



# FORMATION **EXPERTE**

CARTOGRAPHIE DES RISQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

---

**EXPERTS INTERVENANTS :**

Directeur qualité et gestion des risques

Expert membre du réseau Phosphoria



**Boulogne-Billancourt (92)**  
**23 et 24 novembre 2027**

## CARTOGRAPHIE DES RISQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



2 jours



1 205 € TTC



23-24/11/2027 - Boulogne-Billancourt (92)



Disponible en INTRA

**> OBJECTIFS**

- Analyser 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**

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

**> PROFIL DES INTERVENANTS**

- Directeur qualité et gestion des risques
- Expert membre du réseau Phosphoria

**> PUBLIC CONCERNÉ**

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

**LES + PHOSPHORIA**

- Approche pragmatique et transversale : juridique, organisationnelle, et clinique
- Ateliers concrets et personnalisables : outils d'aide à la décision, exemples issus du terrain
- Mise en cohérence avec les recommandations HAS et les exigences de la certification V2025

# BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à [formation@phosphoria-formation.fr](mailto: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)ODPC n°1502

## Référence module : MOD\_00987 Cartographie des risques en établissement de santé

|                                                                                                                         |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tarif individuel :                                                                                                      | ▼ Choisir votre session :<br>Durée : 2 jours - 14h de 9h00 à 17h00 ou 1 jour - 7h de 9h00 à 17h00 |
| Notre offre exclusive :<br>pour 2 participants à la même formation -10%<br>pour 3 participants à la même formation -25% | <input type="checkbox"/> 23-24/11/2027 - Boulogne-Billancourt (92)                                |

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 1

|                                                                                                                    |                                |                                    |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ▼ Civilité                                                                                                         | ▼ Prénom :                     | ▼ Nom :                            | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :          |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. |                                |                                    | <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                                                                                                         | ▼ Prénom :                     | ▼ Nom :                            | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :          |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. |                                |                                    | <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                                                                                                         | ▼ Prénom :                     | ▼ Nom :                            | ▼ Besoin d'assistance si situation de handicap :          |
| <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Pr. |                                |                                    | <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

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                                                                                     |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> Directeurs des soins<br><input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines<br><input type="checkbox"/> Responsable administratif<br><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

|                                                                                  |         |                                                                                                                     |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> Participant |         | <input type="checkbox"/> ANFH<br><input type="checkbox"/> Autre OPCO<br><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |                                                           |
| ► Raison Sociale :                                                               |         | ► Facturation sur Chorus Pro :                                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ► Adresse (numéro, voie et complément) :                                         |         | ► Si oui, N° d'engagement :                                                                                         |                                                           |
| ► Code Postal :                                                                  |         | ► Ville :                                                                                                           | ► E-mail :                                                |

### SIGNATURES ET CACHETS (Incluant les pages suivantes)

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

# POURQUOI CHOISIR

PHOSPHORIA  
par L'Entreprise Médicale

## 30 ans d'expertise & plus de 200 formations dédiées aux professionnels de santé

Phosphoria renouvelle chaque année son offre de plus de 200 modules dédiés à la transformation du secteur santé. Un savoir-faire construit aux côtés des établissements de santé, structures médico-sociales et collectivités locales.

## Une expérience de formation éprouvée et mesurée

Avec 3 500 apprenants formés par an et un taux de satisfaction supérieur à 90 %, Phosphoria s'inscrit durablement comme un partenaire fiable et reconnu.

## Des formations animées par des experts reconnus du terrain

Nos formations sont dispensées par plus de 180 formateurs actifs, professionnels médicaux et non médicaux (coach en management, experts en stratégie...), garantissant une expertise rigoureuse et immédiatement opérationnelle.

## Une offre flexible pensée et adaptée aux contraintes des professionnels de santé

Nous proposons des formats inter et intra-établissement, sur-mesure et au catalogue, distanciel et présentiel, tous adaptés aux impératifs d'organisation et de continuité de service des établissements publics et privés.

## Un ancrage renforcé par le groupe Eduform'Action

En intégrant un groupe accompagnant plus de 60 000 apprenants par an et fort de 5 domaines d'expertise en France métropolitaine et dans les territoires ultra-marins, Phosphoria bénéficie de ressources élargies et d'une solidité renforcée.

### 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](mailto: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.

Toute annulation doit être notifiée par écrit. Les frais suivants s'appliquent :

- Annulation entre 20 et 8 jours ouvrables avant le début d'une Formation Inter-Entreprise : 50 % du prix total.

- Annulation moins de 8 jours ouvrable avant le début d'une Formation Inter-Entreprise : 100 % du prix total.

Les frais d'annulation ne sont pas remboursables par les organismes financeurs.

Report par le client : Les demandes de report doivent être reçues au moins 4 semaines avant le début de la Formation. La nouvelle date doit être fixée dans l'année en cours, en accord avec L'ENTREPRISE MEDICALE.

Report par L'ENTREPRISE MEDICALE : En cas de force majeure, maladie ou indisponibilité d'un formateur, L'ENTREPRISE MEDICALE se réserve le droit de reporter la Formation et en informera le Client dès que possible.

Abandon ou absence : Tout abandon ou absence, même justifié, ne donne lieu à aucun remboursement ni réduction du coût 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](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

