|  |
| --- |
| **Analyse a priori des risques**  **VEGA Processus**  **Programme de formation 1 jour** |

Développer la culture Sécurité et Qualité des soins et les prises en charge des patients en remettant en cause collectivement ses pratiques à partir :

* De l‘identification des risques, de leur analyse et de leur hiérarchisation pour mettre en œuvre des actions correctives simples,
* Des défaillances potentielles d’un processus pour consolider la démarche d’analyse des événements indésirables,
* 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.

Cette formation/action s’inscrit dans le cadre des orientations fixées pour les années 2016 à 2018 cf. l’annexe 1 de l’arrêté du 8 décembre 2015 :

« S’inscrivent dans ces orientations les actions contribuant à développer, […], une culture de la sécurité des soins passant par […] la déclaration des événements indésirables liés aux soins, aux médicaments ou à toute substance, ainsi que par une réflexion sur la pertinence des soins et sur le retour d’expérience. »

**Objectif général**

L’objectif de la formation à l’analyse des risques a priori VEGA Processus est de consolider la démarche d’analyse des événements indésirables formalisée par la mise en œuvre d’un CREX ou d’une RMM.

La méthode d’analyse utilisée est la méthode VEGAproposée par AFM 42, basée sur la prise en compte des défaillances identifiées par le signalement et l’analyse des événements indésirables issus des retours d’expérience et sur l’analyse des défaillances potentielles du processus en appliquant le concept de la chaîne causale.

Les résultats de ces analyses pourront enrichir la cartographie des risques des thématiques du compte qualité.

**Objectifs pédagogiques**

* Faire acquérir à toutes les catégories de personnel soignant ou non la compétence nécessaire à la construction d’une analyse des risques a priori grâce à une méthode rigoureuse et simple à partir des défaillances identifiées par le signalement et l’analyse des événements indésirables (CREX – RMM) complétées par l’analyse des défaillances potentielles d’un processus, de décider d’actions correctives pertinentes et de les prioriser.
* Faire acquérir aux personnels responsables de l’étude les méthodes leur permettant d’identifier les limites du ou des processus qui devront faire l’objet d’une analyse a priori des risques.
* Faire acquérir aux personnels responsables de l’étude les méthodes leur permettant d’organiser la démarche pour qu’ils soient en mesure de produire une cartographie des risques du ou des processus préalablement identifiés, et un calendrier de mise en œuvre des actions correctives retenues pour en réduire la criticité.
* A l’issue de la formation, les participants ont assimilé la méthode VEGA Processus. Ils sont capables de participer et de mettre en œuvre dans leur établissement, unité de soins ou service les différentes étapes d’une analyse a priori des risques.

**Public concerné**

Gestionnaire de risques, Responsable qualité.

Tout professionnel d’une unité de soins : Médecins, Chirurgiens, Anesthésistes, Pharmacien, Cadres, IBODE, IADE, IDE, AS, Secrétaire, Brancardier…et de façon plus générale tout personnel de santé.

**Pré requis**

La composition du groupe doit être pluri-professionnelle.

**Déroulé pédagogique de l’action - Méthodes et moyens pédagogiques**

**Lieu :** sur site ou regroupement de plusieurs établissements

**Déroulé pédagogique - Programme**

**1 – Tour de table -** relevé d'interrogations et des attentes.

**2 – Le système de gestion de la sécurité –** La notion de risque

**3 – Présentation de VEGA**

**4 – Notions d'événement et de défaillance**

**5 – L’organisation de VEGA**

**6 – Méthode VEGA Processus -** exemple

**7 – Atelier :**

* choix d’un processus et d’un sous processus – Modélisation
* Modes de défaillances – Analyse des causes – Effets
* Evaluation de la criticité des défaillances
* Recherche d’Actions Correctives – Responsabilités
* Maîtrise des risques après actions correctives.

**8 – Les facteurs clés de succès**

**9 – Les indicateurs** **de VEGA Processus**

**10 – Plan d’actions – Evaluation - Bilan**

**Méthodes pédagogiques mises en œuvre**

L’acquisition de l’analyse a priori des risques s’effectue à partir d’exposés de la méthode, d’exemples présentés par les animateurs, de séquences filmées illustrant certains types de défaillances et d’ateliers de groupe animés à partir de leur choix de processus.

**Méthodes de l’évaluation de l’action**

* **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 a priori des risques.
* **La formation** est réalisée conformément au programme ci-dessous. A l’issue de la formation une évaluation permet de mesurer les acquis.
* **Trois 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 de la méthode.

**Références, recommandations, bibliographies utilisées dans le cadre de l’action**

* **Guide HAS / Juillet 2011 / page 92**
* **Décret du 12 novembre 2010 : Lutte contre les événements indésirables associés aux soins**
* **Guide Gestion des Risques : Amélioration des pratiques et sécurité des soins fiche 25 et 26**
* **Certification V2010 critère 8d**
* **Certification V2014 : Le compte qualité HAS – approcha par Thématique**
* **Guide HAS 24 mai 2017 approche par Thématique – décision n° 2017**

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