

LA GESTION DES RISQUES DANS LES ACTIVITÉS FÉDÉRALES LA DÉMARCHE DE RETOUR D'EXPÉRIENCE



Mémoire d'Instructeur Régional
Commission Technique Régionale Ile-de-France

Octobre 2019
Céline HECQUET

**LA GESTION DES RISQUES DANS
LES ACTIVITÉS FÉDÉRALES
LA DÉMARCHE DE RETOUR
D'EXPÉRIENCE**

**Mémoire d'Instructeur Régional
Commission Technique Régionale Ile-de-France**

Octobre 2019

Céline HECQUET

Remerciements

Je tiens à remercier une liste importante de personnes et je vous prie d'excuser tous ceux que je n'aurai pas cités nominativement mais qui font malgré tout partie de mon parcours.

Mes parrains Renaud et Jérôme qui m'ont accompagnée tout au long de ce cursus et que je remercie pour leurs conseils, disponibilité et bienveillance. Merci Messieurs !

Remerciements également à Bernard PILLET pour son apport sur la gestion des risques et son regard sur mon travail.

Les instructeurs avec qui j'ai eu la chance de travailler tout au long de mon cursus d'IRS à travers les stages initiaux, finaux, les examens : Patrick L (notre cher président de CTR), Christian S, Patrick S, Christophe B, Philippe V, Eric B, Dominique R, Dominique E, Alexandre LTV, Gérard M. Merci à tous pour vos conseils, votre bienveillance et votre bonne humeur.

Merci également à Francis en tant que président de jury mais également président de région.

Je remercie également l'ensemble des moniteurs du E1 au E4 et instructeurs que j'ai eu la chance de croiser tout au long de ma « courte » carrière de plongeuse à travers toute la France, qui m'ont formée du niveau 1 au MF2, à savoir : Dom, sans qui je ne serai pas là aujourd'hui, et avec qui on se souviendra notamment longtemps de ce N3 en Bretagne par force 7, nos coups de gueules et nos coups de cœurs ; Stéphan qui m'a fait passer mon N1, je ne désespère pas d'arriver à venir te voir prochainement pour encadrer des handis à tes côtés, Agnès, ma cop's qui m'a poussée au N4 et voilà où j'en suis et avec qui j'ai partagé des moments inoubliables ; Dan, pour tes apports bio et photo, parce qu'il n'y a pas que la technique en plongée ; Jo, pour tes encouragements et les remises de diplômes que je n'oublierai pas ; Pierre, pour nos séances de péda nocturnes ou d'écoutes de Queen ; Christian, mon Fufu pour les moments passés à la fosse notamment ou lors de stage et tes 60 ans sous l'eau ; Maxime, pour ton accompagnement dans le MF1 et surtout le MF2 et pour tous les échanges que nous avons eu ; Sandrine, pour l'encadrement des jeunes et la pédagogie associée mais pas que... ; James, pour les niveaux 2 et 3, notamment et la plongée en Bretagne ; Eric H, pour tes conseils au MF2 et ton debrief sans langue de bois ; Greg, pour les plongées à Juan et les dernières péda avant l'examen MF2 ; Lulu, pour les séances péda MF1 et MF2, pour tes coups de gueule sous l'eau ; Brigitte et Jean-Michel, pour vos apports pédagogiques dès le MF1, Patrick P pour tes apports en matériel et nos binômes d'examen initiateurs, Aurore, Anne, Lulu, Greg, Cédric, Didier, Stéphane, Christophe pour votre expérience de terrain que vous partagez chaque fois et dont je me nourris toujours un peu plus.

A tous les moniteurs du SCAF dont je suis la présidente et qui doivent supporter parfois mon haussement de ton, à tous les moniteurs de la CTD 95 et du CODEP 95 en général, à ceux des CODEP 92, 75, 78, 93, 94 que j'ai eu la chance de croiser à travers des stages ou examens et avec qui je prends plaisir à retravailler.

Merci également à tous mes collègues de promo N4, merci pour l'accueil et la bonne ambiance du stage et merci à certains d'entre vous de me faire confiance pour vous former à mon tour (spéciale dédicace à Fred), ceux du MF1, merci également pour la bonne ambiance du stage et pour les échanges que nous avons encore malgré le temps qui passe et pour finir les collègues du MF2, merci pour cette solidarité qui nous a permis de « survivre » à deux semaines intenses en émotions, j'ai toujours plaisir à avoir de vos nouvelles.

Merci à la BTCG Dive Team pour tous ces bons moments passés ensemble, on attend toujours les suivants avec impatience. Merci aussi à Denis et Gérard de Port Vivant qui m'en apprennent toujours plus à chaque plongée scientifique...

Mention spéciale à Jean-Luc qui m'a également énormément apporté du N4 au MF2 et qui nous a malheureusement quitté trop tôt et que j'essaie de remplacer du mieux possible à la tête de la CTD 95 ! Jean-Luc on pense à toi...

Merci à tous les plongeurs que j'ai pu former du baptême, petit plongeur de métal au MF1 voire MF2 et qui m'apportent tous les jours un peu plus et continuent à me faire grandir !

Et merci à tous qui à l'avenir continueront à me faire confiance...

Pour finir merci à mes proches qui supportent tant bien que mal mes absences pour me permettre de poursuivre cette passion !



merci

Sommaire

Introduction.....	- 7 -
I. Contexte	- 8 -
1. La politique ministérielle et la FFESSM	- 8 -
2. Déploiement de la politique.....	- 9 -
3. Le projet Ile-de-France	- 9 -
II. Qu'est-ce que la gestion des risques ? les méthodes	- 12 -
1. Définition.....	- 12 -
2. Les différentes méthodes de gestion des risques.....	- 14 -
a. AMDEC.....	- 14 -
b. Diagramme Ishikawa ou 5M.....	- 16 -
c. Arbres des causes	- 17 -
d. Méthode ALARM	- 17 -
e. Retour d'Expérience (REX).....	- 18 -
f. SWOT ou FFOM	- 20 -
g. Comparatif des méthodes présentées	- 21 -
III. La démarche REX en IDF.....	- 22 -
1. Contexte et définition	- 22 -
2. Présentation de la démarche	- 22 -
3. Déploiement de la démarche.....	- 32 -
4. Les difficultés rencontrées et les points d'appui	- 32 -
IV. La gestion des risques dans les cursus techniques actuels	- 34 -
1. N1 au N3.....	- 34 -
2. N4-Guide de palanquée.....	- 34 -
3. Directeur de plongée - N5	- 35 -
4. Initiateur	- 36 -
5. MF1.....	- 36 -
6. MF2.....	- 37 -
7. RIFAP.....	- 38 -
8. Analyse des compétences du MFT	- 38 -
V. La réalité du terrain.....	- 39 -
1. Enquête auprès des pratiquants	- 39 -
a) Contexte	- 39 -

b)	Résultats de l'enquête.....	- 39 -
2.	Réflexion sur les réalités du terrain.....	- 45 -
VI.	Réflexion et proposition d'évolution dans les cursus et pratiques.....	- 46 -
1.	Evolution du RIFAP.....	- 46 -
2.	Les cursus d'encadrants.....	- 46 -
a)	Evolution des stages initiaux Initiateurs / MF1 / MF2.....	- 47 -
b)	Notions aux GP-N4 et DP-N5.....	- 47 -
3.	Les plongeurs N1 à N3.....	- 48 -
4.	Les autres activités.....	- 48 -
VII.	Présentation et analyse de démarches similaires existantes.....	- 49 -
1.	Exemple dans d'autres activités.....	- 49 -
a)	Fédération d'aviation.....	- 49 -
b)	Fédération montagne et escalade.....	- 52 -
2.	Exemple dans nos activités.....	- 55 -
VIII.	Perspectives à court, moyen et long terme.....	- 59 -
1.	Perspectives à court terme.....	- 59 -
a)	Communication.....	- 59 -
b)	Gouvernance.....	- 59 -
c)	Formation.....	- 60 -
2.	Perspectives à moyen terme.....	- 60 -
3.	Perspectives à long terme.....	- 61 -
	Conclusion.....	- 62 -
	Bibliographie.....	- 63 -
1.	Références ministérielles et fédérales.....	- 63 -
2.	Documents normatifs.....	- 63 -
3.	Sources diverses.....	- 63 -
	Annexes.....	- 64 -
	Annexe 1 : Fiche technique HAS – Méthode ALARM.....	- 65 -
	Annexe 3 : Verbatims relatifs à la question « Qu'avez-vous fait après un tel évènement ? ».....	- 80 -
	Annexe 4 : Verbatims relatifs à la question « Que suggérez-vous pour que la démarche soit mieux connue et utilisée ? ».....	- 84 -
	Annexe 5 : Exemple de rapport d'analyse CRFI Neptune.....	- 92 -

Introduction

Ce mémoire est réalisé dans le cadre du cursus d'instructeur régional au sein du Comité Ile-de-France pour lequel il m'est apparu nécessaire de traiter le sujet de la gestion des risques dans les activités fédérales et aborder notamment la démarche de retour d'expérience mise en place dans la région.

