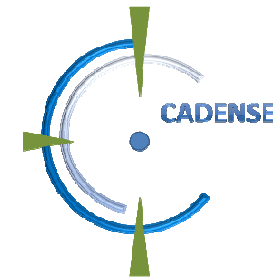




Elaboration des cartographies globale et dynamique des risques

Projet Cadense



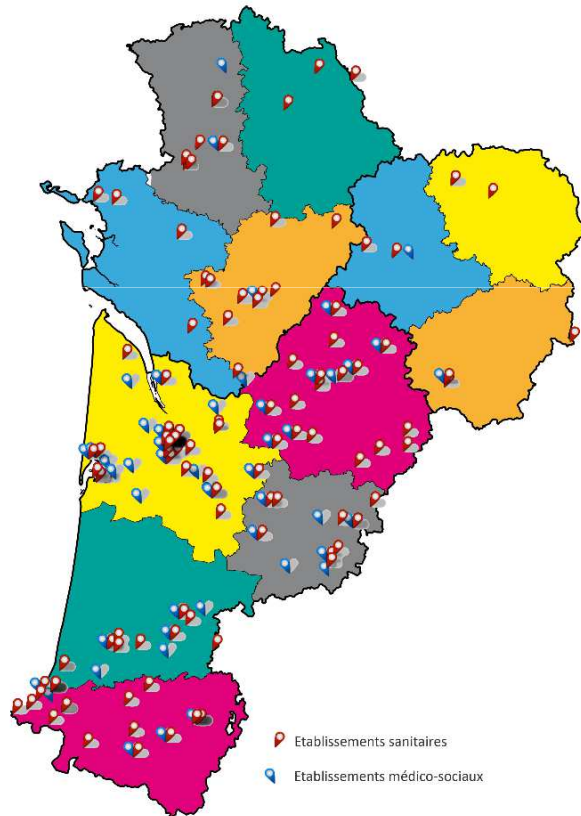
Maika Berrouet – Chef de projet Ccecqa



11 octobre 2018

Un réseau d'adhérents pour une dynamique régionale

208 établissements adhérents
au 1^{er} juin 2018 (146 sanitaires et 62 MS)



**159 en Aquitaine, 27 en Poitou-Charentes, 8
Limousin et 14 en Guadeloupe**

Projets régionaux : *Projet COSMOS coordination sanitaire et médico-social, CARMA, projet personnalisé, CREX, Trigger Tools, défi Ehpad, SESAME...*

Outils qualité et gestion des risques : *Guides et outils évaluation interne, externe, plans d'actions..*

Plateforme eFORAP : *campagnes régionales et EPP (satisfaction au travail, douleur, contention et isolement, antibioprophylaxie...)*

Plateforme PRAGE

Formations régionales : *plans d'actions et indicateurs, CREX, SSEI...*

Séminaires

Ateliers : *troubles de la déglutition, fin de vie, vie sexuelle et affective...*

Projets recherche opérationnelle

Journée scientifique

Origine du projet

Les établissements médico-sociaux (EMS) sont exposés à des risques susceptibles de menacer leur organisation

- Enquêtes annuelles adhérents : volonté de s'inscrire dans une démarche de gestion des risques et d'élaborer un programme opérationnel
- Identification des risques et diagnostic spécifique nécessaires (pertinence) et facilités par :
 - l'existence d'une politique de gestion des risques avec notamment la mise en place de systèmes de détection rapide des EI,
 - le développement d'une culture de la gestion des risques,
 - une organisation structurée du dispositif de gestion des risques
 - et un système d'information performant.
- Risques souvent identifiés suite au signalement d'un événement indésirable. Mais... système de signalement pas toujours mis en place dans les EMS et culture du signalement à améliorer...




Projet Cadense

■ Lancement d'un projet régional

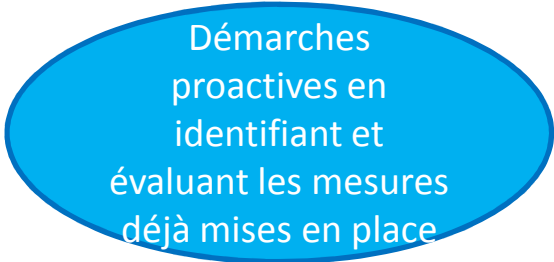
- Ayant pour thématique la réalisation d'une cartographie globale et dynamique de **tous les risques internes et externes** présents au sein d'EMS
- Intégrant un maximum de parties prenantes
- Permettant de travailler sur les perceptions
- Et l'analyse des données internes

■ Choix d'une double approche :

- Evaluations a posteriori
 - Gestion des plaintes et des réclamations, SSEI, Analyse des causes...
- Evaluations a priori
 - APR, HACCP, simulations, AMDEC, visites de risques...



Démarches réactives après survenue d'EI



Démarches proactives en identifiant et évaluant les mesures déjà mises en place

97 accompagnements sur site réalisés

- Lancement de projet pour nos adhérents en 2013
- 2^{ème} vague proposée en 2015
- Puis déploiement régional soutenu et financé par l'ARS NA, proposé :
 - En 2016 à tous les EMS d'ex-Aquitaine
 - En 2018 à tous les EMS du Limousin/Poitou Charentes




Déploiement Cadense 2018

- Organisation de 3 journées de formation ouvertes à tous les EMS de Nouvelle-Aquitaine
- 133 participants, 99 % de satisfaits et très satisfaits
- Accompagnement de 30 EMS sur site :
 - Principe du volontariat
 - EMS en difficulté, isolés, avec ressources insuffisantes en S/GDR, appartenant à une association ou un groupe important pour reproductibilité, représentativité des EMS

Nbre EMS	Défi Ehpad	EHPAD	MAS	ESAT	FH/ F vie / FAM	IME/SESSAD	IEM
30	7	20	2	2	3	2	1



