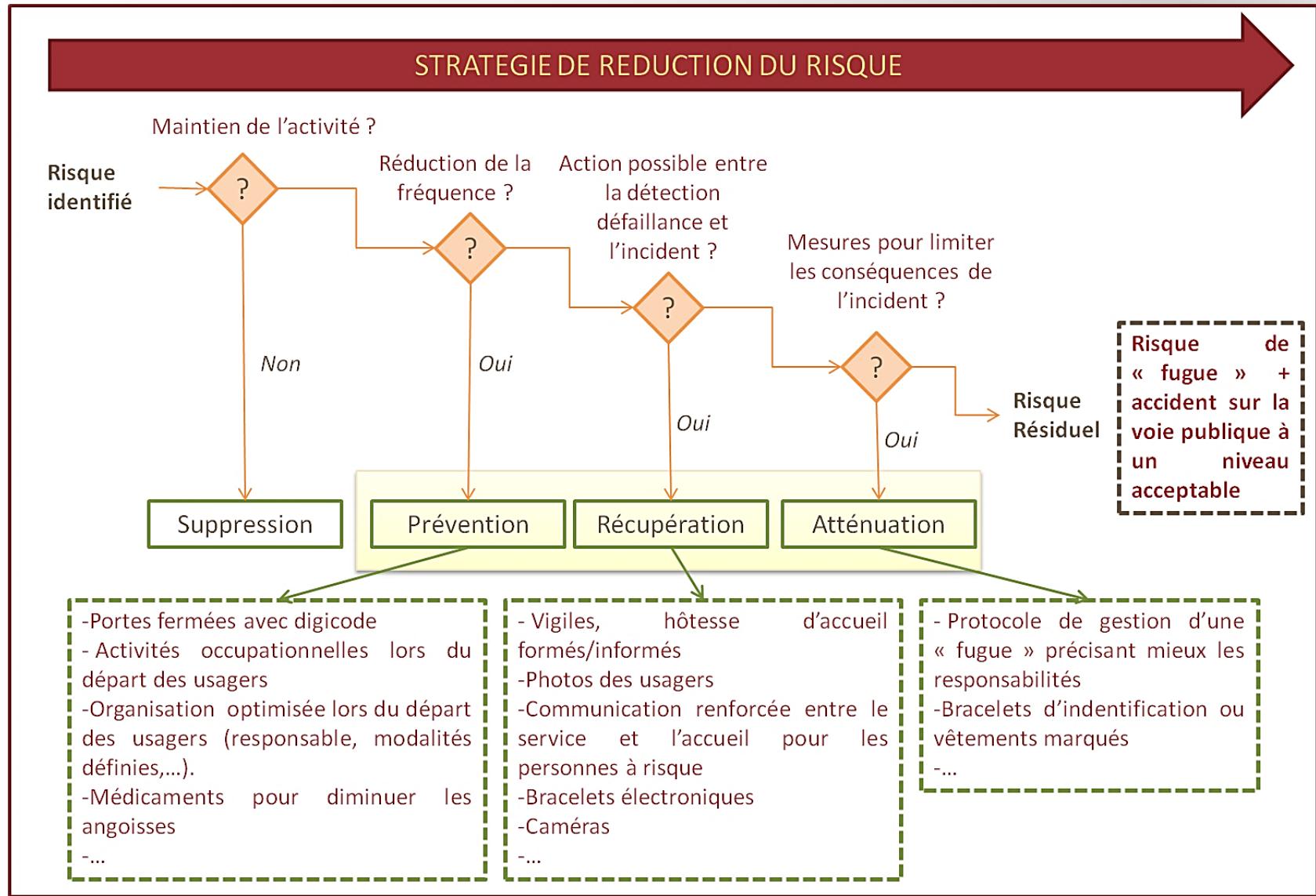
- des modifications de processus,
- des mises en place de systèmes empêchant la défaillance,
- d'actions sur les compétences (recrutement, qualification), la mise en place de procédures, formations,
- la mise en place de contrôles aux étapes clés

