

***Gestion des risques en équipe  
Analyse systémique des pratiques a posteriori  
Sensibilisation à la remontée d'événements***

**Développer la culture sécurité : CREX ou RMM, et l'analyse systémique (ORION ou ALARME)  
Programme de formation 2 jours**

Notre action de formation s'inscrit dans la démarche de certification HAS « Certification des établissements de santé pour la qualité des soins » (version 2025)

Cette action est destinée à favoriser la déclaration des événements associés aux soins EIGS, EIAS et presque accident, à les analyser et à mettre en place des actions d'améliorations en remettant en cause collectivement les pratiques à partir d'événements indésirables liés aux soins – analyser, comprendre et définir les actions correctives organisationnelles et humaines pertinentes à partir d'exemples pratiques et vécus proposés par les participants.

**Objectifs**

- Sensibiliser à la remontée d'événements ;
- Organiser et mettre en place des groupes d'analyse systémique de pratiques a posteriori ;
- Proposer et mettre en place des barrières de sécurité pour réduire le nombre d'événements graves ou tout au moins en réduire les conséquences pour le patient ou pour le personnel.
- Sensibiliser les participants à l'intérêt de la prise en compte du facteur humain comme facteur contributif ou influent lors d'un écart constaté : les domaines fondamentaux et les bonnes pratiques de sécurité associées.

**Déroulé pédagogique - Programme**

V01 – 10/10/2025

N° SIRET: 498 906 106 00055 Code APE : 7022 Z -  
N° de déclaration d'activité de formation : **11 78 80570 78**  
Immatriculation RCS 2007 VERSAILLES 01/07/2007  
**AFM42** : 30 bis rue du Vieil Abreuvoir  
78100 Saint Germain en Laye  
Adresse postale : **AFM42** C/0 Patricia Fontaine  
33 rue du Plessis 77340 Pontault-Combault

**1 - Tour de table** - relevé d'interrogations et des attentes (adaptation possible de la formation en fonction des attentes exprimées) – présentation des objectifs de la formation.

**2 - Regard sur les démarches sécurité** (transport aérien, activités à risques...)

- L'erreur : origine et partage

**3 - Notion de périmètre**

- Ce que l'on ne veut pas voir arriver (Never Events)
- Domaines possibles du retour d'expérience

**4 - Notions sur l'événement**

- Typologie - Charte (protéger le déclarant)

**5 - Le CREX/RMM** tel qu'il a été imaginé par AFM42 :

- Principe de fonctionnement
- Collecte d'événements - rôle du référent - exploitation de la base de données
- Ecoute des événements du mois - la transparence
- Choix de l'événement porteur d'enseignement pour le système (criticité)
- Ecoute de l'analyse - choix des actions correctives
- Suivi des actions correctives
- Communication

**6 - Facteurs clés de succès CREX/RMM**

**7 - Indicateurs** d'efficacité d'un CREX/RMM et des actions correctives

**8 - Analyse systémique ORION** (ou ALARM)

- formation initiale
- « table ronde » : événement & signalements, règles et mise en œuvre, priorisation

**9 - Les facteurs clés de succès d'une analyse systémique**

**10 – Ateliers/Simulation**

- Atelier d'analyse systémique ORION (ou ALARM) en groupes réduits conduite par le formateur à partir de cas proposés par les participants
- Atelier d'analyse systémique ORION (ou ALARM) en groupes réduits autonomes à partir de cas proposés par les participants
- Atelier CREX – RMM à partir d'un des événements analysés par un groupe
- Atelier CREX – RMM à partir de l'événement analysé par un autre groupe

**11 - Notions de facteurs humains et Bonnes Pratiques de Sécurité**

**12 - Plans d'actions à l'issue de la formation - Bilan**

**Durée** : 14h soit 2 jours en présentiel

**Personnel concerné**

Nécessairement pluri professionnel, il s'agit de tout personnel d'une unité de soins contribuant à la prise en charge des patients.

**Méthode pédagogique**

Cette action est construite à partir d'un enchaînement de séquences qui ont toutes un format identique, à savoir :

- une présentation succincte du contexte, des objectifs à atteindre et du moyen retenu
- des ateliers de travail en sous-groupe où les professionnels travaillent sur un processus qu'ils auront préalablement choisi ;
- une synthèse sous forme d'échanges collectifs (avec l'ensemble du groupe) pour partager les difficultés rencontrées, les questionnements, les craintes, les points de vigilance, ...
- une formalisation du plan d'action retenu par chaque sous-groupe et une conclusion faites par le formateur pour faciliter la prise de recul des professionnels.

