

PHOSPHORIA

par L'Entreprise Médicale



FORMATION **EXPERTE**

CARTOGRAPHIE DES RISQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

EXPERT INTERVENANT :

Anne-Christine BATISTA

ingénieur hospitalier qualité et gestion des risques



Paris / Malakoff
13 et 14 mai. 2025



Distanciel
24 et 25 nov. 2025

CARTOGRAPHIE DES RISQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

 2 jours

 1 065 € TTC

 13-14/05/2025 - Paris / Malakoff
24-25/11/2025 - Distanciel

 Disponible
en intra

OBJECTIFS

- Comprendre les principes et les enjeux de la cartographie des risques : connaître les concepts fondamentaux, les cadres réglementaires et les bonnes pratiques
- Mettre en œuvre une cartographie des risques : apprendre à identifier, évaluer et prioriser les risques, et utiliser les méthodes d'analyse des causes
- Développer et suivre un plan de gestion des risques : définir des actions correctives et préventives, suivre et évaluer leur mise en place, et impliquer les équipes dans la démarche

PROGRAMME

I. INTRODUCTION À LA CARTOGRAPHIE DES RISQUES

- Concepts fondamentaux et définitions
- Cadre réglementaire et enjeux pour les établissements de santé

II. ÉLABORER UNE CARTOGRAPHIE DES RISQUES

- Méthodologie et étapes de la cartographie des risques
- Identification et évaluation des risques
- Cotation du risque initial et résiduel

III. ANALYSE DES CAUSES DES RISQUES

- Méthodes d'analyse des causes : diagramme d'Ishikawa, arbre des causes, méthode ALARM
- Identification des causes immédiates et profondes
- Surveillance des risques résiduels significatifs

IV. PRIORISATION ET TRAITEMENT DES RISQUES

- Stratégies de réduction des risques : actions de prévention et de protection
- Priorisation des risques à traiter en fonction de leur criticité
- Définition des moyens de suivi des actions de réduction des risques

V. INTÉGRATION DE LA CARTOGRAPHIE DES RISQUES DANS LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

- Articulation de la cartographie des risques avec les évaluations continues de la qualité des soins
- Utilisation des résultats des signalements, plaintes et réclamations pour actualiser la cartographie
- Implication des équipes dans la démarche de gestion des risques

VI. SUIVI ET ÉVALUATION DE LA GESTION DES RISQUES

- Élaboration et utilisation des indicateurs de suivi
- Évaluation continue et mise à jour de la cartographie des risques
- Bilan et retour d'expérience

VII. ÉVALUATION DE LA SESSION

MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

Méthodes mobilisées :

- Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques
- Séance de questions-réponses
- Evaluation pré-post formation

PROFIL DES INTERVENANTS

- Anne-Christine BATISTA : ingénieur hospitalier qualité et gestion des risques
- Expert membre du réseau Phosphoria

PUBLIC CONCERNÉ

- Directeurs d'établissement
- Responsables qualité
- Gestionnaires de risques
- Médecins
- Cadres de santé

BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à formation@phosphoria-formation.fr



Organisme de formation spécialisé du secteur sanitaire et médico-social
Déclaration d'activité n° 1192 08550 92 (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État) ODP n°1502

Référence module : MOD_00453 : Cartographie des risques en établissement de santé

Tarif individuel : 1 065 €	▼ Choisir votre session : Durée : 2 jours - 14h de 9h00 à 17h00	
Notre offre exclusive à la commande : pour 2 participants à la même formation -10% pour 3 participants à la même formation -25%	<input type="checkbox"/> 13-14/05/2025 - Paris / Malakoff	<input type="checkbox"/> 24-25/11/2025 - Distanciel

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 1

▼ Civilité <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.	▼ Prénom :	▼ Nom :	▼ Besoin d'assistance si situation de handicap : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
► Fonction (Métier) :			
▼ N°RPPS	▼ Adresse e-mail (Obligatoire)	▼ Téléphone portable (Obligatoire)	
.....	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 2

▼ Civilité <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.	▼ Prénom :	▼ Nom :	▼ Besoin d'assistance si situation de handicap : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
► Fonction (Métier) :			
▼ N°RPPS	▼ Adresse e-mail (Obligatoire)	▼ Téléphone portable (Obligatoire)	
.....	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 3

▼ Civilité <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.	▼ Prénom :	▼ Nom :	▼ Besoin d'assistance si situation de handicap : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
► Fonction (Métier) :			
▼ N°RPPS	▼ Adresse e-mail (Obligatoire)	▼ Téléphone portable (Obligatoire)	
.....	

RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

Cocher cette case si la personne en charge du dossier et le participant sont la même personne

► Civilité : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr.	► Prénom :	► Nom :
▼ Fonction (Métier) :	▼ Service ou Pôle d'appartenance :	
<input type="checkbox"/> Directeur des affaires médicales <input type="checkbox"/> Directeurs des soins <input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue	<input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines <input type="checkbox"/> Responsable administratif <input type="checkbox"/> Autre :	
► Adresse e-mail (Obligatoire) :	► Téléphone (Obligatoire) :	
.....	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

<input type="checkbox"/> Établissement	<input type="checkbox"/> Personne Physique
► Raison Sociale :	► Numéro de SIRET :
► Adresse (numéro, voie et complément) :	
► Code Postal :	► Ville :
.....