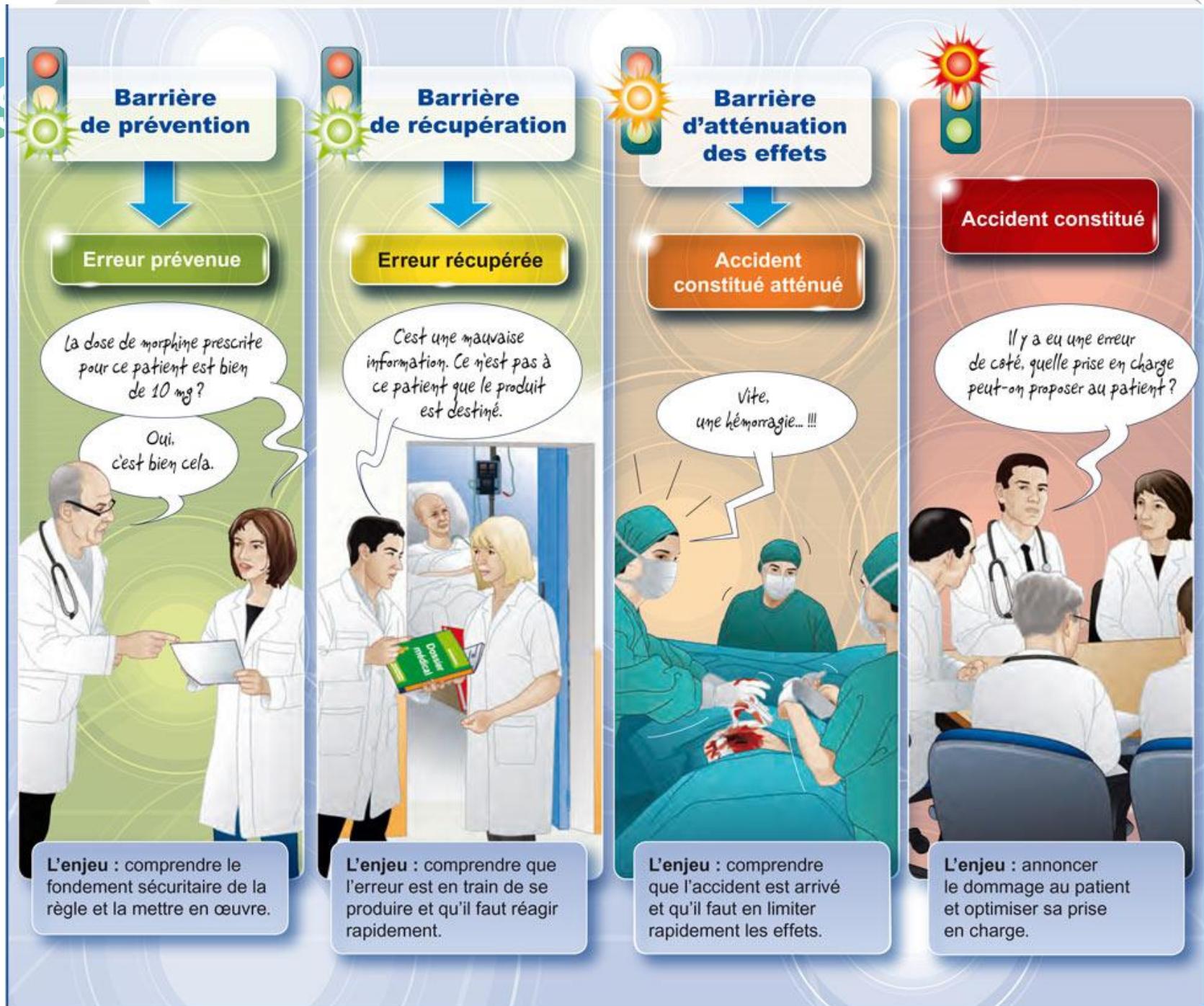
Réduire les risques

La protection :

- Suppose d'avoir identifié ce risque a priori
- La fréquence n'est pas modifiée mais la gravité est atténuée
- Il s'agit de prévoir les conduites à tenir et les ressources nécessaires

Gestion des risques a priori





Exercice

La souffrance au travail est un phénomène majeur dans le secteur médico-social.

Quelles sont les différentes stratégies à engager pour l'éviter ?

- Prévention
- Récupération
- Atténuation

Gestion des risques a priori

Mesures de prévention existantes ou à proposer

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

- ❖ Recenser les moyens de détection ou mesures de prévention existants
- ❖ Rechercher des actions correctives et préventives pour les défauts retenus
- ❖ Ce recensement peut se faire avec l'aide du diagramme d'Ishikawa.

Gestion des risques a priori

Mesures de prévention existantes ou à proposer

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

Exemple 1: processus relatif au circuit du médicament

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

Gestion des risques a priori

Mesures de prévention existantes ou à proposer

1. Définir le périmètre de l'étude

2. Identifier les risques

3. Evaluer les risques

4. Réduire les risques

5. Retours d'expérience

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

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

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

Illustration : le DUERP

Exemple

Unité de travail : Ménage/entretien										
Phase de travail	Type de risque	Situation dangereuse	Dommage				Mesures			
				G	F	C	Existantes	M	C'	
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	3	3	?
Réfection des lits	<u>Risques liés à la charge physique de travail</u>	Réfection de lits bas	TMS	3	4	12	Formation gestes et postures	4	3	?

Gestion des risques a priori



DUERP – plan d'actions Exemple

Gestion des risques a priori

Plan d'actions

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

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



Gestion des risques a priori

Axe 2 - Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents						FP-1				
Constat : se référer aux résultats du bilan (enquêtes, autoévaluation, ...)	Planification					Pilote(s)	Médecin coordonnateur			
	2013	2014	2015	2016	2017					
THEME : Prévention et prise en charge de la douleur										
C Objectifs : dépister et soulager la douleur						Acteurs				
Elaborer et mettre œuvre le protocole relatif à la prévention et prise en charge de la douleur.						IDEC, Référente qualité				
Sensibiliser l'équipe soignante au dépistage de la douleur.						IDE, médecin coordonnateur, équipe soignante				
Systématiser l'utilisation de l'échelle d'évaluation de la douleur						Equipe soignante				
Proposer des traitements préventifs contre la douleur à chaque fois qu'un soin risque d'être pénible ou douloureux.						IDE, médecins traitants				
En cas de difficulté, faire intervenir le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) du Centre Hospitalier.						Médecin coordonateur, IDEC, IDE, CLUD				
INDICATEURS										
Taux d'évaluation de la douleur						Médecin coordonateur, IDEC, IDE, CLUD				
MOYENS										
Moyens Humains : <ul style="list-style-type: none">- Sensibilisation au dépistage de la douleur Moyens matériels : <ul style="list-style-type: none">- Néant	Traçabilité: <ul style="list-style-type: none">- Protocole relatif à la prévention et la prise en charge de la douleur- Echelle d'évaluation de la douleur									

Gestion des risques a priori

Communiquer

1. Définir le périmètre de l'étude

2. Identifier les risques

3. Evaluer les risques

4. Réduire les risques

5. Retours d'expérience

❖ Pourquoi communiquer ?

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

❖ Par quels moyens ?

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

Gestion des risques a priori

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

Les retours d'expérience ont une double finalité :

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

Gestion des risques a priori : le bilan

1. Définir le périmètre de l'étude	Organiser la démarche collective Elaboration de la note de cadrage de l'étude à l'aide du QQOQCP.
2. Analyser la situation et identifier les risques	Cartographie des risques par processus ou par typologie des risques.
3. Evaluer et hiérarchiser les risques	Evaluation qualitative (modes de défaillances, causes et effet), évaluation quantitative (fréquence, gravité, criticité) et hiérarchisation des risques.
4. 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. Suivre les résultats
5. Retours d'expérience	Analyser les résultats. Exploiter l'expérience. S'améliorer.



EXERCICE sur la gestion des risques

« Le circuit du médicament peut comporter un certain nombre de risques.

La direction vous demande de réaliser l'analyse des risques de ce processus à l'aide de la méthodologie de l'AMDEC. »

Les intérêts de l'AMDEC

La méthode AMDEC confronte les connaissances des différents secteurs d'activité de l'organisation pour obtenir les résultats suivants :

- La **satisfaction des résidents** par la diminution maximum des effets qu'il pourrait subir en cas de survenance d'un risque
- L'**amélioration et la stabilité du processus** étudié, par la hiérarchisation des risques et le traitement prioritaire des risques critiques
- La **diminution des risques inhérents** au processus, par la mise en œuvre d'un plan d'action
- L'**optimisation des contrôles**, par la détermination d'un plan de surveillance des actions préventives et correctives décidées

Illustration : le DUERP

BILAN

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

Gestion des risques a priori



- 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 ministrielles 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**



Le plan bleu

❖ Qu'est-ce que c'est?

Le Plan Bleu est un plan de gestion de crise permettant à un établissement hébergeant des personnes âgées ou handicapés la mise en œuvre rapide et cohérente des moyens indispensables permettant **de faire face efficacement à une crise quelle qu'en soit sa nature** (exemple : feu de forêt, canicule, vent violent, grand froid..).