Sensible au sujet par mon parcours professionnel et fédéral, j'ai intégré le groupe REX Ile-de-France, constatant que la plongée (mais pas que) en tant que sport à environnement spécifique (et donc à risque), du point de vue de la législation et des assurances notamment, avait des avancées à faire dans le domaine.

La gestion des risques est un vaste sujet émergeant depuis maintenant une dizaine d'années et qui est de plus en plus prise en compte dans les stratégies des entreprises et des organisations.

L'objectif de ce mémoire est avant tout d'expliquer ce qu'est la gestion des risques de manière générale mais surtout comment prendre en compte la gestion des risques dans les activités fédérales. Il s'agira aussi de présenter la démarche de retour d'expérience mise en place en Ile-de-France et réfléchir à la manière de faire connaître et étendre cette démarche. Ces réflexions étant basées sur une enquête réalisée auprès des pratiquants et une observation des pratiques au sens large.

Pour répondre à cet objectif je vais donc dans un premier temps poser le contexte, définir ce qu'est la gestion des risques et présenter les différentes méthodes existantes.

Je vais ensuite m'intéresser à ce que nous faisons déjà pour gérer les risques de notre activité, notamment au travers des cursus de formations techniques et à ce que nous pourrions proposer comme évolution dans ces cursus pour que la gestion des risques soit encore plus intégrée dans le quotidien des pratiquants.

J'étendrai ces réflexions au lien à faire avec les autres commissions de manière à pouvoir avoir une gestion globale dans l'ensemble des activités fédérales. Et proposerai pour finir des perspectives à court, moyen et long terme.

I. Contexte

1. La politique ministérielle et la FFESSM

La FFESSM est une fédération délégataire du ministère jeunesse et sports.

Son rôle est d'être en relation avec les instances ministérielles, d'établir le référentiel de formation technique, de veiller au respect de la réglementation en vigueur, de contrôler la gestion des organismes déconcentrés, de veiller au respect de la déontologie du sport et d'organiser les compétitions « officielles ».

Du fait de son statut, la FFESSM a une mission de service public et se doit d'intégrer la stratégie du ministère des sports dans ses orientations.

Depuis 2012, le ministère des sports et le ministère de la santé déploie une politique publique ambitieuse « Sport, Santé, Bien-être », plaçant de ce fait les activités physiques et sportives comme outil de participation active à la santé et au bien-être des populations permettant :

- De participer à la lutte contre l'obésité et le dopage, véritables fléaux mondiaux ;
- D'envisager la pratique sportive comme élément thérapeutique ;
- De mettre en place une « zone verte du sport », zone de pratique pour un maximum de bénéfices sur la santé ;
- D'identifier, pour mieux les prévenir, les facteurs de risques liés à une activité intensive ou inadaptée.

Cette politique a notamment été revue avec la Stratégie Nationale de Transition Écologique vers un Développement Durable du Sport (SNTEDDS) pour la période 2015-2020.

Cette stratégie définit 9 axes de travail :

- Consommation et production durable
- Education, formation et recherche
- Gouvernance
- Changement climatique et énergies
- Transport et mobilité durable
- Conservation et gestion durable de la biodiversité et des ressources naturelles
- Santé et développement durable
- La responsabilité sociale du sport
- Défis internationaux en matière de développement durable

autour des 3 ambitions suivantes :

- 1/ Développer une approche partagée du sport durable
- 2/ Transformer le modèle économique et social du sport pour la transition écologique vers un développement durable
- 3/ Renforcer l'appropriation du développement durable par tous.

La FFESSM s'inscrit dans sa politique et ses engagements développement durable totalement dans ces orientations, y compris dans les nouvelles lignes de la Stratégie Nationale Sport Santé (SNSS) 2019-2024 présentées en mars par la ministre des Sports Roxana Maracineanu et la ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn.

2. Déploiement de la politique

La vie n'a pas de prix mais la santé a un coût.

De nombreuses études ont montré que la santé coûte cher et que les répercussions économiques de certaines pathologies sont loin d'être négligeables.

La sédentarité se place tout de même dans les 10 facteurs de risque de mortalité dans le monde, et représente environ 6% des décès à l'échelle mondiale attribués à l'absence d'exercice physique.

A savoir que la plupart des pathologies pourraient être évitées en faisant un minimum d'activité physique (maladie cardio-vasculaire, hypertension, diabète, cancer...), et de ce fait limiter les dépenses de santé.

Ces chiffres, ainsi que l'évaluation, du montant des frais indirects, vont dans le sens de l'encouragement à la pratique d'une saine activité sportive.

Toutefois, toute activité physique et notamment la pratique d'un sport, fait courir des risques qui ont eux aussi des répercussions économiques.

En effet, chaque année on dénombre environ 300 000 accidents qui sont dus à une activité sportive, qui touchent non seulement les personnes actives mais aussi celles qui le sont trop peu ou trop irrégulièrement. Ces accidents occasionnant près de 160 décès.

Outre le « Sport sur ordonnance », une avancée majeure pour la mise en réseau des professionnels du sport et de santé qui est une nouvelle dimension omniprésente de la pratique sportive, dans le but de diminuer les dépenses de santé, il est nécessaire de l'assortir de mesures de contrôle des risques et de prévention des accidents, afin d'éviter que l'accroissement de l'activité physique ne s'accompagne d'une recrudescence du nombre des accidents. Ce qui oriente la démarche vers l'analyse des risques propres à la pratique dans une démarche de prévention.

Au niveau Fédéral, à travers, les Clubs, Départements, Régions, et même au niveau National, la FFESSM a un bon positionnement par sa multitude d'activités pour s'intégrer dans cette politique, à la fois par les activités de loisirs sportifs mais également de sports de compétitions.

S'inscrire dans cette démarche permet par ailleurs de cultiver une image positive de la FFESSM, de pouvoir augmenter son nombre de licenciés et pouvoir prétendre à des subventions spécifiques au sujet. C'est une façon de répondre aux Défis 7 et 8 du Ministère de la Ville de la jeunesse et des Sports concernant le Développement Durable, en traitant respectivement de la Santé et de la Responsabilité sociale du sport.

C'est dans ce contexte que le comité régional Ile-de-France a engagé un projet transversal voulu et soutenu par l'ensemble de la gouvernance (Président de Région, CTS, Président de la Commission Technique et le Président de la Commission Médicale Régionale), qui va répondre en partie à ces « défis » dans nos domaines d'activité et qui s'intègre à la stratégie de développement durable de notre fédération et répondra à ses engagements n° 1, 4 et 5 prenant en compte respectivement :

- ✓ La santé et la sécurité des pratiquants et des pratiques,
- ✓ Les publics à besoins spécifiques,
- ✓ La promotion des valeurs du Sport.