Le contexte de la cartographie

- **Des enjeux** : de santé publique, humains (usagers, famille, professionnels), stratégiques (réputation de l'établissement, maintien ou développement des activités), techniques, organisationnels, financiers, juridiques, assuranciers
 - **Des incitatifs forts** avec des textes réglementaires et des recommandations pour :
 - La sécurité sanitaire (CAT en cas de fortes chaleurs, DARI pour la gestion du risque infectieux, vaccination grippe saisonnière...)
 - La sécurité des biens et des personnes (risque incendie, risques professionnels, DARDE pour la défaillance d'énergie...)
 - Décret 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
 - ...
- 

Objectifs généraux du projet

- Sensibiliser les ESMS à la démarche de gestion globale et coordonnée des risques
- Faciliter la mise en œuvre des cartographies globale et dynamique des risques
- Permettre la priorisation dans chaque établissement d'actions d'amélioration sur les risques évalués comme les plus importants en termes de fréquence et de gravité
- Favoriser l'implication durable de chaque EMS dans une démarche d'amélioration de la gestion des risques

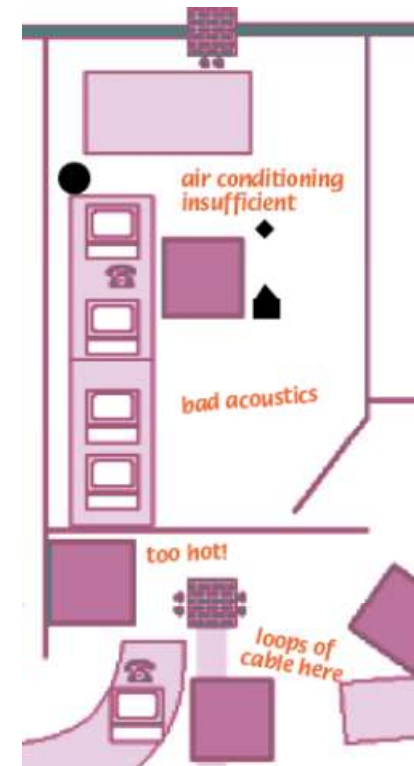
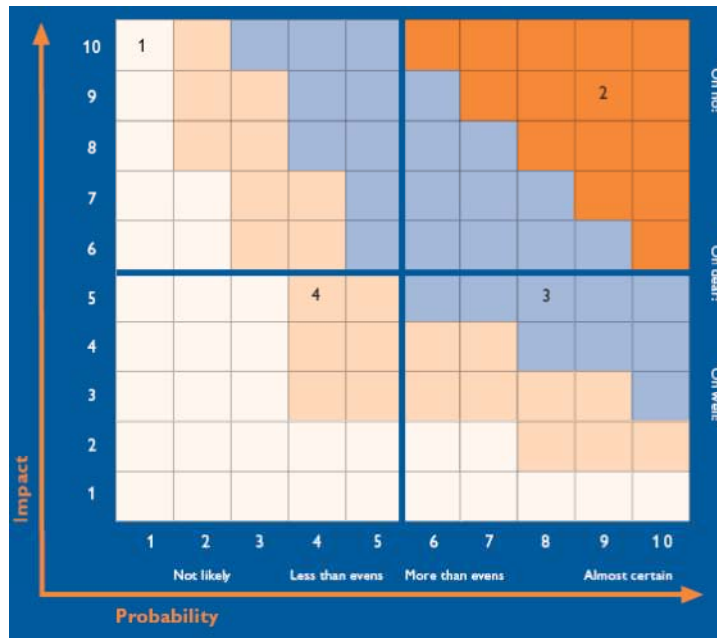
Les questions de base



- Qu'est-ce qui pourrait arriver de défavorable ?
- Quelle est la probabilité que cela arrive et quel en serait l'impact ?
- Quels sont les risques inacceptables, relatifs aux résidents, aux professionnels, aux décideurs ?
- Quels sont les risques prioritaires ?
- Que pouvons nous faire pour réduire la probabilité que cela arrive ou atténuer la gravité des conséquences ?
- Que pouvons nous apprendre de ce qui est déjà arrivé ?

Définition - CARTOGRAPHIE DES RISQUES (1)

Un mode de représentation et de hiérarchisation des risques d'une organisation (AMRAE)



Définition - CARTOGRAPHIE DES RISQUES (2)

Proposition de définition d'un risque pour un établissement médico-social

« Tout événement susceptible d'avoir des conséquences négatives ou positives sur la pérennité, la réputation, le développement ou les résultats de l'entreprise » (AMRAE, janvier 2010).

Deux caractéristiques : fréquence et gravité qui permettent de les situer sur une carte

Outil de pilotage de la gestion des risques

Moyen de communication sur les risques en interne



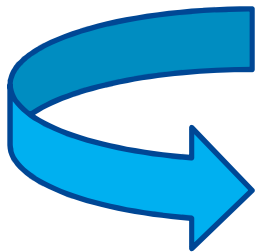
Enjeux pour les établissements

- Partager un langage commun sur les risques de l'établissement, améliorer la communication sur les risques
- Mobiliser l'ensemble des professionnels pour l'identification des risques et développer une culture de sécurité
- Aider à la mise en place d'une gestion globale et coordonnée des risques
- Améliorer la maîtrise des risques
- Satisfaire aux exigences de la réglementation et aux besoins de transparence sur les risques



Objectifs

- Identifier rapidement tous les risques qui pourraient avoir un impact sur les personnes et l'établissement
- Quantifier ces risques en termes de fréquence et de gravité pour un type de conséquences, sur une période donnée
- Identifier comment les risques sont managés, analyser quels sont les risques qui nécessitent une attention particulière



Apporter une vision d'ensemble aux décideurs
Permettre de communiquer sur les risques et leur maîtrise



Périmètre

Menaces et opportunités

- L'ensemble des risques qui menacent un établissement : risques purs avec des conséquences défavorables (catastrophes naturelles, piratage informatique, maladies professionnelles, rumeurs, atteinte à l'image...)
- L'ensemble des opportunités : risques stratégiques avec des conséquences favorables ou défavorables

Risques internes et externes

- Internes : exposition à des dangers au sein de l'établissement
- Externes : exposition à des dangers qui viennent de l'extérieur de l'établissement (contexte, environnement, partenaires)



De nombreux risques

*Manque de
professionnels qualifiés*

*Evolution enveloppes
budgétaires*

Plaintes

Accès financier

Abus financier

RPS

Infections

Chutes

Négligence

Abus physique
et mental

Brûlure

*Risques liés
aux partenaires*

Image

*Evolution
cadre réglementaire*

*Risques naturels
climatiques*

.....