« Les établissements d'hébergement de personnes âgées ont l'obligation de réaliser un « plan bleu » détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou météorologique, conformément aux dispositions de l'article D. 312-160 du CASF. L'un des éléments essentiels de ce plan est la convention conclue avec un établissement de santé

Les objectifs et intérêts du plan bleu



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



Notion de risques et définition d'une situation sanitaire exceptionnelle

Risques d'origine externe :

- **risques naturels** : intempéries (canicule, grand froid, inondation, tempête), avalanche, séisme, etc. ;
- **risques technologiques** : industriel, nucléaire, transport de matière dangereuse, trafic aérien, rupture de barrage ;
- **risques sanitaires** : risques infectieux (affection virale, bactérienne ou parasitaire), TIAC (Toxi-infection Alimentaire Collective), gastro-entérite virale, affection respiratoire, tuberculose, gale, méningite, légionellose, etc.

Notion de risques et définition d'une situation sanitaire exceptionnelle

Risques d'origine interne :

- **risques logistiques et notamment les ruptures en approvisionnements extérieurs** : eau, ressources énergétiques (électricité, fioul, gaz...), produits médicaux et pharmaceutiques (médicaments, vaccins, petits matériels...), etc. ;
- **risques de ruptures de service** : restauration, lingerie, ordures ménagères, déchets de soins ;
- **risques de pannes** : chaudière, ascenseur, etc.

Les éléments constitutifs du plan bleu

Les éléments essentiels qui charpentent la gestion d'un événement exceptionnel et qui doivent être intégrés au plan bleu.

• L'ORGANISATION GÉNÉRALE

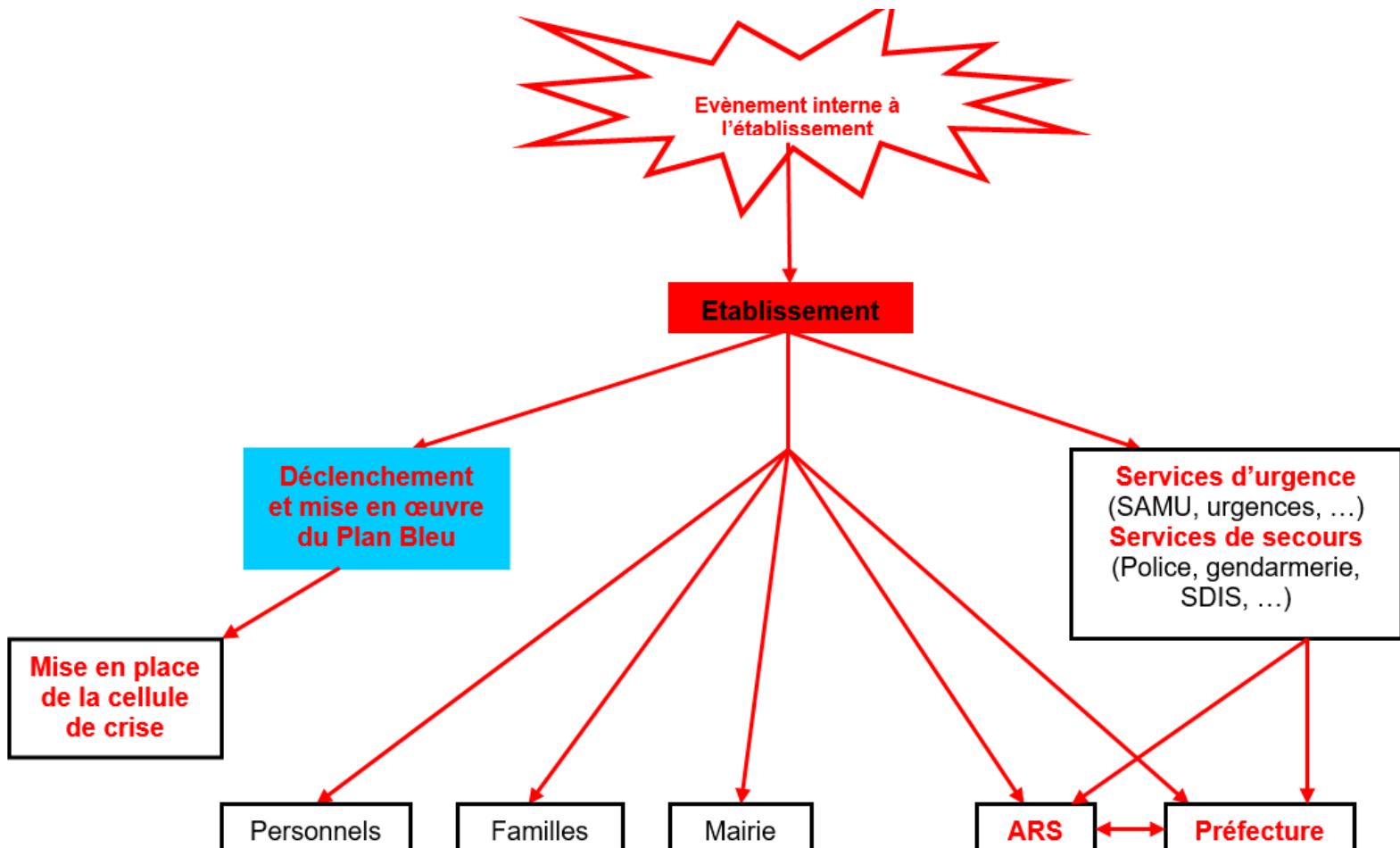
- Les rédacteurs et référents du plan bleu
- Le descriptif de l'établissement (plan de masse, activités et organisation) et des risques auxquels il est soumis.
- La mise en place d'une convention avec un établissement de santé proche définissant les coopérations
- L'analyse des activités et des missions prioritaires au titre du plan de continuité d'activité.