3. Le projet Ile-de-France

Le projet Ile-de-France traite dans sa globalité du Sport, Santé, Bien-être, avec 4 orientations principales :

- La santé de la plongeuse et du plongeur : « Bien se faire suivre pour mieux accompagner sa pratique » ;

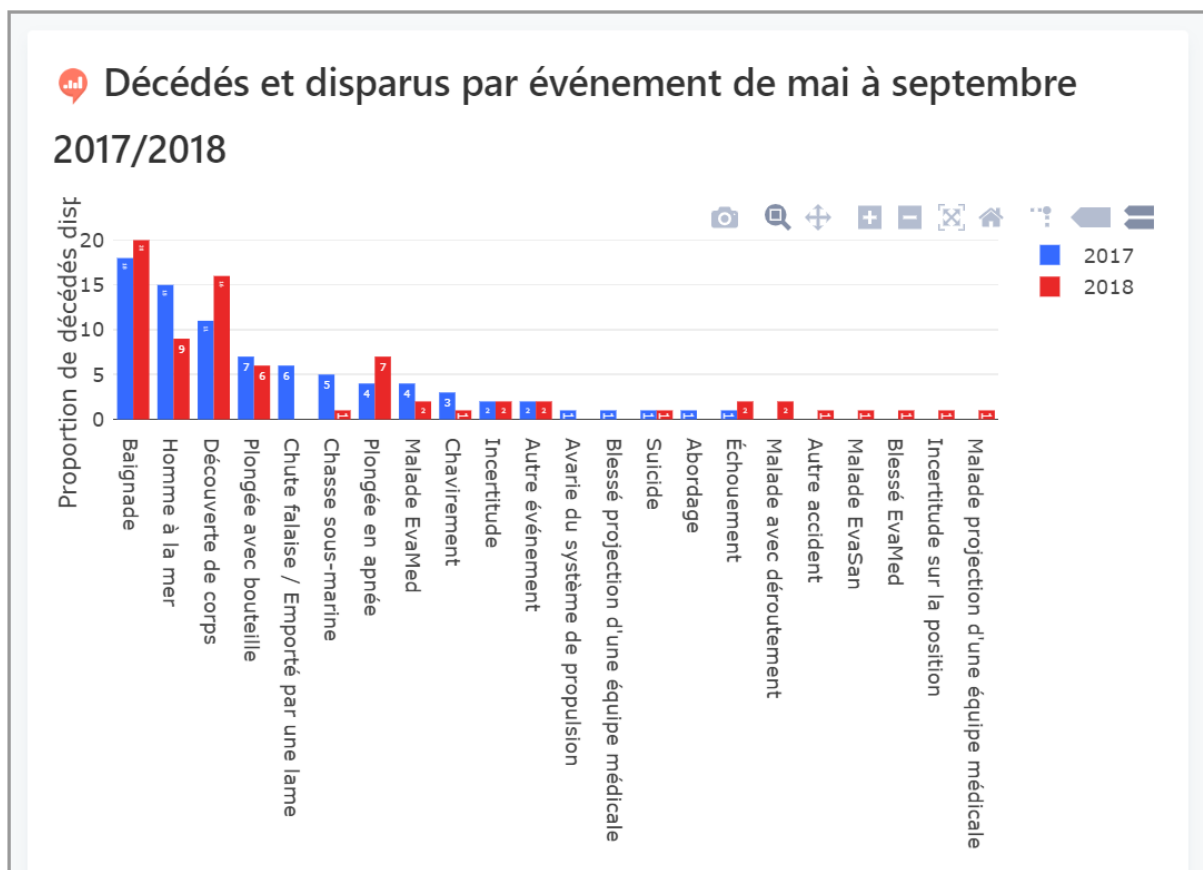
- Les activités Fédérales au service de la santé : « Des activités, pour se sentir bien ou aller mieux » ;
- Gestion des risques : « Analyser la pratique pour mieux la comprendre et pour apprendre de l'expérience » ;
- Site fédéral IdF « SPORT SANTÉ ».

Ne sera abordée ici que la partie relative à la gestion des risques.

La tendance actuelle de la pratique sportive plaide largement pour la mise en place de méthodes d'analyse systématique dès lors qu'un événement indésirable se produit.

Il faut par ailleurs être conscient qu'en ne traitant pas l'accidentologie, on alimente la très mauvaise réputation des disciplines à environnement spécifique qualifiées quasiment systématiquement de dangereuses, la plongée en tête.

Comme le montre également l'observatoire interministériel de l'accidentalité dans la plaisance et les loisirs nautiques en eaux françaises dans le graphique ci-dessous, la plongée, l'apnée et la chasse sous-marine font partie 10 premières causes de décès.



Pour le groupe projet IDF, il s'agit donc d'analyser et de comprendre ce qui s'est passé de façon à prendre les mesures correctives et de faire profiter la « communauté plongée » des enseignements des événements indésirables.

En créant un groupe REX IDF, pour Retour d'Expérience, le but est de gérer les risques à partir de l'analyse d'un événement indésirable qui s'intègre dans l'organisation d'une activité (de pratique, de formation...).

L'idée sous-jacente est bien évidemment de pouvoir mutualiser les connaissances afin de développer une culture du retour d'expérience, d'abord pour améliorer encore plus la sécurité mais aussi pour répondre aux attentes du ministère.

En effet, le REX doit permettre de pouvoir répondre aux enquêtes « accidentologie dans les sports de nature » dont la première a été lancée en 2016 et exploitée par le PRNSN (Pôle Ressources National Sports Nature).

Enquête accidentologie dans les sports de nature

L'objectif de cette enquête est de recenser les outils, les pratiques et les besoins des services déconcentrés, des fédérations et des établissements en matière d'accidentologie et de gestion des risques dans les sports de nature.
Le questionnaire comprend 6 parties :

1. Observation et analyse de l'accidentologie
2. Sensibilisation et information du public
3. Formation des pratiquants et des encadrants
4. Aménagement et sécurisation des lieux de pratique
5. Précisions, difficultés et besoins
6. Pour conclure

Ce questionnaire est à remplir en ligne, nous n'accepterons aucun retour papier.

La date limite de réponse à l'enquête est fixée au 31 mars 2016.

Une synthèse des résultats sera ensuite réalisée par le PRNSN et vous sera transmise courant 2016.

Coordination de l'enquête
Antoine Le Bellec / Tél.0648993369 / antoine.le-bellec@sportsdenature.gouv.fr



A travers ce projet REX, plusieurs étapes ont été définies :

- Mise en place d'une méthodologie
- Formation des cadres animateurs dans chaque département à la méthodologie
- Réunions annuelles avec les cadres (3 en moyenne)
- Information sur la méthode à travers les formations (N4, initiateur, MF1, MF2)
- Création d'une banque de données.

Toutes les étapes sont déployées ou en cours de déploiement à l'heure actuelle.

Si l'erreur est inhérente à toute activité humaine, il est néanmoins possible d'en tirer des enseignements et d'empêcher qu'elles ne se reproduisent.

II. Qu'est-ce que la gestion des risques ? les méthodes

1. Définition

Selon Wikipédia, la gestion des risques, ou management du risque, est la discipline qui s'attache à identifier, évaluer et prioriser les risques relatifs aux activités d'une organisation, quelles que soient la nature ou l'origine de ces risques, pour les traiter méthodiquement de manière coordonnée et économique, de manière à réduire et contrôler la probabilité des événements redoutés, et réduire l'impact éventuel de ces événements.

Mais qu'est-ce qu'un risque ?

La norme ISO 31000 : 2018 – Management du risque, indique que le risque est nouvellement défini comme « l'effet de l'incertitude sur les objectifs » et « qu'un risque est souvent caractérisé en référence à des événements et des conséquences potentiels ou à une combinaison des deux. »

Le risque est l'association de quatre facteurs : un danger, une probabilité d'occurrence, sa gravité et son acceptabilité.

Le danger étant un événement redouté (par lui-même et par ses conséquences), le « risque » ne se confond donc pas avec le danger, mais résulte de ce que ce danger a une certaine probabilité de se manifester et entraînerait des conséquences d'une certaine gravité. La criticité d'un risque résulte de la combinaison de l'impact (ou effet ou gravité) et de la probabilité d'un risque.