Méthode et outils

- Méthode avec outils simples et opérationnels

- 2 représentations graphiques

CARTOGRAPHIE I : visualisation en radar des catégories de risques internes et externes, selon les 4 principales conséquences redoutées

- HUMAINES

- MATERIELLES

- FINANCIERES

- JURIDIQUES

CARTOGRAPHIE II : les risques les plus importants, sur un graphique en deux dimensions

- AXE ABSCISSE : GRAVITE

- AXE ORDONNEES : FREQUENCE

Avec représentation de la position initiale et de la position souhaitée de chaque risque après la mise en place d'actions d'amélioration.

Type d'évaluation

- Autoévaluation globale des risques de l'établissement par le groupe de travail combinant :
 - Une approche qualitative (identification des risques)
 - Une approche quantitative (hiérarchisation des risques)
- Approche ascendante ou « bottom-up » : remontée des risques du terrain vers le groupe de travail en charge de l'élaboration de la cartographie
 - Questions aux professionnels sur les risques opérationnels
 - Questions aux personnes accompagnées, entourage, partenaires extérieurs
 - Poursuite de l'identification des risques avec les responsables des processus ou de l'activité
 - Hiérarchisation des risques avec un groupe de travail pluriprofessionnel

Organisation et déploiement du projet



Les phases du projet



Préparation du projet

- Identifier un pilote de projet (coordination et finalisation documentaire)
- Rédiger l'engagement de la direction : impulsion et garantie de mener le projet
- Réaliser une présentation institutionnelle (plus grand nombre)
 - Questionnaire sur les risques perçus (Déjà survenus ? Craints pour l'avenir ? 3 risques prioritaires ?)
 - Appel à volontariat pour constituer le groupe de travail
- Mettre en place un groupe de travail pluriprofessionnel
 - 10 à 15 personnes
 - Représentatif : AS, ASH, IDE, animateur, psychologue, ouvrier entretien, personnel de cuisine, animateur, cadre de santé, médecin coordonnateur, directeur, pharmacien, attaché d'administration
- Réaliser une synthèse des données internes (analyse a posteriori)
 - Projet d'établissement, synthèse des évaluations interne et externe, SSEI, registre des plaintes et réclamations, sinistralité, bilan social, DUERP, DARI, sécurité, informations financières, études qualité/GDR, indicateurs ANAP, plan ■ bleu...

Implication des personnes accompagnées / entourage

Représentants CVS

- Informer des objectifs et du calendrier du projet
- Travailler sur les risques perçus (questionnaire) et sur l'analyse a posteriori
- Présenter les résultats intermédiaires et faire participer au choix des risques priorités et à l'identification d'actions d'amélioration

Personnes accompagnées / Entourage

Questionnaire sur les risques perçus

- **Pour les personnes accompagnées** : questionnaire adapté (aide du référent PP/ autres professionnels / entourage...)
- **Pour l'entourage** : questionnaire à envoyer
- **Pour les 2** : organisation d'un temps d'échange spécifique sur les risques



Phase opérationnelle

3 réunions

**à organiser dans un délai court
(2 mois idéalement, 3 mois au plus)**



Réunion 1

■ Elaboration de la cartographie globale

- Risque interne ? Risque externe ?
- Quelle principale conséquence redoutée si le risque survient ?
 - HUMAINE ?
 - MATERIELLE ?
 - FINANCIERE ?
 - JURIDIQUE ?

■ Cotation des 22 catégories de risques

- Utilisation du registre des risques (177 risques spécifiques)
- Utilisation de la synthèse des risques
- Utilisation de l'échelle fréquence / gravité