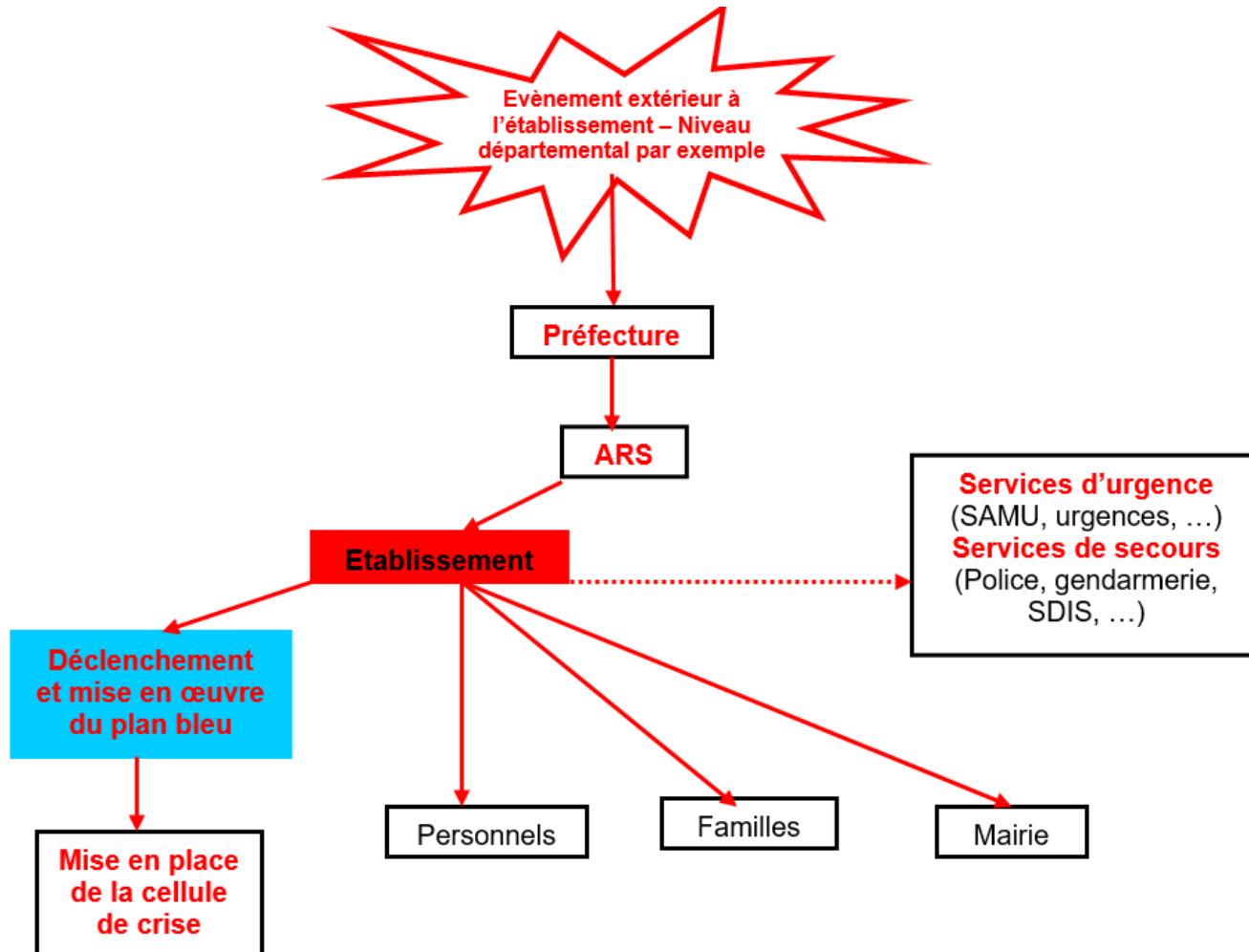
• L'ORGANISATION EN SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

- 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, FICHES ACTIONS, FICHES REFLEXE

La mise en alerte





La cellule de crise

Le plan bleu est mis en œuvre à partir d'une cellule de crise qui a pour fonction :



- 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.

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 et rôles des membres
- Le rôle des membres de la cellule en cas d'alerte = fiches actions



Points clés sur la communication de crise

- Ecoute et empathie > rassurer ses collaborateurs
- Retour d'expérience > après l'analyse des causes
- Fiabilité et transparence > Attention aux informations erronées (interprétation)
- Offensive > ne pas cesser de communiquer tant que la crise est présente
- Ouverture > combattre le symptôme de la tour d'ivoire



Une coupure EDF surgit dans la journée à 16h00, que faites-vous ? :

- Quels sont les modes de défaillance ? (défaillance sur la restauration, soins etc...)
- Quels sont les risques encourus ?
- Quelles sont les actions à mettre en place ?

GRILLE ANALYSE ET GESTION DES RISQUES

Cause du risque	Risques encourus	Actions curatives à mettre en œuvre



Méthodologie d'élaboration du Plan bleu

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

- Réalisation d'un état des lieux :
 - Description des caractéristiques de l'EHPAD
 - Identification des principaux risques
 - Inventaire des moyens et des personnels