La gestion des risques est une composante de la stratégie d'une entreprise ou d'une organisation qui vise à réduire la probabilité d'échec ou d'incertitude de tous les facteurs pouvant affecter son projet d'entreprise. La gestion en continu de la grille de risques d'une entreprise suppose vision et vigilance du dirigeant et de ses conseils et cadres, pour la réadapter aux réalités du terrain et des systèmes réglementaires qui s'y appliquent.

Pour preuve la plupart des normes de système de management intègrent cette notion de risques et opportunités, ce qui est le cas d'une les plus courantes, l'ISO 9001 : 2015, qui traite du management de la qualité.

Autre exemple, la réglementation française en termes de sécurité via le Code du Travail impose depuis 2001 aux entreprises d'avoir un DUER (Document Unique d'Evaluation des Risques).

Ce Document recense l'ensemble des risques pour la santé et la sécurité du personnel dans l'entreprise. Ces mesures comprennent :

- des actions de prévention des risques professionnels ;
- des actions d'information et de formation ;
- la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

Processus de gestion des risques : cinq étapes

Pour une excellente gestion des risques, la mise en œuvre d'une étude particulière s'avère indispensable. Le respect de ces quelques étapes permet d'assurer la gestion des risques de sorte qu'ils ne puissent pas constituer de barrières pour les projets.

Etape 1 : Identification des risques

L'identification consiste à recenser toutes les parties exposées au risque. Dans cette optique, il faut établir une liste contenant tous les risques potentiels. Elle doit distinguer les risques les plus importants d'un côté et les moins importants d'un autre côté, et analyser leur corrélation.

Etape 2 : Évaluation des risques

Cette étape consiste à évaluer les risques en fonction de leur gravité, déterminer leur impact potentiel et l'étendue des préjudices y afférent. À part cela, elle permet de mesurer les coûts associés aux risques identifiés. Pour la réaliser, il faut procéder à une collecte de données et souvent à des analyses statistiques.

Etape 3 : Définition des solutions

Face à plusieurs solutions envisageables pour trouver la plus adaptée, il convient ensuite de définir la solution en fonction du risque lui-même en étudiant la possibilité d'une élimination ou d'une limitation de ses effets. Il est également possible de tenir compte des caractéristiques du projet et y appliquer quelques modifications afin d'esquiver les risques.

Etape 4 : Mise en œuvre des solutions

Après avoir déterminé la solution la plus adaptée, il faut procéder à sa mise en application. Il s'avère important de définir le coût de mise en œuvre de la solution en fonction des moyens dont on dispose. Il faut réduire les coûts y afférent, à défaut, ils pourraient générer des dépenses supplémentaires.

Etape 5 : Le contrôle

La gestion des risques nécessite un suivi régulier. Ce suivi vise à garantir la fiabilité de chaque étape. Cela permet de mettre en place des solutions à moyen et à long terme.

Il y a deux façons complémentaires de gérer les risques, en amont ou en aval de la survenue d'un événement. Il s'agit de la gestion des risques a priori ou de la gestion des risques a posteriori.

La gestion des risques a priori

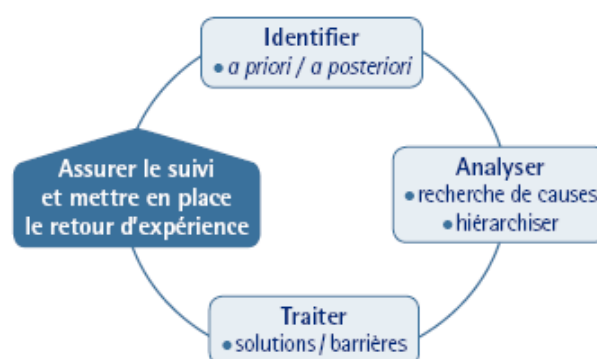
Il s'agit de repérer et identifier les risques d'événements indésirables qui pourraient se produire, c'est une approche proactive.

Cette approche permet d'anticiper au maximum la survenue d'événements indésirables éventuels, en se demandant ce qui pourrait mal se passer lors d'une activité.

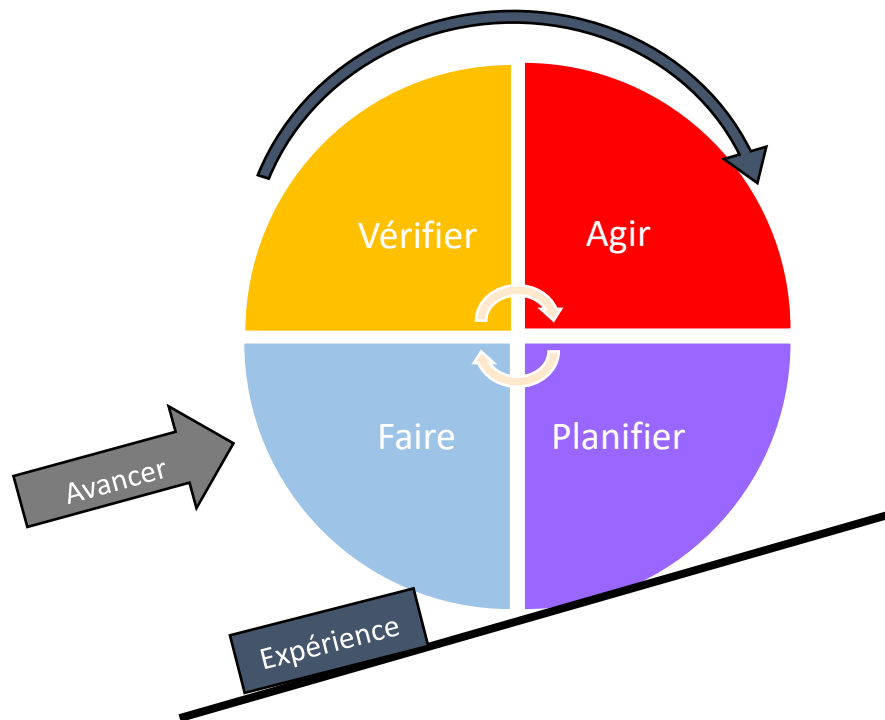
Plus la connaissance des risques acquise par l'expérience est importante plus cela permet d'identifier a priori les risques potentiels ou les situations à risque et d'anticiper les mesures de sécurité (barrières) à mettre en œuvre.

La gestion des risques a posteriori

Il s'agit de repérer et identifier les risques d'événements indésirables qui se sont déjà produits, c'est une approche réactive. Elle permet, en présence d'événements indésirables survenus ou qui auraient pu survenir (événement indésirable presque survenu), de s'interroger sur ce qui s'est passé. Une surveillance et une analyse des événements indésirables qui surviennent permettent de révéler, comprendre et traiter les dysfonctionnements.



Il faut avoir en tête que la gestion des risques est une démarche d'amélioration continue. La réalisation d'une cartographie des risques n'est pas figée et doit évoluer en permanence pour s'adapter notamment au contexte, à l'environnement et aux différents évènements qui surviennent au quotidien. Il faut en permanence remettre en question les décisions prises et vérifier qu'elles sont toujours adaptées ou les adapter le cas échéant et refaire le cycle de mise en place de décision, d'analyse et d'évaluation.



Roue de Deming : démarche d'amélioration continue

2. Les différentes méthodes de gestion des risques

De nombreuses méthodes existent, mais les plus connues d'entre elles sont les suivantes.

a. AMDEC

L'AMDEC, Analyse des Modes de Défaillances et des Criticités, est à l'origine une méthode utilisée dans la gestion de la qualité. Elle est aujourd'hui souvent présente dans les projets d'innovation, lorsqu'il s'agit d'identifier les risques d'un projet et les mesures à prendre pour les réduire.

AMDEC est la traduction de l'anglais FMECA (Failure Modes, Effects and Criticality Analysis).

Comme beaucoup de méthodes de gestion de projets, celle-ci est apparue dans les années 40 **dans l'armée américaine**, puis a été utilisée **dans l'aéronautique**.