Cette mise en pratique accompagnée par le formateur (ou les formateurs dans le cadre d'une action de formation avec plus de 13 participants) permet de répondre aux interrogations relatives à l'efficacité de la démarche, ainsi les professionnels de santé sont directement opérationnels à l'issue de la formation.

Nos formateurs disposent d'une base de données d'exemples authentiques (issus de nos nombreuses collaborations avec différents établissements de santé) qui permettent d'interroger les participants sur d'autres aspects que ceux mis en évidence par les exemples qu'ils ont choisis de traiter.

### **Outils et moyens d'évaluation**

Pour chaque action de notre parcours *Gestion des risques en équipe*, nous prévoyons 3 évaluations sur la base de QCM :

- en amont de la formation, un questionnaire est présenté aux participants sur le livret de formation pour évaluer les pratiques et les méthodes en cours dans l'établissement dans le domaine du retour d'expérience et de l'analyse des événements
- à l'issue de la formation une évaluation permet de mesurer les acquis
- 3 mois ou plus après la formation, chaque participant actualise les réponses apportées au questionnaire en amont ; l'objet est d'observer une évolution au travers d'une nouvelle évaluation des pratiques, d'effectuer un bilan des acquis et de la mise en œuvre des plans d'action.

Cette formation fait l'objet d'un échange préalable avec le responsable de la formation dans l'établissement de santé - GDR, RAQ, chefs de projets – pour personnaliser celles-ci et ainsi répondre aux attentes de chaque professionnel de santé.

## Références, recommandations, bibliographies utilisées dans le cadre de l'action

### Guide HAS

#### Comité de retour d'expérience

Le **retour d'expérience** est une démarche organisée et systématique de recueil et d'exploitation des signaux que donne un système. Il consiste à apprendre de ce qui se passe et de ce qui s'est passé (performances, erreurs évitées, incidents et accidents) pour mieux maîtriser l'avenir.

#### Objectif :

Il s'agit d'une **démarche collective** où la recherche de l'ensemble des causes, à partir d'une analyse systémique des événements recensés, le choix des actions correctives et la mise en œuvre de ces actions nécessitent une implication forte de l'ensemble des acteurs. Le CREX peut décider de mettre en œuvre une RMM ou une REMED.

#### Conduite de la démarche en 7 étapes

1. Présentation des événements du mois (Fréquence mensuelle – durée idéale : de 1h15 à 1h30) Écoute et recensement des événements du mois écoulé.
2. Choix collégial par le CREX d'un événement
  - a. présence obligatoire de chacune des fonctions (médicale, paramédicale, pharmaceutique), (5 à 8 personnes, etc.),
  - b. choix d'un seul événement pour analyse – recours possible à une analyse de criticité pour étayer le choix (produit de la fréquence par la gravité).
3. Choix d'un pilote (formé à la méthode spécifique Orion)
4. Présentation par le pilote de l'analyse Orion de l'événement choisi lors du CREX précédent
5. Choix des actions correctives et désignation du responsable de l'action et de son échéance
6. Suivi des actions correctives précédentes

C'est sur demande de la MeaH qu'AFM42 a imaginé et conçu le CREX en 2005.

1. Woynar S, Debouck F, Cellier P, Bourhis J, Cauterman M, Lartigau E. « Vers une politique sécurité » en oncologie radiothérapie. La mise en œuvre du retour d'expérience » Cancer Radiother 2007;11:320–32.
2. Debouck F, Petit H « Système de management de la qualité en Oncologie Radiothérapie : du transport aérien vers le monde médical », Hôpitaux magazine, avril 2008
3. Lartigau E, Vitoux A, Debouck F. « Crex et analyse Orion en radiothérapie : vers une mutualisation des actions correctives » . Cancer Radiother 2009; 458-460.
4. Debouck F, Petit H-B, Lartigau E « De la mutualisation des comités de retour d'expérience (CREX) à l'audit des pratiques cliniques » Cancer Radiother 2010; 571-575
5. Debouck F, Rieger E, Petit H, Noël G., Ravinet L « Méthode ORION : analyse systémique simple et efficace des événements cliniques et des précurseurs survenant en pratique médicale hospitalière » Cancer Radiother 16(2012) ; 201-208