Trame
issue RBPP
ARS à
adapter

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

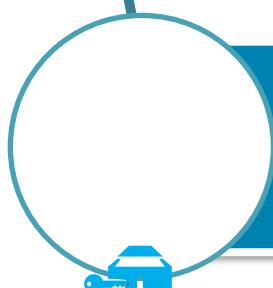
Trame
issue RBPP
ARS à
adapter

Guide du plan bleu
Exemple convention

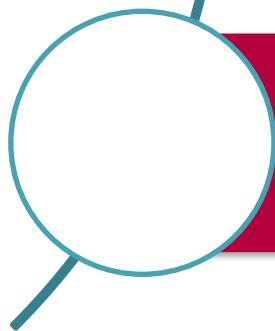
Sommaire



La gestion des risques



La gestion des risques a priori



La gestion des risques a posteriori

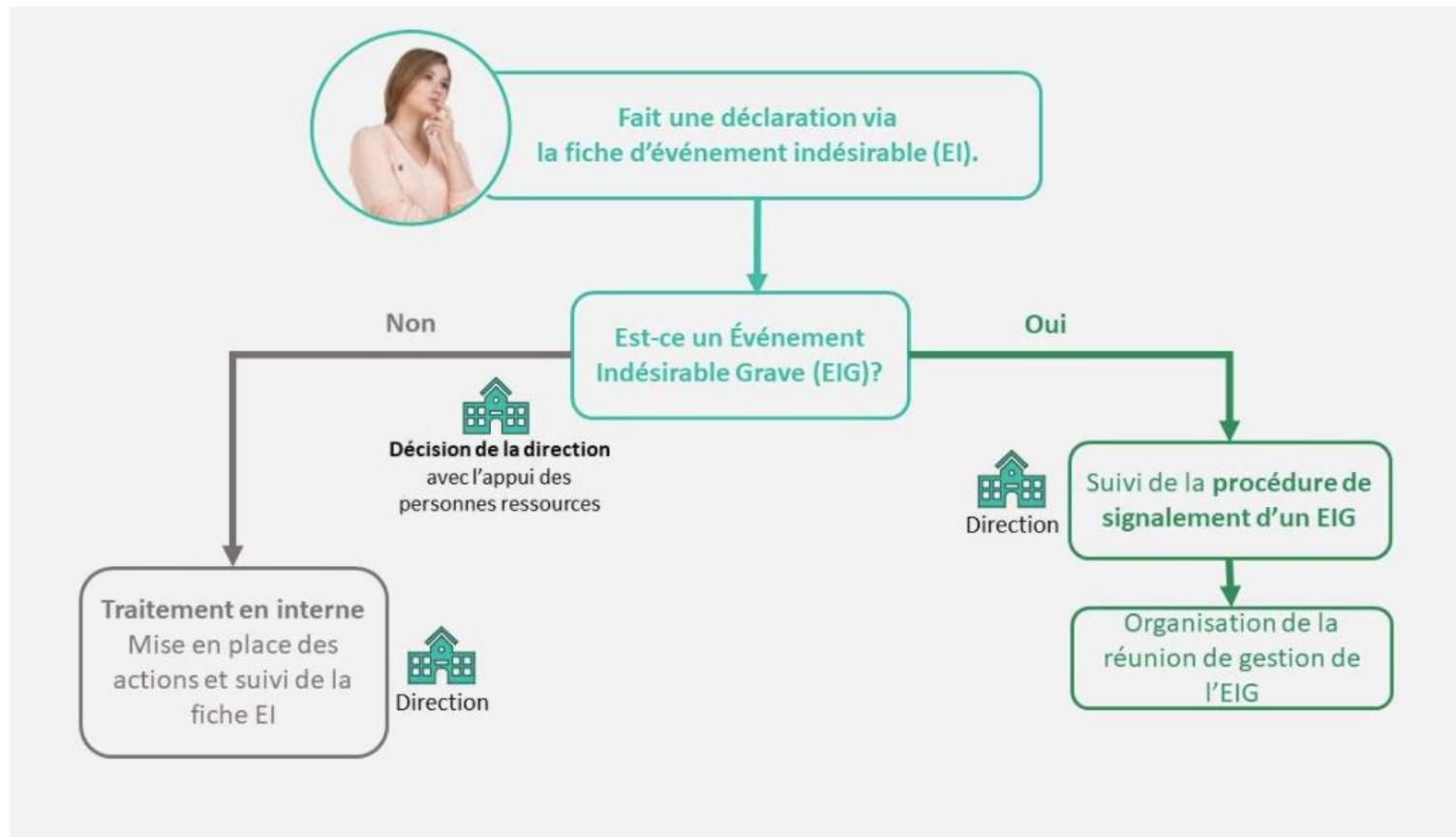
GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Les types d'évènements indésirables :

- 1. L'événement indésirable ou dysfonctionnement grave (EIG)** = est un évènement susceptible de causer un dommage. Perturbe l'accompagnement des usagers et la sécurité et santé du personnel
- 2. L'événement indésirable grave associés aux soins (EIGS)** = tout incident préjudiciable à un usager survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une enquête ou d'un traitement .
- 3. Événements Indésirables sanitaires (ESI)** = ????

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Le circuit de déclaration





GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

01

Remontée d'informations

Une différence entre délation et signalement : laquelle ?

- **Signalement** : Description détaillée des caractéristiques physiques d'une personne permettant de l'identifier.
- **Délation** : Dénonciation, généralement secrète, dictée par des motifs vils et méprisables.



GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Que signaler ?

01

Remontée d'informations

- **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.

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.

Sensibiliser la culture positive de l'erreur !

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Pourquoi je signale ?

01

Remontée d'informations

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

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

[Charte
d'engagement](#)

01

Remontée d'informations

Quels sont les freins au signalement ?

- Peur des sanctions
- Méconnaissance du système de signalement
- Intérêt non perçu du signalement
- Manque de temps pour le signalement
- Système non adapté

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

01

Remontée d'informations

Qui signale ?

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

Quand signaler ?

Le plus rapidement possible !

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

Le développement d'une culture de signalement est un moyen de valoriser le temps passé par le personnel à régler au quotidien de multiples petits problèmes.

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

01

Remontée d'informations

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'usager)
- **en externe**, par l'intermédiaire **d'un portail de signalement**. C'est l'évaluation de la gravité **qui oriente vers la déclaration externe**.

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

01

Remontée d'informations

Comment signaler un EIG 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**.

L'évènement indésirable

L'Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales précise la nature des dysfonctionnements graves et des événements dont les autorités administratives doivent être informées :

1. Les sinistres et événements météorologiques exceptionnels ;
2. Les accidents ou incidents liés à des défaillances d'équipement techniques
3. Les perturbations dans l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines ;
4. Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;
5. Les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches d'une personne prise en charge

6. Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne ;
7. Les suicides et tentatives de suicide
8. Les situations de maltraitance
9. Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil,
10. Les comportements violents
11. Les actes de malveillance au sein de la structure

[Formulaire de déclaration](#)

[Arrêté 2016](#)

LES EVENEMENTS INDESIRABLES

Le portail de signalement :