Dans un projet, il s'agit d'identifier là où il y a un risque de défaillance, de problème. Ce premier travail aboutit généralement à une liste « en vrac », qu'il s'agit de classer ensuite par ordre de priorité.

L'AMDEC est une technique d'analyse exhaustive (qui permet d'analyser à la fois les causes, les effets et leurs modes de défaillances) et rigoureuse de travail en groupe. Cette méthode est très efficace dès lors que l'on met en commun l'expérience et la compétence de chaque participant du groupe de travail.

Une fois les problèmes les plus « critiques » identifiés, des mesures correctives ou préventives doivent être identifiées (pour réduire la gravité ou bien la fréquence des problèmes).

L'AMDEC permet de se poser les bonnes questions très en amont, et donc de prendre dès le début les bonnes décisions de conception.

Qu'elle porte sur un produit, un service, un système, un processus ou un projet dans son ensemble, la réalisation d'une AMDEC doit être collective, exhaustive et systématique. Idéalement, les différents participants représentent des points de vue ou expertises diverses et ont un pouvoir décisionnel pour engager le cas échéant des mesures correctives.

N°	Activités du processus	Sous-activités du processus	Modes de défaillance	Causes	Effets	Moyens de détection	Détection	Gravité	Fréquence	IPR
1										0
2										0
3										0
4										0
5										0
6										0
7										0
8										0
9										0
10										0

Actions de prévention	Détection 2	Gravité 2	Fréquence 2	IPR 2
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0

Exemple d'outil pour une AMDEC Processus

Détection	
Note	Critère
1	Détection automatisée (100%)
2	Détection humaine
3	Détection aléatoire
4	Aucun moyen de détection
Gravité	
Note	Critère
1	Aucune incidence sur la conformité produit
2	Produit non-conforme mais fonctionnel
3	Produit non-conforme non fonctionnel
4	Produit non-conforme avec mise en danger du patient
Fréquence	
Note	Critère
1	De une à deux fois par an
2	Au moins une fois par mois
3	Au moins une fois par semaine
4	Au moins une fois par jour

Critères	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

1	4	9	16
2	8	18	32
3	12	27	48
4	16	36	64

Les actions de préventions sont déclenchées si la gravité est égale à 4 ou si l'IPR est supérieur ou égal à 16 (IPR = 12 actions non systématiques)

Exemple de méthode de cotation

N° Mode défaillance	Action	Responsabl	Délais	Critère d'efficacité	Mesure d'efficacité
19					
21					
22					
23					
28					
29					
30					

Exemple de suivi de plan d'action

b. Diagramme Ishikawa ou 5M

Les 5 M ou diagramme d'Ishikawa ou encore diagramme de causes et effets, est une méthode d'analyse qui sert à rechercher et à représenter de manière synthétique les différentes causes possibles d'un problème. Elle sert, après un brainstorming, en groupe de travail pluridisciplinaire, à trier toutes les idées et les ranger.

En premier lieu, pensée dans une démarche de qualité, elle est applicable à tout type de métiers ou d'activités et particulièrement à la gestion des risques et la gestion de projet.

Son principe repose sur une classification des différentes causes d'un problème en 5 grandes familles :

- **Matière** (matières premières, fournitures, pièces, qualité, etc.),
- **Milieu** (environnement, contexte, marché, concurrence, législation, etc.),
- **Méthodes** (mode opératoire, recherche et développement, instructions, etc.),
- **Matériel** (équipements, machines, outils, logiciels, etc.),
- **Main d'œuvre** (ressources humaines, compétences, formation, etc.).

Cette classification s'est étendue avec le temps et l'expérience, on parle désormais de 6 M, de 7 M, voire de 9 M !

Ainsi, se sont ajoutés :

- **Mesure** (quels indicateurs sont utilisés pour analyser les résultats),
- **Management** (méthodes d'encadrement),
- **Moyens financiers** (budget alloué),
- **Moment** (période),
- **Mental** (motivations),
- **Maintenance** (entretien, suivi).

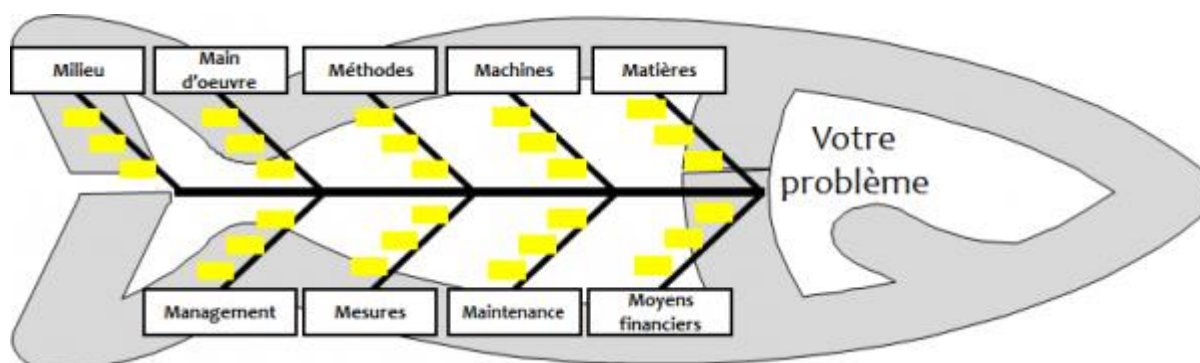
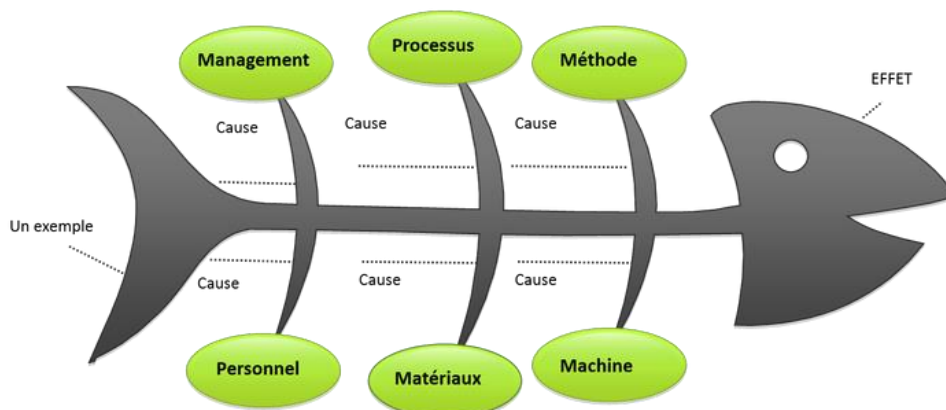


Diagramme en Arête de Poisson / Fishbone Diagram / Diagramme d'Ishikawa



c. Arbres des causes

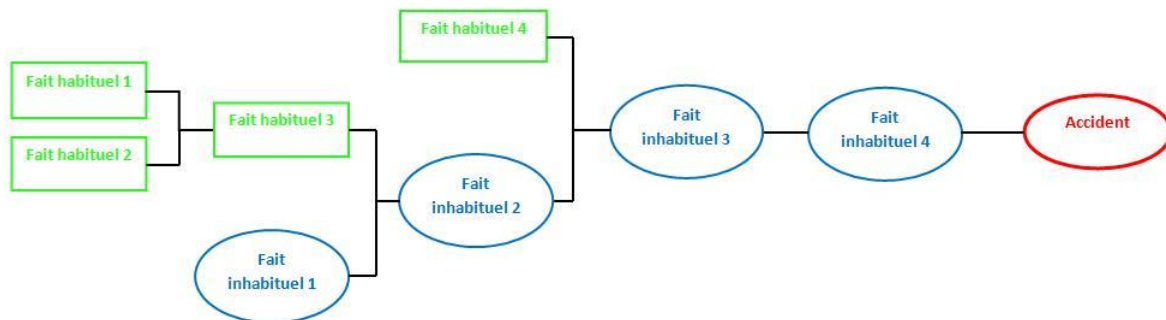
Il s'agit d'une méthode qui permet de mieux identifier *a posteriori* tous les faits nécessaires ayant abouti à un évènement indésirable, en remontant le plus en amont possible au niveau de l'organisation et du fonctionnement.