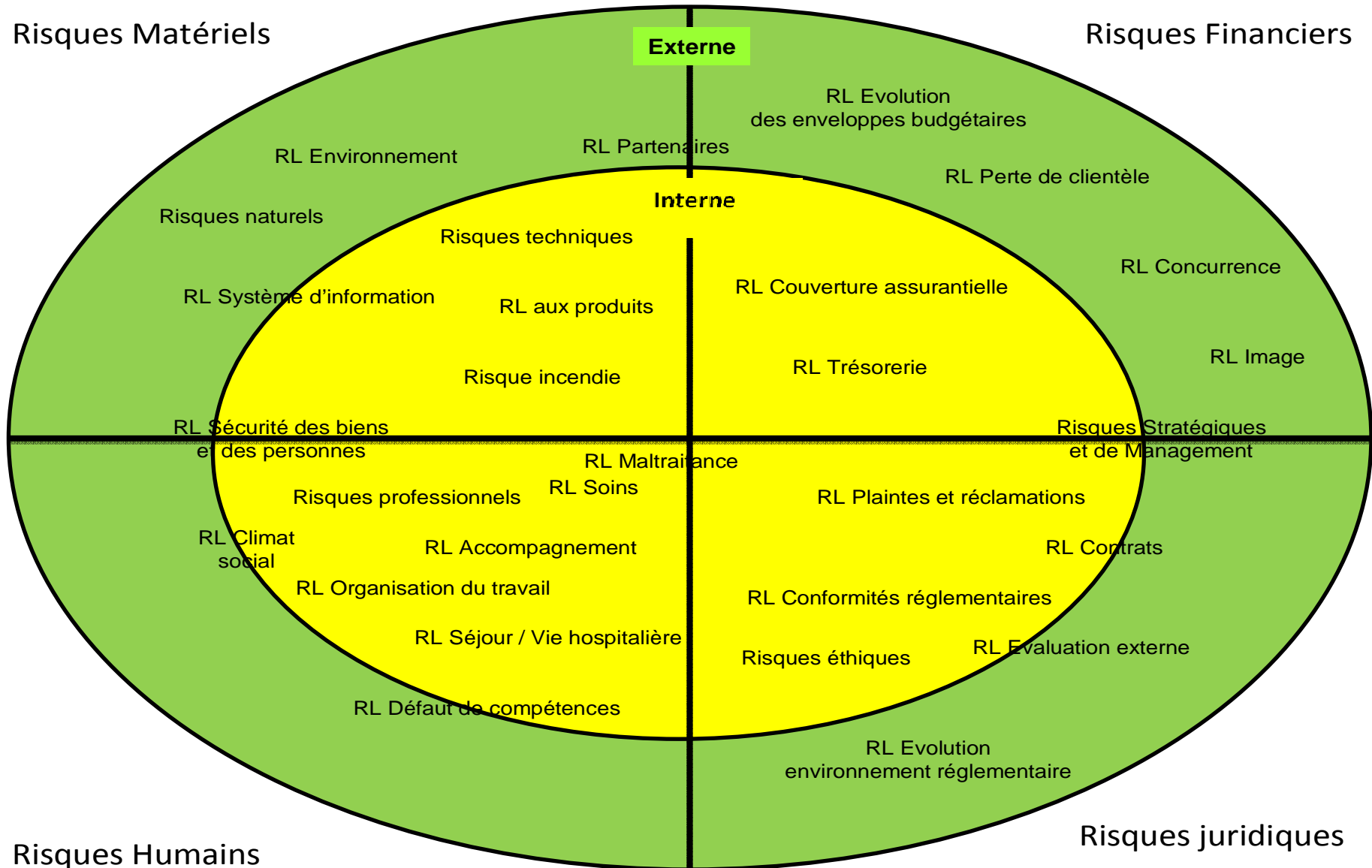


Les 22 catégories du registre des risques (177 risques spécifiques)

R naturels ou liés à l'environnement	RL droits des personnes accompagnées
RL évolution de la réglementation et aux évaluations	RL plaintes et réclamations
RL évolution du financement	RL organisation du travail/management de proximité
RL partenaires	RL accompagnement et aux soins
RL gouvernance	RL sécurité des biens et des personnes
RL management de la qualité et des risques	R professionnels
RL couverture assurantielle	R techniques et médico-techniques
RL contrats et conventions	R logistiques
RL développement durable	RL système d'information
RL perte de clientèle	RL gestion financière
RL image	RL GRH



Cartographie globale des risques



RL : risque(s) lié(s) à / au(x)

Quantification des catégories de risques

- **5 classes de fréquence et de gravité**, cotées de 1 à 5 (1 correspond à la fréquence et à la gravité la plus faible, et 5 à la fréquence et à la gravité la plus élevée)
- **Plusieurs types de conséquences** par catégorie de risques
- Cotation retenue = gravité la plus élevée pour un type de conséquences
- Estimation de la gravité = scénario **réaliste** et « maximisé » pour les conséquences (Qu'est-ce qui pourrait arriver de pire ?) en s'appuyant :
 - Sur l'historique de l'EMS (cf analyse a posteriori)
 - Sur le niveau actuel de maîtrise du risque
 - Sur les perceptions du groupe de travail
 - Sur les données disponibles d'établissements comparables, données de la littérature ■

Echelle de fréquence gravité

		5	4	3	2	1
Très probable, certain	1 fois par jour à moins d'1 fois par semaine	5	4	3	2	1
Probable	1 fois par semaine à moins d'1 fois par mois	4	3	2	1	
Peu probable	1 fois par mois à moins d'1 fois par semestre	3	2	1		
Très peu probable	1 fois par semestre à moins d'1 fois par an	2	1			
Rare	Moins d'1 fois par an	1				
		1	2	3	4	5
		non significatif	mineur	modéré	majeur	très significatif
Santé et accompagnement de l'utilisateur	Aucun impact	Atteinte physique ou psychique mineure	Atteinte physique ou psychique modérée	Atteinte physique ou psychique grave mais réversible	Atteinte physique ou psychique irréversible pouvant aller jusqu'au décès	
Santé du personnel	Aucun impact	Atteinte physique ou psychique mineure Pas d'arrêt de travail	Atteinte physique ou psychique modérée Arrêt de travail inférieur à 8 j	Atteinte physique ou psychique grave mais réversible Arrêt de travail supérieur à 8 j	Atteinte physique ou psychique irréversible pouvant aller jusqu'au décès	
Economique	Aucun impact	Pertes financières faibles 1 à moins de 3 % du CA	Pertes financières importantes 3 à moins de 10 % du CA	Pertes financières très importantes 10 à moins de 25 % du CA	Pertes financières critiques Sup à 25 %	
Activité	Aucun impact	Baisse d'activité	Fermeture temporaire de services	Fermeture définitive de services	Fermeture d'établissement	
Matériel	Pas d'incidence sensible	Altération / Dysfonctionnement ponctuel	Dégradation / remplacement difficile	Dégradation / remplacement très difficile	Destruction de biens ou structures/ pertes irremplaçables	
Risque juridique	Plainte ou réclamation orale sans suite	Questionnaire avec insatisfaction	Courrier de réclamation	Plainte officielle	Condamnation pénale	
Atteinte à l'image	Aucun, "bruit de couloir" au sein de l'établissement	"Bruits de couloir" relayés à l'extérieur de l'établissement	Médiatisation locale (presse ou radio)	Médiatisation régionale (presse et radio)	Médiatisation à l'échelle nationale	

Hiérarchisation des catégories de risques

- Mener cette étape de la cartographie collectivement avec le groupe de travail
- Calculer la criticité ($C = F * G$). Cette criticité sera comprise entre les valeurs 1 et 25 inclus
- Représenter graphiquement toutes les catégories de risques selon leur fréquence et leur gravité à l'aide de **l'échelle Fréquence/Gravité**
- Trois degrés de criticité sont définis :
- Ils correspondent à des niveaux différents d'acceptabilité des risques
 - **criticité faible** = risque considéré acceptable (**actions de priorité 3**)
 - **criticité modérée** = risque considéré tolérable sous contrôle (**actions de priorité 2**)
 - **criticité forte** = risque considéré inacceptable (**actions de priorité 1**)