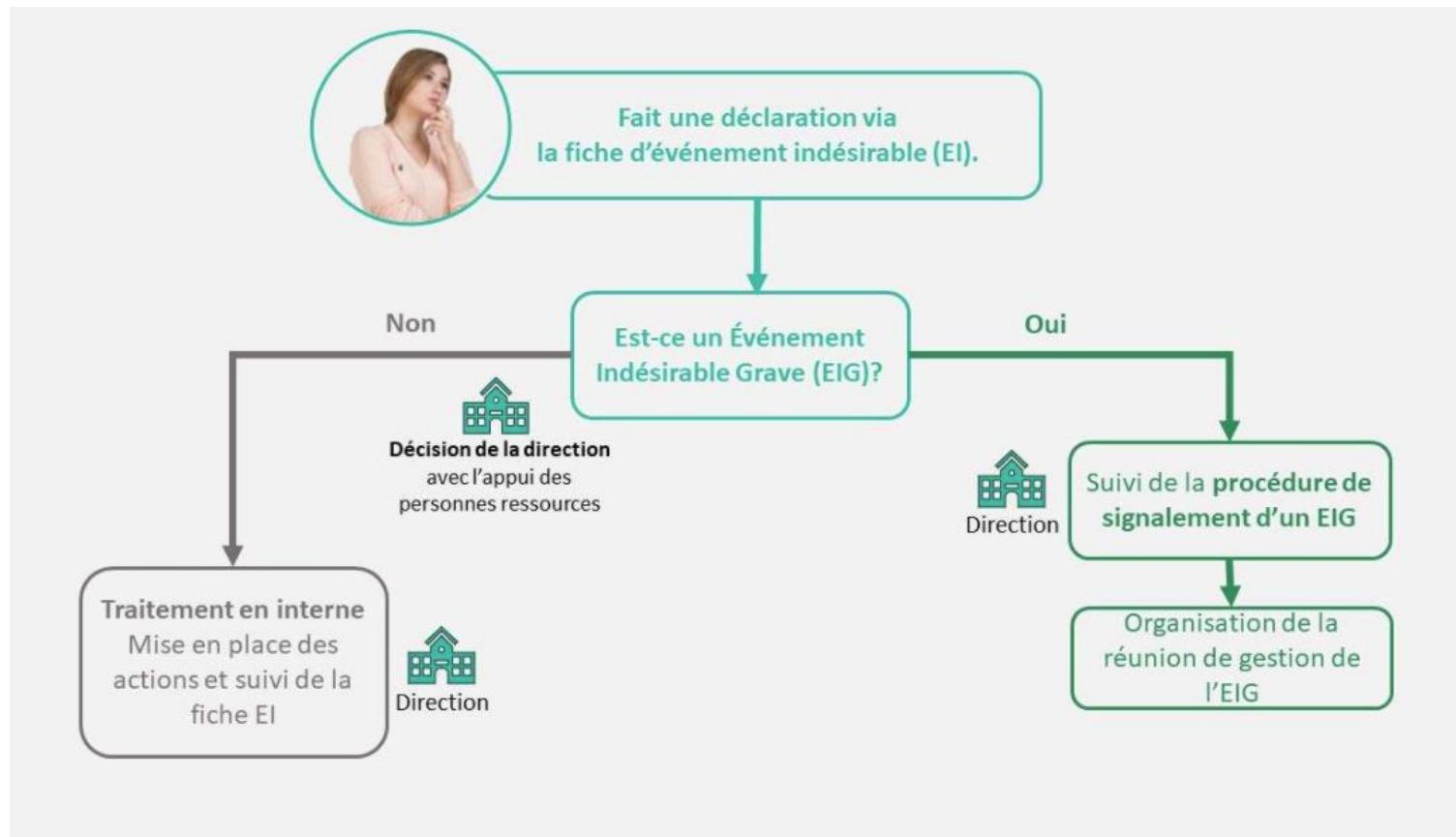
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/>



The screenshot shows the official website of the French Ministry of Solidarity and Health. The top navigation bar includes links for Actualités/Presse, Grands dossiers, Ministère, Métiers et concours, Professionnels, and Études et statistiques. Below this, a secondary navigation bar features Affaires sociales, Prévention en santé, Santé et environnement, Soins et maladies (which is highlighted in dark grey), and Système de santé et médico-social. At the bottom of the page, there is a banner featuring a photograph of medical professionals and the text "signalement-sante.gouv.fr Agir pour sa santé et celle des autres".

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Le circuit de déclaration



GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Une déclaration d'évènement indésirable doit comporter les faits, et uniquement les faits, sans jugement.

Quelles sont les faits neutres dans ces différentes situations ?

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

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

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

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI



Analyse des causes

02

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

- **Les CREX**
- **Le brainstorming**
- **QQOQCCP**
- **Ishikawa**
- **La méthode des 5 « Pourquoi »**

Sans oublier la chronologie des faits !

Les CREX

- 4 étapes successives indispensables :
- **Connaître** les EI (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



Les CREX

Le REX, c'est	Le REX, ce n'est pas
Une démarche collective d'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.	Une démarche individuelle, une affaire d'expert, de spécialiste, ou de groupe trop restreint.
Une démarche qui associe collecte, analyse approfondie, actions d'amélioration, partage et communication des enseignements retirés.	Un simple enregistrement dans une base et/ou un traitement « administratif » des EIAs.
Une démarche pour améliorer la sécurité des patients qui s'intéresse aux « pourquoi » des événements survenus.	Une inspection, une expertise judiciaire, une recherche de responsabilité individuelle, de faute, du « qui » est responsable.
Une analyse qui prend aussi en compte les organisations et les facteurs humains.	Une analyse centrée exclusivement sur la maladie du patient, la thérapeutique, la technique, la faute.
Une démarche qui conduit les professionnels à s'interroger en équipe sur leurs pratiques et à prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser.	Un exercice de style déconnecté de la réalité, permettant de satisfaire des obligations administratives.

Pourquoi un CREX ?

Améliorer ses pratiques et les processus de soins réalisés

- **Identifier**, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge ;
- **les analyser** afin d'en rechercher
 - les facteurs contributifs et les causes,
 - d'identifier également les actions
 - et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient;
- **proposer des actions d'amélioration** visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (**actions préventives**) ou à en limiter leurs effets délétères et leur gravité (**actions protectrices**) ;
- **suivre et d'évaluer les actions entreprises.**



Comment réussir son CREX ?

- Selon vous, quels sont les critères d'un CREX réussi ?



Comment réussir son CREX ?

- **Méthodologie bien définie** (procédure et grille d'évaluation)
- **Logistique adaptée** (salle dédiée fixe, jour et heures fixes, collation prévue)
- Groupe préexistant / « noyau dur »
- Un groupe pluri professionnel apportant la connaissance des difficultés rencontrées par chaque profession
- le respect réciproque des différents professionnels entre eux
- **Qualité de l'animation** (d'où formation initiale) : déculpabiliser, respect du temps de parole de chacun, respect de la méthodologie, éviter les digressions dans la discussion, recentrer sur les actions d'amélioration possibles et faisables
- Un outil d'analyse structuré , structurant la démarche d'analyse et stabilisé
- **Satisfaction des participants** pour la méthode et l'envie de poursuivre l'expérience au terme de l'expérimentation
- **Qualité des compte-rendu et leur diffusion**
- **Anonymisation des dossiers et engagement de confidentialité**
- Une **procédure écrite, validée et admise par tous**, est indispensable. Elle fait office de règlement intérieur.

Analyse des causes

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

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

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

La situation....