Il est important d'avoir en tête les quelques points suivants :

- L'arbre des causes est un moyen, pour qu'il est de l'intérêt, il convient de mettre en place des actions préventives.
- L'arbre des causes est un complément de méthodes d'analyse *a priori* en les enrichissant de faits réels.
- Le but de l'arbre des causes est de trouver les facteurs sur lesquels il faut agir pour que l'évènement indésirable ne se reproduise plus.
- C'est un travail collectif, à travers lequel on ne recherche pas de responsable. Il est important de collecter le plus d'informations pour avancer de manière objective dans la compréhension du processus qui a conduit à l'évènement.

La construction de l'arbre des causes passe par quatre phases distinctes :

1. Le recueil des faits
2. L'organisation des faits récoltés et la construction de l'arbre
3. La formulation des actions de prévention possibles
4. Le choix des actions à mener selon des critères d'efficacité.



Exemple d'arbre des causes

d. Méthode ALARM

La méthode ALARM est une méthode *a posteriori* permettant une recherche des causes après des incidents ou des accidents.

C'est une technique de recherche approfondie, exhaustive et efficace, des facteurs contributifs d'une défaillance ayant conduit à la survenue d'un évènement indésirable grave (EIG), presque accident ou évènement porteur de risque (EPR).

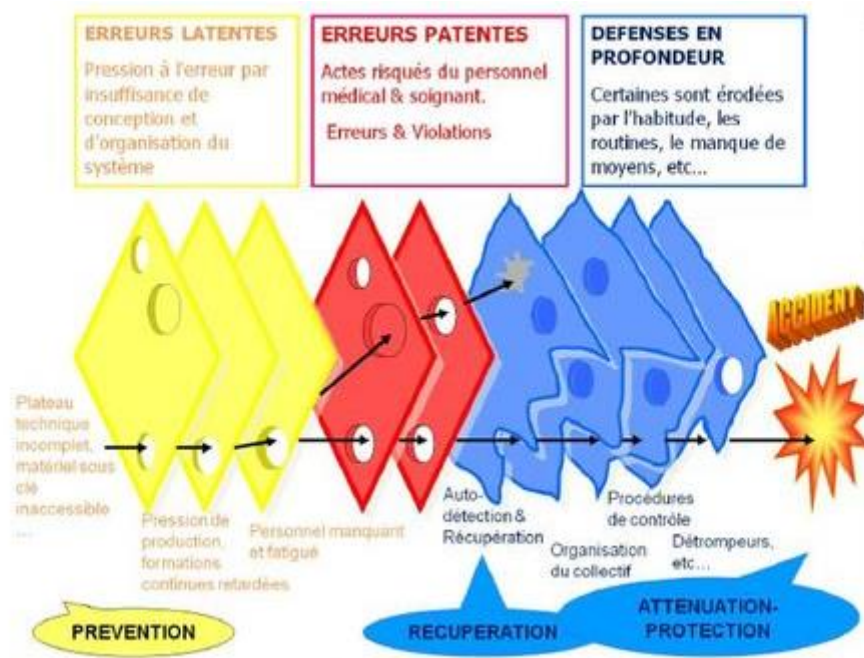
Cette méthode est déployée dans le milieu médical.

Sur la base d'un relevé chronologique précis préalablement effectué en faisant participer toutes les personnes qui ont été concernées par l'évènement (avec un délai temporel limité et en revenant autant de fois que nécessaire vers certains interlocuteurs pour affiner l'analyse), le questionnement a pour objet l'identification des causes apparentes (ou immédiates) mais aussi des causes plus profondes (ou « causes racines »).

Le but est d'identifier les différents niveaux de facteurs de défaillance sur les 7 champs suivants :

- Facteurs individuels :
 - o Facteurs liés au patient
 - o Facteurs liés à l'individu
- Facteurs systémiques :
 - o Facteurs liés aux tâches à accomplir
 - o Facteurs liés à l'équipe
 - o Facteurs liés à l'environnement de travail
 - o Facteurs liés à l'organisation et au management
 - o Facteurs liés au contexte institutionnel.

Cf. Fiche technique HAS de la méthode ALARM en Annexe 1.



Exemple de représentation de la méthode ALARM

e. Retour d'Expérience (REX)

Le Retour d'Expérience (*REX* ou *RETEX*) est une démarche qui permet d'apprendre de ce qui s'est passé afin de mieux maîtriser l'avenir et consiste à recueillir des informations sur des incidents, anomalies, et accidents, analyser leurs causes, et à mettre en place des actions correctives et /ou préventives afin d'éviter qu'elles se reproduisent.

La notion de retour d'expérience exprime l'enrichissement des connaissances pour un individu ou une organisation, c'est une démarche de bon sens qui permet de faire le lien entre la théorie et la pratique. Le retour d'expérience contribue à optimiser sur les plans humains, organisationnels et techniques le fonctionnement des organisations.

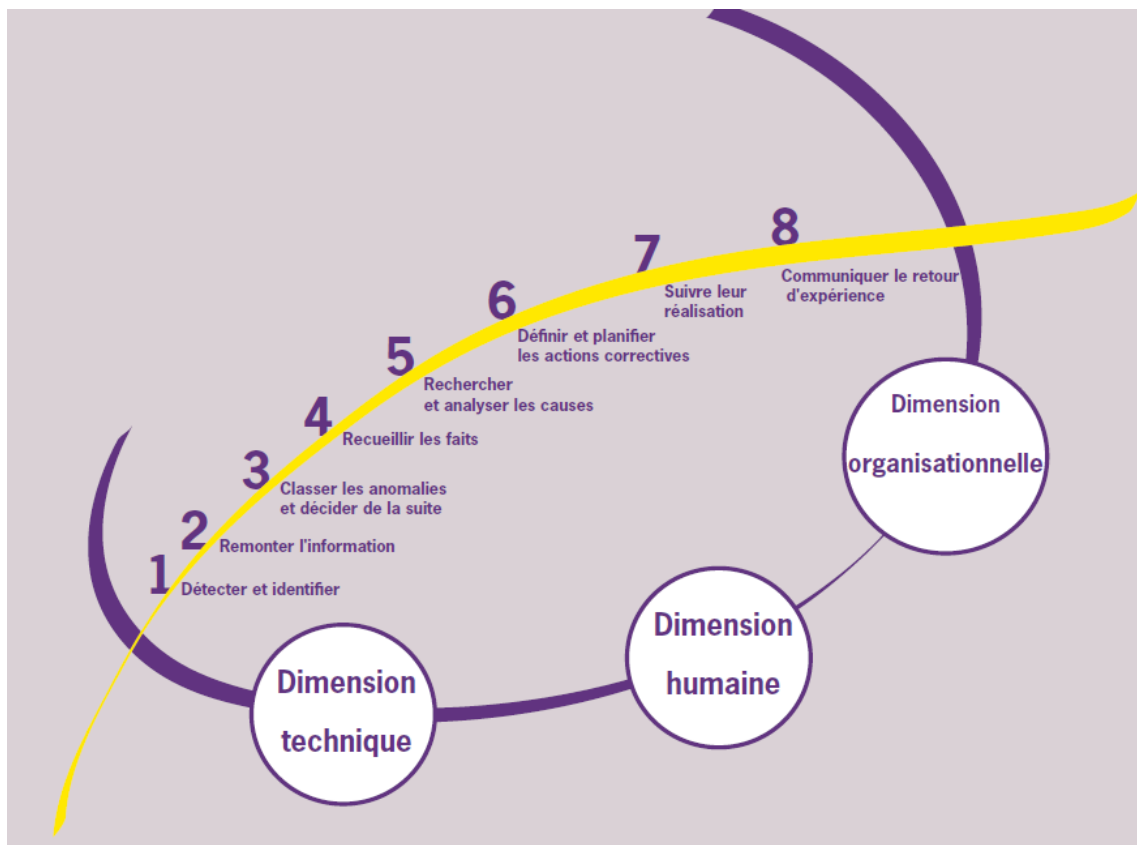
Il vise plus largement à capitaliser sur les réussites ou les échecs afin de réduire les risques et/ou augmenter les capacités de résilience d'une entité humaine, d'une organisation, ou même d'un écosystème, etc.