Réunion 2

- Sélectionner les catégories de risques prioritaires : criticités les plus élevées (au minimum $C \geq 15$)
- Pour chaque catégorie de risques prioritaire, quantifier la fréquence / gravité de chaque risque spécifique en s'appuyant sur **le registres des risques et sur l'échelle fréquence gravité**
- Calculer ensuite la criticité de chaque risque spécifique
- Représenter graphiquement les risques spécifiques les plus importants (au minimum tous les risques dont la criticité est supérieure ou égale à 15)



Représentation graphique des risques spécifiques hiérarchisés

Très probable Certain	5			Perte de personnes clés Patient douloureux
Probable	4				Risques liés au projet personnalisé RL transports	Risques liés aux chutes
Peu probable	3					
Très peu probable	2					
Rare	1					
		1	2	3	4	5
		Non significatif	Mineur	Modéré	Majeur	Très significatif

Réunion 3

- Prioriser **les risques spécifiques** (4 à 5 max ; PA/Prof/Inst)
- Identifier les causes et les actions d'amélioration susceptibles de réduire F et G des risques priorités
- **Lister les actions** à mener en agissant sur les **causes** pour réduire la fréquence, et sur les **conséquences** pour réduire la gravité.
- Choix des actions guidé par plusieurs critères : efficacité, efficience, faisabilité, acceptabilité par les acteurs
- Elaborer **la cartographie dynamique des risques** en représentant les niveaux cibles pour chaque risque priorisé : relier par une flèche pour chaque risque priorisé le niveau actuel de criticité et le niveau cible de criticité (après la mise en œuvre des actions d'amélioration)
- La longueur des flèches proportionnelle à l'efficacité potentielle des actions d'amélioration mises en place



Outil Cartographie dynamique des risques spécifiques

Très probable Certain	5			Perte de personnes clés Patient douloureux
Probable	4				RL au projet personnalisé RL transports	Risques liés aux chutes
Peu probable	3		●	●		
Très peu probable	2			●		
Rare	1			Implication des familles	Fausse route	
		1	2	3	4	5
		Non significatif	Mineur	Modéré	Majeur	Très significatif

Valorisation de la maîtrise des risques

Valoriser un ou plusieurs risques maîtrisés au sein de l'établissement, c'est-à-dire un risque avec une **criticité faible**

Pourquoi ?

- Démontrer l'engagement dans une démarche d'amélioration continue
- Communiquer sur les risques redoutés par les professionnels alors que « maîtrisés » par l'établissement : réassurance
- Participer à l'élaboration d'une base de données régionale recensant les actions remarquables de risques spécifiques

Comment ?

- Identifier les actions/barrières mises en place, les moyens humains, financiers et/ou matériels utilisés, les éventuels documents, indicateurs, outils élaborés, l'impact sur l'organisation, la qualité de prise en charge des usagers, la qualité de vie des professionnels...

Exemple de fiche de synthèse



Synthèse des résultats du projet cartographie globale et dynamique

Etablissement XXX

1 - UTILISATION DE LA METHODE PROPOSEE (FEVRIER A JUIN 2013)

Groupe de travail pluridisciplinaire

9 participants : Directeur - Directrice adjointe - Assistante Qualité - Educateur spécialisé - Psychologue - Agent technique - Agent d'entretien - Maitresse de maison - Secrétaire de direction

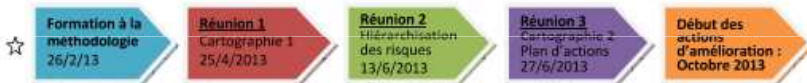
Informations sur les risques

Documents utilisés : Evénements Indésirables (2012 et 2013) - Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUEVRP) - Accidents du travail (2010 à 2012) - Questionnaire de perception des risques - Sinistres (assurance)

Outils Cadense

Les étapes ont été réalisées avec l'ensemble des outils sans modification

Étapes réalisées



☆ Réunion institutionnelle 1/2/2013

2 - RESULTATS

REPARTITION DES RISQUES PAR CATEGORIE DANS LE RADAR SELON LEURS ORIGINES ET LES CONSEQUENCES REDOUTEES

INTERNES	EXTERNES	HUMAINS	MATERIELS	FINANCIERS	JURIDIQUES
23	13	16	6	7	10

Les 28 catégories de risques ont été placées par le groupe de travail sur la cartographie globale des risques. 8 catégories sur les 28 ont été positionnées sur deux, trois ou quatre types de conséquences redoutées.

Échelle de criticité initiale des catégories de risques



17 catégories

Risques liés à l'environnement, risques naturels, liés aux partenaires, au système d'information, au défaut de compétences, à l'évolution du cadre réglementaire, aux conformités réglementaires, aux évaluations externes, à l'évolution des enveloppes budgétaires, perte de clientèle, risques image, techniques, liés au séjour, stratégiques et de management, liés à la trésorerie, à la couverture assurantielle, à la maltraitance

8 catégories

4 catégories

Risques liés au climat social, risques professionnels*, sécurité des biens et des personnes*, risques liés aux soins*

3 - PLAN D' ACTIONS

1 - Réduire les accidents liés aux déplacements professionnels

- Formation à la conduite en situation d'urgence ou en cas de danger particulier

2 - Réduire la consommation de toxiques par les usagers (drogue et alcool)

- Communiquer les règles de vie collective
- Mettre en place des actions de prévention et de sensibilisation auprès des jeunes
- Développer des actions de soins des consommateurs
- Développer des partenariats avec les représentants de la loi
- Favoriser des temps de réflexion clinique

3 - Réduire le refus de soin institutionnel des jeunes

- Organiser l'accompagnement institutionnel soignant
- Écrire le projet de soin individualisé
- Impliquer le jeune et sa famille dans la construction du projet de soin
- Prévoir des rencontres formelles avec le jeune et ses représentants légaux
- Réorienter si refus massif de soins