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

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

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

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

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

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Correction

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

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Le diagramme d'Ishikawa

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

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

GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

EXERCICE



**Réaliser une analyse des causes
à l'aide du diagramme
d'Ishikawa de l'EI :
CHUTE D'UN RESIDENT DANS LE
COULOIR APRES LE PASSAGE DE
L'EQUIPE MENAGE.**

LA GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

MÉTHODE

MILIEU

MATIERE

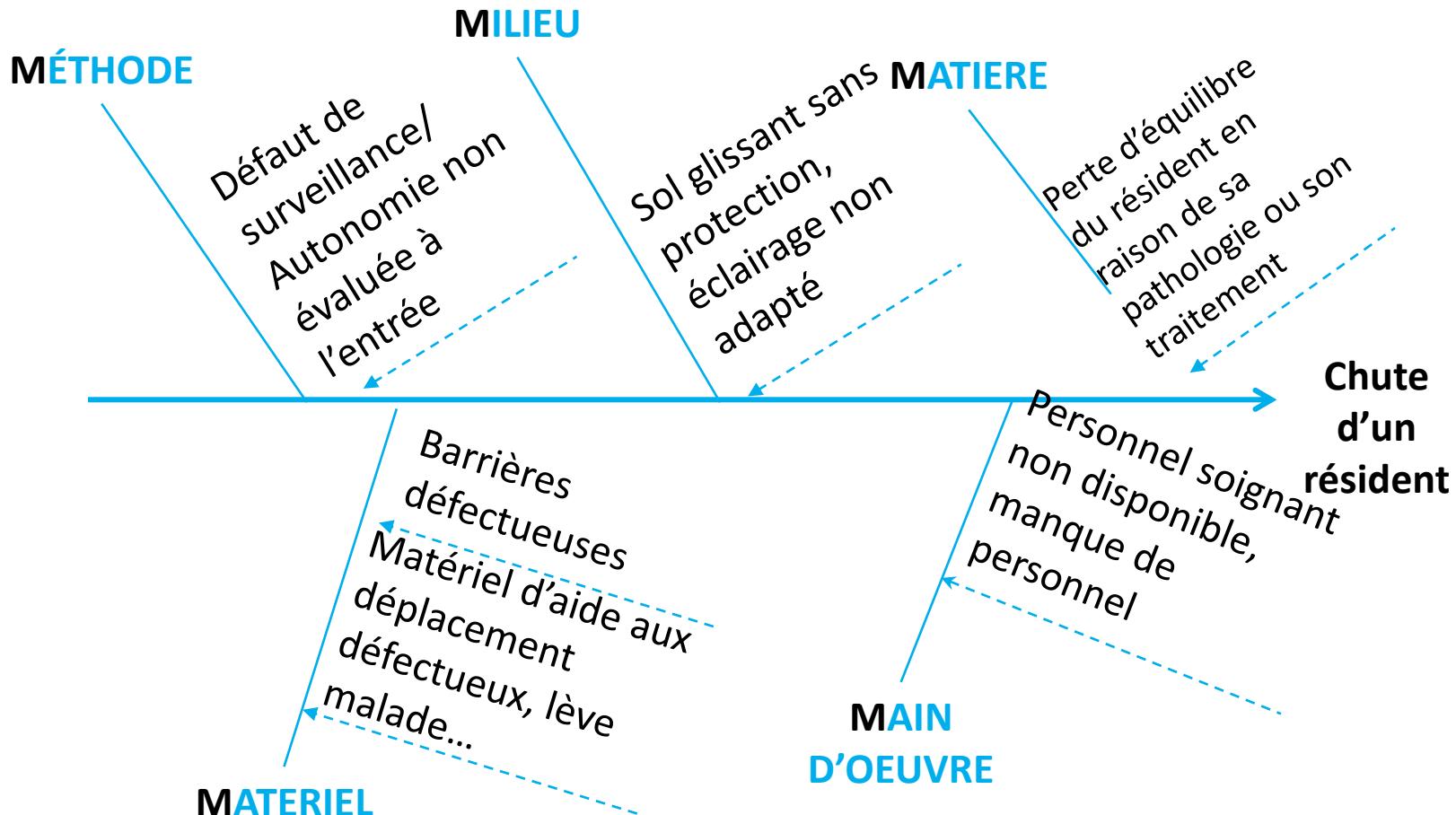
MATERIEL

MAIN D'OEUVRE

Chute d'un résident



Correction



Gestion des risques a posteriori

Le diagramme de Pareto

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

Gestion des risques a posteriori

Causes	Nombre	Cumulative%
Absence de barrière	50	47,6% (50/105)
Sol glissant	30	76,2% ($30/105 = 19\%$ et $47\% + 19\% = 76\%$)
Perte d'équilibre du résident	15	90,5%
Matériel d'aide au déplacement défectueux	5	95,2%
Personnel non disponible	3	98,1%
Défaut de surveillance	2	100,0%
TOTAL :	105	

Les causes à travailler majoritairement sont l'absence de barrières et le sol glissant

Exercice

Vous avez recensé 69 évènements indésirables liés au RPS sur l'année :

- 16 sur le conflit d'équipe
- 14 sur les agressions verbales des familles
- 13 sur les violences physiques des usagers
- 9 sur l'incivilité des familles
- 7 sur le vandalisme
- 5 sur la violence verbale des usagers
- 3 sur la discrimination des collègues
- 2 sur des humiliations de la part des collègues

Trouvez les causes prioritaires sur lesquelles il faut travailler en utilisant Pareto.

Corrections

Gestion des risques a posteriori

03

Actions correctives / curatives

Définir un plan d'action

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.

Gestion des risques a posteriori

03

Actions correctives / curatives

- ❖ **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.
- ❖ **Action préventive** : action visant à éliminer la cause d'une non-conformité potentielle ou d'une situation potentiellement indésirable. L'action préventive est entreprise pour empêcher l'occurrence alors que l'action corrective est entreprise pour empêcher la réapparition.

Gestion des risques a posteriori

03

Actions correctives / curatives

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

Gestion des risques a posteriori

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

Gestion des risques a posteriori

	Action curative	Action corrective	Action préventive
Médicaments périmés dans l'infirmerie.			

Gestion des risques a posteriori



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.

Gestion des risques a posteriori



Retour d'expérience

04

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 organisationnel , technique ou humain) mais **aussi de forces** du système (Récupération de qualité, ce qui a fonctionné).

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 évènements indésirables.



Exercice

- Elaborer un plan de communication sur les évènements indésirables à destination des professionnels



Gestion des risques a posteriori

Quelques pièges à éviter...

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

La gestion des risques préventive et réactive...

Les objectifs

- Une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité des résidents, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins.
- Cette démarche est guidée au moyen d'une politique institutionnelle et d'un programme d'actions évolutif, établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues.