La démarche de retour d'expérience permet :

- d'identifier en détail l'évolution de l'événement dans ses diverses composantes (techniques, humaines, organisationnelles) ;
- de déterminer l'ensemble des actions entreprises, négatives et positives ;
- de construire des scénarii d'actions alternatives permettant de mieux gérer ces situations si elles se reproduisent, en dépassant la simple connaissance tacite des acteurs.

Les différentes étapes du processus REX sont :

- la détection, l'identification des incidents, des anomalies et accidents, et la correction,
- la remontée de l'information,
- le classement des anomalies pour décider de la suite à donner,
- le recueil historique et précis des faits,
- la recherche et l'analyse des causes,
- la définition des actions correctives et leur planification,
- le suivi de la réalisation de ces actions correctives,
- la communication des enseignements du retour d'expérience.



Le REX se doit d'être un processus collectif qui implique confiance et transparence entre tous les acteurs.

Brièvement le REX c'est :

- Une démarche volontaire collective d'équipe pluridisciplinaire (et pluriprofessionnelle) ;
- Une démarche qui associe collecte, analyse approfondie, actions d'amélioration, partage et communication des enseignements retirés ;
- Une démarche d'amélioration de la sécurité des personnes en s'intéressant aux « pourquoi » des événements survenus ;
- Une analyse qui prend en compte les organisations comme les facteurs humains ;

- Une démarche qui conduit les membres du groupe à s'interroger en équipe sur leurs pratiques et à prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser.

Le REX ce n'est pas :

- Une démarche individuelle, une affaire d'expert, de spécialiste ou de groupe restreint ;
- Un simple enregistrement dans une base ou un traitement « administratif » de l'évènement ;
- Une inspection, une expertise judiciaire, une recherche de responsabilité individuelle, de faute ou du « qui » est responsable ;
- Une analyse centrée exclusivement sur l'accident, le traitement, la technique ou la faute ;
- Un exercice de style déconnecté de la réalité, permettant de satisfaire à des obligations administratives.

En résumé, le retour d'expérience permet avant tout :

- de **tirer des enseignements** profitables aux acteurs,
- de **garder la mémoire** des événements,
- d'identifier des **pistes de progrès**,
- de **renforcer les liens** entre les acteurs.

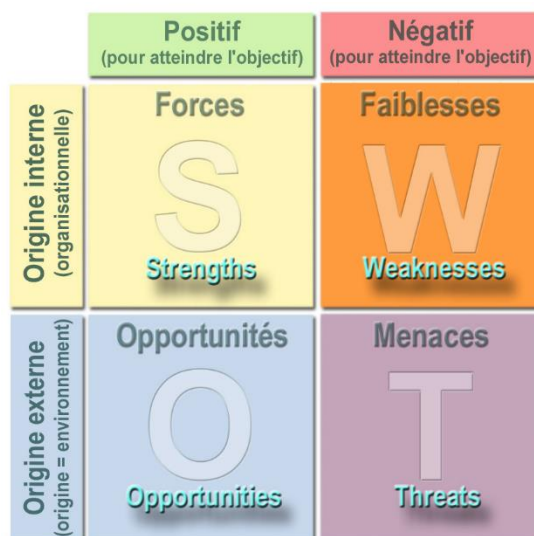
f. SWOT ou FFOM

Le terme « SWOT » est un acronyme issu de l'anglais : *strengths* (forces), *weaknesses* (faiblesses), *opportunities* (opportunités), *threats* (menaces), d'où l'acronyme français FFOM pour Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.

Cette méthode n'est pas à proprement parler une méthode de gestion des risques, mais plutôt d'aide à la définition stratégique en regards des risques et opportunités déterminés dans un domaine d'activité.

Conduire une analyse SWOT consiste à effectuer deux diagnostics :

- un diagnostic **externe**, qui identifie les opportunités et les menaces présentes dans l'environnement. Celles-ci peuvent être déterminées à l'aide d'une série de modèles d'analyse stratégique, ou encore une analyse de scénarii.
- un diagnostic **interne**, qui identifie les forces et les faiblesses du domaine d'activité. Celles-ci peuvent être déterminées à l'aide d'une série de modèles d'analyse stratégique.



Exemple d'une matrice SWOT

L'analyse et le croisement des diagnostics vont permettre de déterminer les risques ou au contraire les opportunités et ainsi faire les choix stratégiques qui s'imposent.

Une faiblesse au regard d'une menace sera considérée comme un risque à traiter ou à prendre en considération, tout comme une force au regard d'une opportunité/possibilité sera considérée comme une opportunité qu'il faudrait prendre en compte dans l'élaboration des futurs choix stratégiques.

Dans le cadre de l'élaboration d'une décision, le but de l'approche est de faire en sorte que l'ensemble des facteurs internes et externes soient pris en compte, de manière à maximiser les potentiels des forces et des situations favorables, et à minimiser les répercussions des faiblesses et des menaces.

g. Comparatif des méthodes présentées

Un comparatif des méthodes présentées ci-avant au regard de leur applicabilité dans l'identification des risques, l'analyse des risques et l'évaluation des risques.

Méthode	Identification des risques		Analyse des risques			Evaluation des risques
	<i>a priori</i>	<i>a posteriori</i>	Conséquence	Probabilité	Niveau	
AMDEC	Applicable	Applicable	Très applicable	Très applicable	Applicable	Applicable
5M	Applicable	Très applicable	Très applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Arbres des causes	Non applicable	Très applicable	Très applicable	Très applicable	Très applicable	Très applicable
ALARM	Non applicable	Très applicable	Très applicable	Très applicable	Très applicable	Très applicable
REX	Non applicable	Très applicable	Très applicable	Applicable	Applicable	Applicable
SWOT	Applicable	Non applicable	Applicable	Applicable	Non applicable	Applicable

Ce comparatif montre bien qu'il est nécessaire de combiner plusieurs méthodes pour être suffisamment exhaustif dans le processus de gestion des risques.

Le REX utilisant d'ailleurs la méthode ALARM.

III. La démarche REX en IDF

1. Contexte et définition

La démarche est au départ une adaptation de la gestion des risques utilisée dans le domaine médical à savoir la Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM), dont la méthode ALARM sert de méthode d'analyse.

Une première ébauche a été mise en place par le Comité de Paris, puis reprise et revue au niveau de la région Île de France en 2016 dans le cadre de la stratégie national Sport Santé.

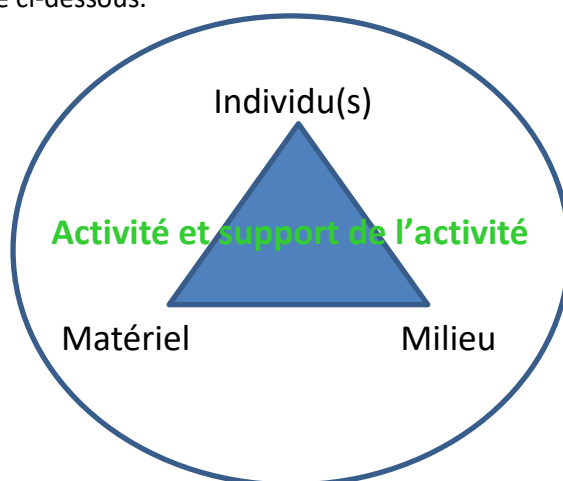
L'idée a été de se baser sur une méthode ayant fait ses preuves dans le domaine médical et que certains membres maîtrisaient pour l'adapter au domaine de la plongée et la déployer au niveau régional.

La démarche de REX, basée sur les RMM, se veut être une analyse collective, rétrospective et systémique (analyse globale de la situation prenant en compte les éléments organisationnels, technique, humains) de cas marqués par la survenue d'un événement indésirable, qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration.