4 - Réduire les actes de violence

- Favoriser des temps de réflexion clinique
- Mettre en place une formation institutionnelle

4 - COMMENTAIRES

Sur l'utilisation de la méthodologie

Sur les résultats

Sur le plan d'actions

Investissement en temps

5,5 J

Pilote de projet

Formation aux outils	1 jour
Présentation institutionnelle (dont préparation déploiement projet)	4 h
Analyse et synthèse des données internes	1 jour ½
3 réunions du groupe projet (et élaboration des outils et documents)	2 jours
Présentation des résultats (finalisation documentaire)	0,5 jour

1,5 J

Groupe de travail

3 réunions du groupe projet	1 jour ½
-----------------------------	----------



Documents et outils mis à disposition



Une plateforme dédiée

- Diaporama de la formation
- Guide du projet
- Outils projet : registre des risques, cartographie globale, matrice fréquence / gravité, cartographie intermédiaire des risques, plan d'actions, cartographie dynamique, valorisation d'un risque maîtrisé
- Documents méthodologiques : fiche projet, être pilote de projet, animer les réunions, questionnaire sur les risques, synthèse des 3 temps, trame analyse a posteriori, exemple d'analyse a posteriori réalisée, fiche de synthèse projet
- Outils de communication : engagement de la direction, diaporama de présentation institutionnelle, affiche projet, flash-info
- Dossier documentaire

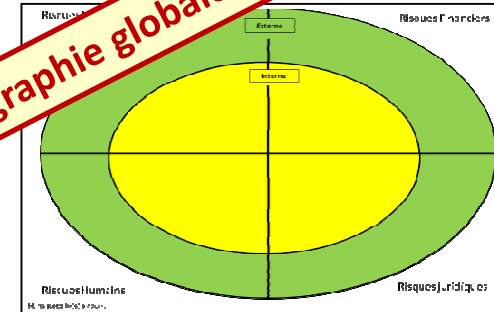


Les outils utilisés

Registre des Risques

	F	G	C
Perte de clientèle			
Diminution de la demande - Évolution des choix des résidents			
Insatisfaction des résidents			
Risques liés à la concurrence			
Activité diminuée			

Cartographie globale



Matrice de criticité

Très probable, certain	1 fois par semestre à 1 fois par an	5	Risques liés à l'accompagnement		
Probable	1 fois par an à 1 fois par semestre	4		Risques liés à la sécurité des biens et personnes	
Peu probable	1 fois par semestre à < 1 fois par mois	3	Risques liés aux soins		
Très peu probable	1 fois par an à < 1 fois par semestre	2			
Rare	< 1 fois par an	1			
			1	2	3
			Non significatif	Mineur	Modéré
					4
					Majeur
					5
					Très significatif

Cartographie dynamique

Très probable Certain	5	Risques liés à l'accompagnement	Risques liés à la sécurité des biens	Risques liés à la sécurité des personnes
Probable	4		Risques liés au confort personnel	
Peu probable	3	Risques liés aux transports		Risques liés aux objets et globales
Très peu probable	2			
Rare	1			
		1	2	3
		Non significatif	Mineur	Modéré
				4
				Majeur
				5
				Très significatif

Plan d'actions

ANALYSE DU POINT D'AMÉLIORATION N°1

en évidence :

objectif :

ACTIONS	ACTEURS	RESPONSABLE DE L'ACTION	MOYENS NECESSAIRES	DIFFICULTES	ECHÉANCE	INDICATEUR DE REALISATION

Valorisation de la maîtrise des risques

Fiche action

Actions	Pilote de l'action Acteurs	Moyens nécessaires (humains, financiers, matériel)	Difficultés rencontrées	Temps nécessaire pour atteindre l'objectif	Indicateurs

Synthèse des principaux résultats

Projet Cadense 2016



Pré-requis

■ Groupe de travail :

- 6 à 13 participants, représentativité respectée
- Mobilisation difficile des médecins
- Prise de parole parfois tardive ou difficile si présence du directeur

■ Questionnaire sur les risques

Chutes
Fugues

Agression/violence
RPS
Manque de personnel

Q1

Incendie
R.Infectieux

Chutes, fugues,
médicaments, violence,
risques naturels..

Q2

Incendie
Chutes
RPS

Agression/violence,
manque de personnel,
risque routier, sécurité du
résident

Q3

■ Implication des usagers/entourage : 1/3 EMS

- Levier : temps d'échange organisé en présence de professionnels

■ Synthèse des données :

- Exhaustivité et qualité des documents très variables,
- Structure documentaire peu fonctionnelle ou inexistante
- Eléments de preuves non disponibles ou non formalisés
- Cotation souvent basée sur les perceptions



Résultats catégories de risques

R naturels	RL droits des usagers
RL partenaires	RL soins
RL réglementation	RL PEC et ACC
RL évolution financement	R STRAT / manag
RL SI	RL QVT / climat
RL contrats/conv	RL Manag Q/GDR
R professionnels	RL plaintes
R techniques	RL évaluations
RL sécurité des biens /pers	RL perte clientèle usagers
RL GRH	RL image
RL organisation trav	RL éthique
RL gestion et trésorerie	RL DD

Les catégories dominantes

5 catégories de risques situées dans la zone **inacceptable** (zone rouge) :



R professionnels
 RL sécurité des biens/pers
 RL PEC/Acc
 RL soins
 RL orga du travail

4 catégories de risques situées dans la zone **acceptable du risque** (zone verte) :



RL évaluations
 RL contrats
 RL gestion/trésorerie
 RL naturels

Moyenne cotation catégories de risques / EMS

- Nombre de catégories de risques (moyenne) situées dans la **zone acceptable** du risque :

7 catégories [de 1 à 13]

- Nombre de catégories de risques (moyenne) situées dans la **zone modérée** du risque :

11 catégories [de 6 à 15]

- Nombre de catégories de risques (moyenne) situées dans la **zone inacceptable** du risque :