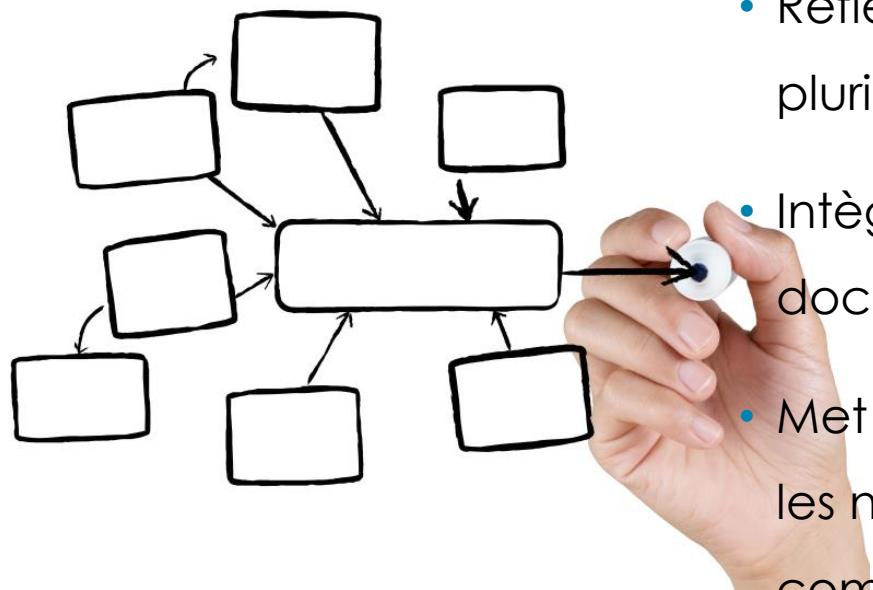
Le programme de gestion des risques

- Combiner les approches a priori et a posteriori
- Privilégier les méthodes et outils simples et déjà utilisés dans la démarche qualité
- Définir des objectifs prioritaires en s'appuyant sur le bilan de l'existant
- Réaliser des informations orientées risque en interne
- Donner une dimension institutionnelle au programme



L'organisation de la gestion des risques

L'organisation à mettre en place



- Souple, réactive
- Reflète et traduit le caractère transversal et pluridisciplinaire de la gestion des risques
- Intègre les dispositifs existants sur les risques : document unique, déclaration EI...
- Met en convergence et en complémentarité les nombreuses structures, commissions et comités dédiés à des risques spécifiques

L'organisation de la gestion des risques

La mobilisation des acteurs

Sensibiliser :

- Culture de sécurité, de l'erreur utile
- Modification des comportements individuels et collectifs

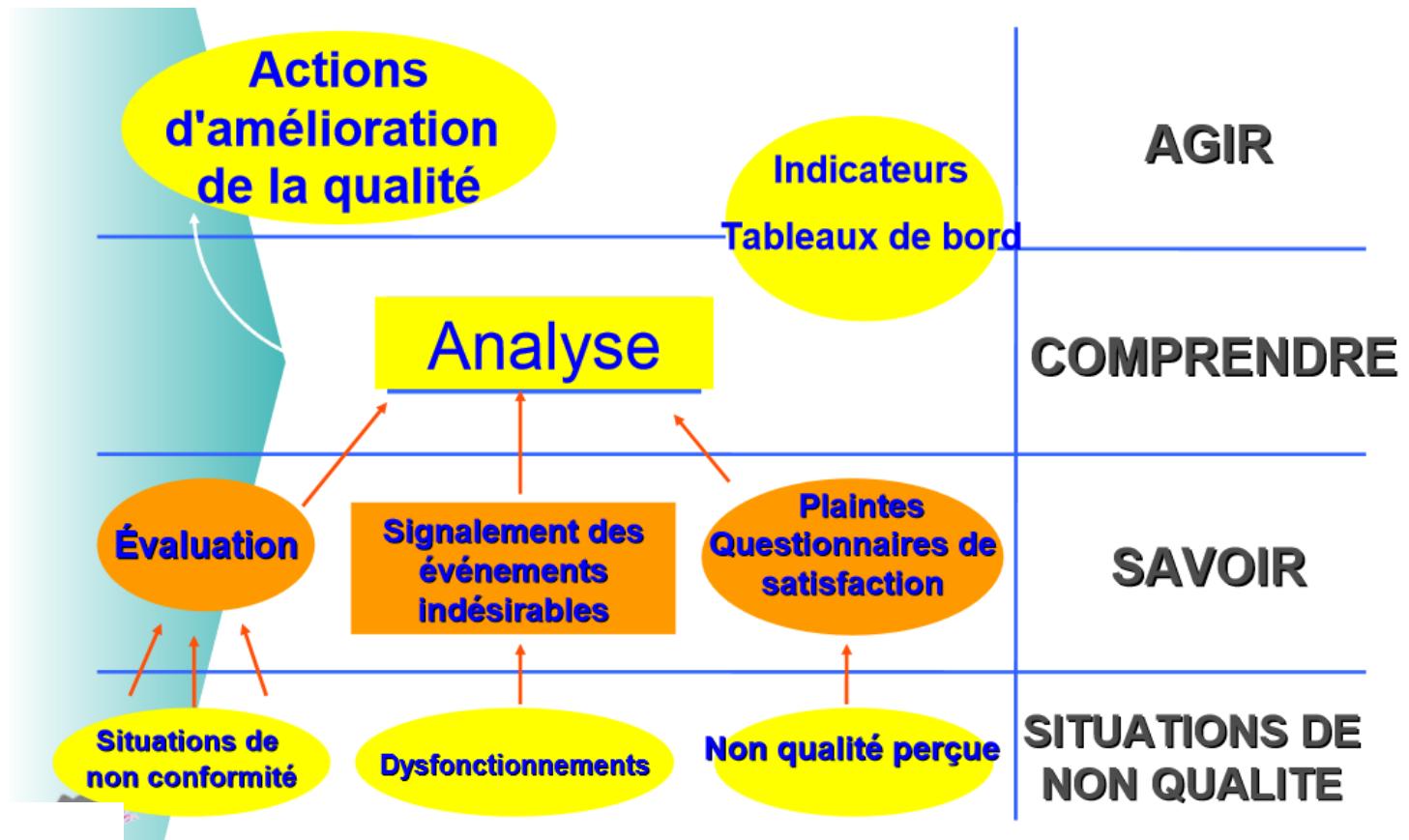
Communiquer en interne et en externe :

- Transparence, partage d'information
- Communication sur les résultats



L'organisation de la gestion des risques

Le système de gestion des risques à construire



Gestion des risques : Rôle du référent qualité

La mission

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

Les démarches

●● en analyse de risque *a priori*

Veiller à l'identification des risques *a priori* lors de la mise en œuvre de nouveaux processus de prise en charge,
Sécuriser les processus existants de prise en charge de usagers pour les activités sensibles.

●● en analyse de risque *a posteriori*

Des événements indésirables, s'assurer de l'analyse des causes, de la définition et de la validation du plan d'actions, puis de sa mise en œuvre et de l'évaluation des résultats.

PEDAGOGUE

ANIMATEUR

METHODO.

FEDERATEUR

COORDONNATEUR



Gestion des risques

**MERCI À TOUS
POUR VOTRE ATTENTION**