SERVICE FACTURATION

Cocher si identique à l'adresse du service formation

► Prénom :	► Nom :	► E-mail :	► Téléphone :
▼ Frais d'inscription pris en charge par :	▼ Subrogation financière par :		
<input type="checkbox"/> L'Établissement <input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> ANFH <input type="checkbox"/> Autre OPCO	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
► Raison Sociale :	► Facturation sur Chorus Pro : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	► Si oui, N° d'engagement :	
► Adresse (numéro, voie et complément) :			
► Code Postal :	► Ville :	► E-mail :	
.....	

SIGNATURES ET CACHETS (Incluant les Conditions Générales de Vente)

Fait à.....le	Fait à.....le
Le client	L'Entreprise Médicale

POURQUOI CHOISIR PHOSPHORIA

par L'Entreprise Médicale

Un savoir-faire pédagogique éprouvé depuis 26 ans

4000 professionnels de santé formés chaque année et plus de 200 formateurs experts santé

300 formations en management, organisation de soins, droits et responsabilités, qualité et gestion des risques, stratégie et performance

Membre du Groupe MNH, une priorité donnée à la santé physique et psychologique des soignants

CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE

CONTACT

Si besoin d'une assistance en rapport avec une situation de handicap contactez-nous :

par téléphone : 01 47 24 07 99 - par mail : formation@phosphoria-formation.fr

PARTICIPATION

Les prix hors taxe par participant sont indiqués sur le programme de chaque formation inter-entreprise. Les formations intra-entreprise font l'objet d'un devis.

Ce prix non soumis à TVA comprend :

la participation à la session de formation, rafraîchissements, boissons chaudes et viennoiseries (présentiel). Les déjeuners sont à la charge des stagiaires.

INSCRIPTION

Dès réception du bulletin d'inscription pour un ou plusieurs participants valant convention simplifiée de la formation continue, une confirmation vous sera adressée. Une convocation et un plan d'accès vous seront adressés ultérieurement.

Notre offre exclusive à la commande :

pour 2 participants à la même formation -10%

pour 3 participants à la même formation -25%

MODALITÉS DE PAIEMENT

Le règlement du prix de la formation a lieu à réception de facture. Celui-ci, en précisant toujours le numéro de facture, comptant et sans escompte, est effectué :

- par chèque à l'ordre de l'Entreprise Médicale
- ou

- par virement direct à l'ordre de : Société Générale, compte l'Entreprise Médicale – IBAN : FR76 3000 3033 9100 0200 2557 831 – BIC : SOGEFRPP

Tout paiement postérieur aux dates d'échéance prévues engendrera des pénalités de retard égales à 1,5 fois le taux d'intérêt légal en vigueur.

CONDITIONS D'ANNULATION ET DE REPORT

La signature du bulletin d'inscription vaut bon de commande et signifie acceptation sans réserve des conditions de participation mentionnées ci-dessous.

Pour toute annulation dans les 20 jours intervenant avant le premier jour de formation : 50% du coût total de la formation est due.

Pour toute annulation intervenant 8 jours avant le premier jour de formation : 100% du coût total de la formation est due.

Toutefois, Phosphoria offre la possibilité à l'entreprise, avant le début du stage, de remplacer le stagiaire initialement inscrit par une autre personne ayant le même profil et les mêmes besoins en formation, et ce après accord de notre équipe pédagogique et sous condition de retour signé des conventions. Pour les formations intra-établissement : toutes annulations par l'établissement doit être confirmée par écrit, cette dernière entraînera la facturation des frais engagés sur présentation de justificatifs.

Report des formations : toute demande de report doit être formulée par écrit et reçue 4 semaines avant le 1^{er} jour de la formation.

Les reports d'inscription sur une autre session du même programme de formation jusqu'à la fin de l'année calendaire sont admis moyennant des frais supplémentaires forfaitaires de 95 €, sous réserve du règlement de la facture concernée.

Annulation des organisateurs : les organisateurs se réservent la possibilité d'annuler cette formation à tout moment et pour quelque raison que ce soit. Dans la mesure du possible, les stagiaires inscrits sont avertis par écrit. Seuls les frais d'inscription sont remboursés conformément à l'article L.6354-1 du Code du travail, y compris dans l'hypothèse d'une annulation due à un cas de force majeure survenu notamment le jour-même de la formation.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les présentes conditions définissent le cadre de collecte et de traitement des données personnelles par L'Entreprise Médicale lors de l'inscription aux formations. Les données requises sont essentielles à la gestion de l'inscription et à la communication relative aux formations.

L'utilisation des données se limite à ces fins, excluant toute cession à des tiers.

L'Entreprise Médicale garantit la confidentialité et la sécurité des données conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1976. Les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, exerçable par demande écrite.

Pour toutes questions relatives à votre inscription,

merci de contacter l'équipe Administration des ventes : formation@phosphoria-formation.fr