6 catégories [de 1 à 11]



Risques prioritaires et risques priorisés

En moyenne, **4 risques spécifiques priorisés** par les EMS [2 à 7]

RPS	18 EMS
Gestes et postures	18 EMS
Chutes des résidents	16 EMS
Risque routier	12 EMS
Violence	8 EMS
Interruptions de tâches	8 EMS
Manque de reconnaissance	8 EMS
Médicament (administration)	8 EMS
R infectieux	8 EMS
RBPP	8 EMS
Chutes professionnels	8 EMS
Défaut dans la coordination	7 EMS
Incendie	7 EMS
Fugue	7 EMS

RPS	14 EMS
Gestes et postures	14 EMS
Chutes	13 EMS
Evaluation des pratiques prof	9 EMS
Droit des usagers/bienttt/PAP	8 EMS
Médicament	8 EMS
Travail équipe/coordination	7 EMS
SSEI	7 EMS
Risque routier	6 EMS
Interruptions de tâches	6 EMS
Violence	4 EMS
Négligence/maltrtt	4 EMS
Vulnérabilité/addictions	4 EMS



L'élaboration du plan d'actions

- Analyse du contexte essentielle
- Actions retenues en fonction des résultats de l'analyse des causes profondes : actions efficaces puisqu'agissant sur les causes profondes
- Difficulté à identifier des objectifs spécifiques avant les actions d'amélioration...
- Difficulté à faire la part des choses entre le souhaitable et le réalisable !!
- Le nombre d'actions retenues : à limiter pour s'assurer de leur faisabilité
- Choisir des actions visibles et réalisables rapidement : levier de motivation des équipes

526 actions d'amélioration identifiées par les EMS avec un nombre d'actions pouvant aller jusqu'à **52** pour 1 EMS

Les chutes

Mener une démarche d'analyse approfondie des chutes survenues dans l'EHPAD	Identification d'indicateurs de suivi des chutes (profil des résidents (âge, GIR, pathologie, traitement médicamenteux), lieux et moments de survenue, aides techniques utilisés...)
	Analyse trimestrielle des chutes survenues dans l'EHPAD (analyse des causes, conséquences, actions d'amélioration) afin de limiter le risque de répétition et réduire la gravité de l'évènement (en lien avec le COPIL Qualité?)
	Analyse des données des montres Vivago pour compléter l'analyse des chutes réalisée (temps resté au sol...) : identifier les dysfonctionnements et les actions d'amélioration probables
Sensibiliser et améliorer le SSEI avec un focus sur le risque de chute	Sensibiliser tous les professionnels à l'importance de tracer tous les évènements indésirables qu'ils constatent (focus sur cuisiniers notamment qui ne déclarent pas eux-mêmes les chutes)
	Présentation en réunion institutionnelle de l'analyse des EI déclarés et des actions mises en place pour éviter que l'évènement ne se reproduise
	Organiser un Comité de Retour d'Expérience (CREX) : démarche collective associant la collecte et l'analyse approfondie d'EI, l'identification et le suivi d'actions d'amélioration, le partage et la communication des enseignements retirés de l'analyse afin de faire progresser durablement la culture de sécurité dans l'établissement
Dépister les résidents à risque de chutes	Elaboration d'une grille de repérage des résidents à risque de chute (recherche des facteurs de risque : âge, pathologies spécifiques, prise de médicaments facteurs environnementaux...)
	Bilan à réaliser et à systématiser par le médecin traitant à J + 6 mois
Aménager les locaux	Poursuite de l'installation des chemins lumineux dans les chambres des résidents les plus à risque de chutes
	Réalisation d'un audit avant/après l'installation de ces chemins lumineux pour apprécier l'impact de cet équipement sur le nombre de chutes
Sensibiliser et former les professionnels à la prise en charge des chutes	Elaboration d'un protocole à suivre en cas de chute (ou s'il existe déjà, communication auprès des professionnels) : prise en charge du résident chuteur, actions de protection/1er secours
	Formation aux gestes de premiers secours + remise à niveau
	Identification d'un référent chute
	Formation de tout le personnel soignant sur la conduite à tenir en cas de chutes

Instabilité des équipes

Identifier et prévenir les risques psycho-sociaux	Réalisation d'un état des lieux en utilisant le Guide INRS "Evaluer les facteurs de risques psychosociaux et l'outil RPS-DU": grille d'évaluation destinée à réaliser un état des lieux des RPS dans l'EHPAD avant l'identification d'actions de prévention
	Renseignement des indicateurs de dépistage des RPS (INRS) : indicateurs liés au fonctionnement de l'établissement et indicateurs liés à la santé et sécurité au travail
Faire un état des lieux de la satisfaction des professionnels au travail	Utilisation du questionnaire "Saphora job" sur la satisfaction au travail/QVT : outil de mesure de la qualité de vie au travail et de la satisfaction au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux
Améliorer l'organisation du travail et le travail en équipe	Réalisation d'un audit organisationnel (revue des processus, rôles, responsabilités, missions de chaque professionnel et modalités d'articulation, outils d'organisation et de planification existants, compétences et ressources utilisées...)
	Réalisation d'un audit sur la répartition de la charge de travail dans l'EHPAD (contenu et organisation du travail, contraintes vécues dans l'activité (gestes répétitifs, travail dans l'urgence...), ressources disponibles, modalités de coopération, latitude dans l'exécution des tâches..., les situations de travail sources de difficulté
	Mise à jour des situations-problèmes (méthodologie de l'Anact): observation du terrain, entretiens individuels et collectifs, pour faire parler chacun de son travail et croiser les points de vue, évaluer les risques et définir des actions de prévention
Améliorer la qualité de vie au travail	Mise en oeuvre de la méthode "Reportage photos" développée par le réseau Anact-Aract: utilisation de photos de situations réelles de travail permettant de dialoguer entre professionnels sur ce qui est favorable ou non à la qualité de vie au travail. Objectifs: faire un état des lieux sur la QVT, poser un diagnostic partagé sur une situation à améliorer, identifier et prioriser les situations à améliorer, accompagner une transformation
	Développement du sentiment d'appartenance à l'EHPAD et de l'esprit d'équipe : réalisation d'une vidéo (à l'image du projet réalisé par le Centre hospitalier de Saint-Sever (Landes))



La cartographie dynamique des risques

- Représentation graphique des risques priorisés par l'EMS avec visualisation de la criticité initiale et de la criticité résiduelle du risque (proportionnalité des flèches)
- Difficulté d'estimation de l'efficacité des actions d'amélioration permettant d'impacter sur la gravité et/ou la fréquence du risque

Cartographie dynamique

	5		Risques liés aux bâtiments		Risques liés à l'évolution des tarifs	
Probable	4				Risques liés au projet personnalisé	
Peu probable	3			Risques liés aux transports		Risques liés aux chutes et glissades
Très peu probable	2					
Rare	1					
		1	2	3	4	5
		Non significatif	Mineur	Modéré	Majeur	Très significatif



Quelques limites...

- > Accompagnement sur site par la SRA souvent plébiscité pour faciliter une première mise en œuvre
- > Si déploiement en autonomie : nécessité de maîtriser la méthode et les outils et d'avoir un bon pilote de projet / animateur
- > Réunions longues et.. Intenses !
- > Difficulté dans l'élaboration de la synthèse des risques : chronophage
- > Liberté d'échanges parfois altérée en présence de la direction



Des points forts

- > Bonne prise de conscience des **relations entre les risques**
- > **Méthodologie et outils** proposés opérationnels
- > **Plus-value des échanges entre professionnels, transversalité appréciée**
- > **Plus-value du partage de connaissances et des compétences des chargés de mission**
- > **Nombreuses actions d'amélioration retenues...**
- > **Plans d'actions cohérents** avec l'analyse des risques effectuée
- > Démarche montrant **les liens** entre les risques pour les résidents, les professionnels et la structure
- > Organisation précise, efficace
- > Accompagnement souple, adapté aux contraintes des établissements
- > Une étape importante pour **faire avancer la culture de sécurité**



Conclusion

- Le risque est polymorphe : menaces et opportunités
- Managers doivent prendre certains risques et en réduire d'autres :
 - en s'appuyant sur le passé et la prévision pour limiter la résurgence de risques connus,
 - en faisant appel à la prospective pour anticiper les risques inconnus
- Cartographie des risques n'est pas un travail parfait, ni définitif
- Reconduction régulière : prise en compte des évolutions du contexte et correction des erreurs d'appréciation détectées
- Sa pérennisation : cercle vertueux d'amélioration continue
- Formidable outil de pilotage, d'aide à la décision et d'amélioration continue d'une organisation, si non réalisée pour la forme...
- Permet de décloisonner les organisations, fédérer et mobiliser les ressources au service de la stratégie
- Provoque des questions de fond et fait émerger des problèmes opérationnels qui auraient été ignorés ou négligés

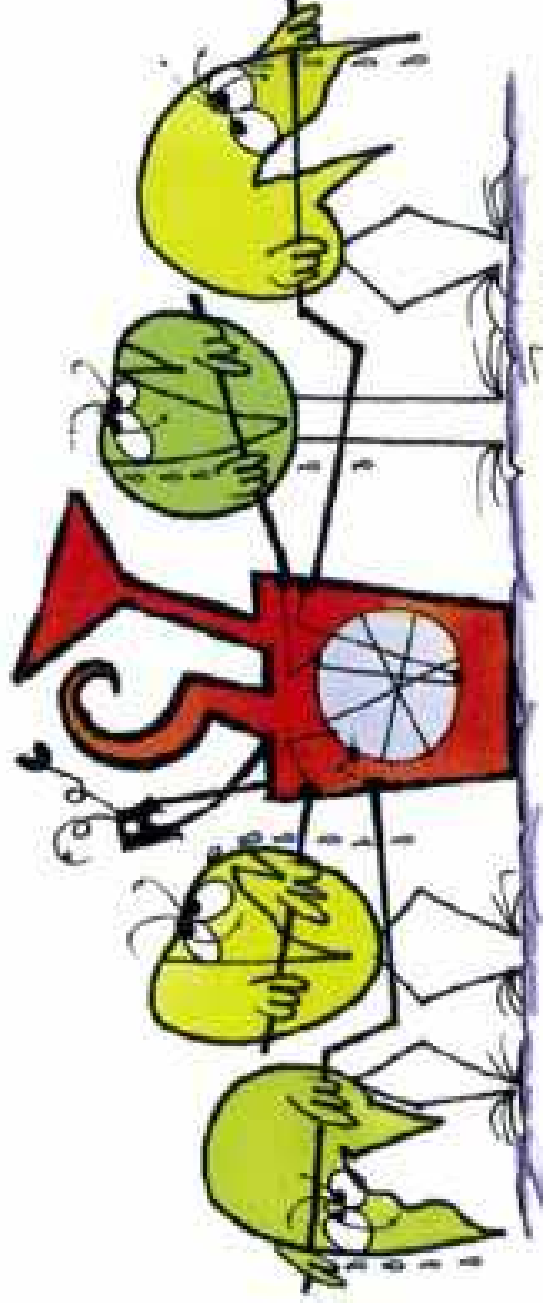


Perspectives

- En Nouvelle-Aquitaine : indicateur exigé par l'ARS (Conventions tripartite, CPOM)
- Utilisation des résultats de la cartographie des risques par les EMS : négociation dans le cadre de la contractualisation (CPOM)
- Cartographie sanitaire : GHT
- Réalisation d'une base de données régionale avec mise à disposition des outils de valorisation des risques maîtrisés : actions remarquables permettant d'agir sur les risques spécifiques



Les devises Shadok



IL VAUT MIEUX POMPER MÊME S'IL NE SE PASSE
RIEN QUE RISQUER QU'IL SE PASSE QUELQUE CHOSE
DE PIÈRE EN NE POMPANT PAS.