Le REX repose sur le fonctionnement d'une démarche qualité, les résultats et les difficultés rencontrées seront analysées de façon à faire progresser cette approche et l'adapter au mieux.

2. Présentation de la démarche

Comme précisé dans le paragraphe précédent, la démarche de REX est une démarche systémique. Il est donc important de prendre en considération l'ensemble des composantes constitutives d'une activité comme schématisé ci-dessous.



D'après Bernard PILLET : « Enseignement finalité incidents accidents »

Ainsi tout ce qui est en rapport avec les individus, le matériel, le milieu et l'organisation de l'activité seront analysés. C'est pourquoi la démarche est structurée d'une certaine façon qui permet de n'oublier (théoriquement) aucun facteur et d'être le plus exhaustif possible dans la recherche des causes profondes de la survenue de l'évènement indésirable.

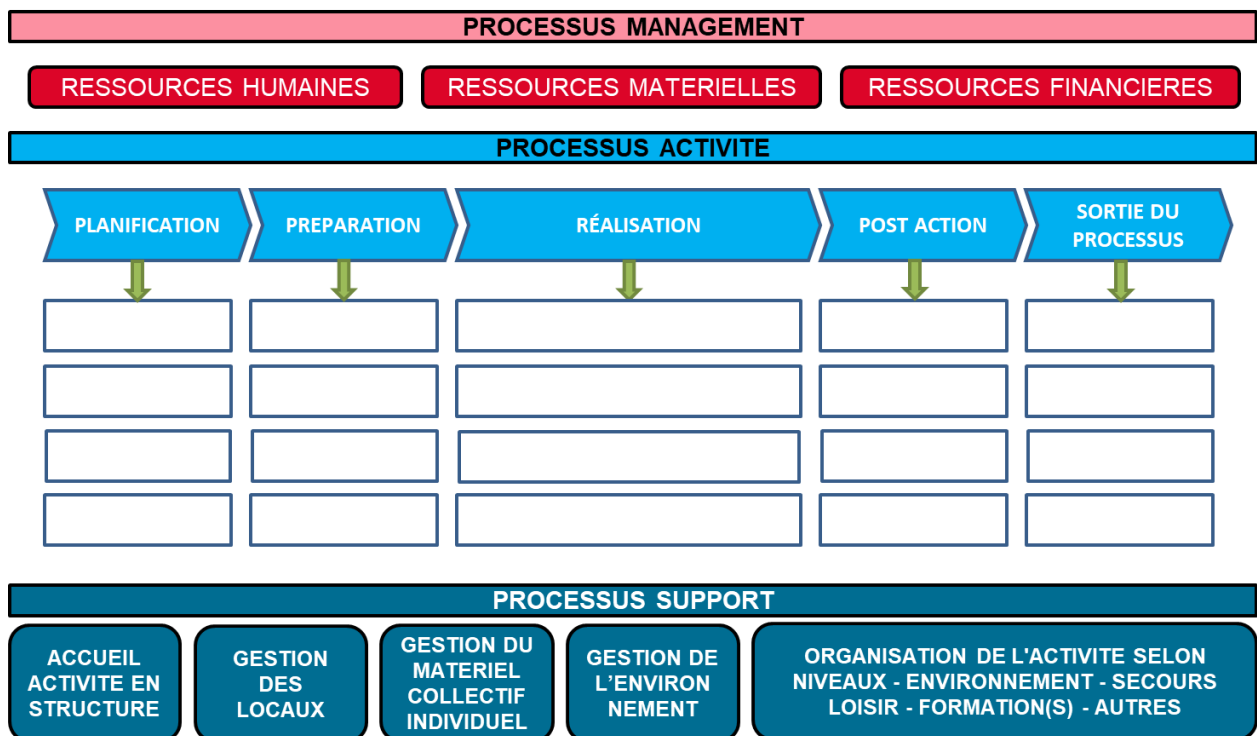
Quelques exemples :

- Individu : état de santé, condition physique, niveau (débutant/confirmé, niveau d'autonomie, de compétence) ;

- Matériel : individuel, collectif, ... ;
- Milieu : type (naturel, artificiel), état (agité/calme ; froid/chaud ; obscur/clair, courants), ... ;
- Activité : type de plongée (explo/technique, réadaptation, etc.), contexte (plongée simple, séjour, formation, stage), ...

Si on s'attache à l'organisation d'une activité, cette dernière pour être réalisable, a besoin de plusieurs processus :

- Des processus de management : ressources humaines, matérielles voire financières sans quoi elle ne pourra pas être mise en œuvre ;
- Des processus support : la logistique, le juridique, l'environnement...
- Des processus de réalisation inhérent à l'activité, qui vont se découper en plusieurs phases : planification, préparation, réalisation, post-activité, sortie d'activité.



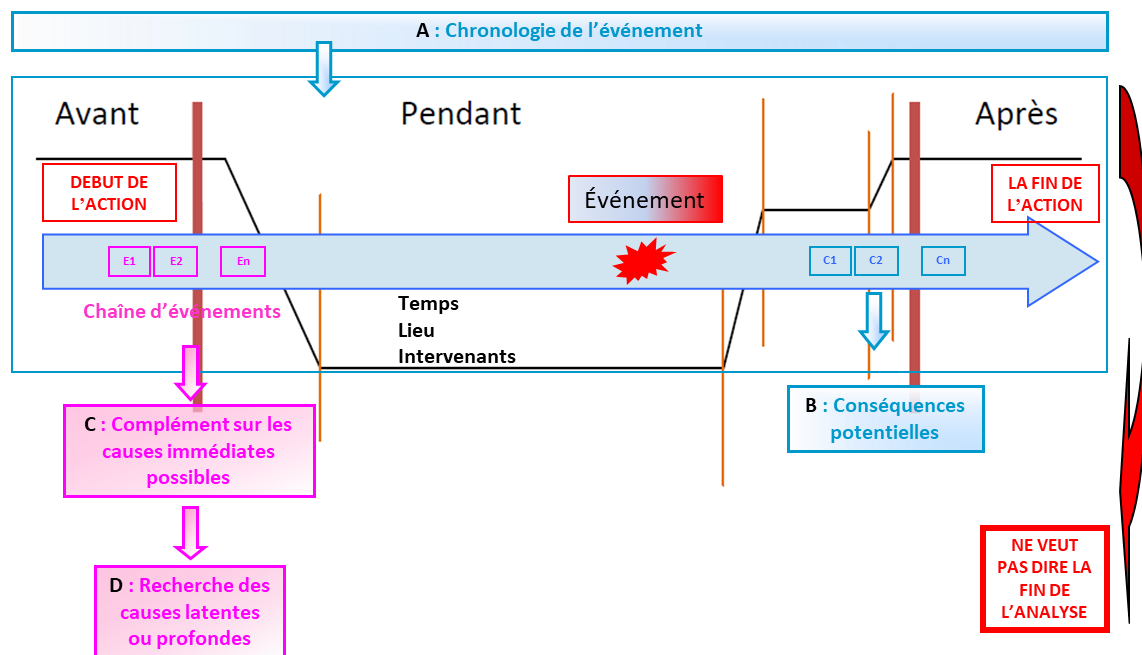
Représentation schématique des processus mis en œuvre dans la réalisation d'une activité
 D'après Bernard PILLET : « L'essentiel pour le REX »

L'ensemble de ces éléments vont donc être analysés dans la démarche de retour d'expérience.

Autre point important qu'il est nécessaire de prendre en considération dans ce type de démarche la chronologie de l'action ou de l'activité, du début de l'action avant l'évènement indésirable à l'après évènement indésirable.

Prenons l'exemple d'une plongée, l'action va commencer avant l'immersion (peut-être même la veille), et une suite d'évènements va commencer à s'enchaîner (préparation du matériel, choix du site par exemple...), jusqu'à la phase de plongée à proprement parler, lors de laquelle là aussi les évènements continuent à s'enchaîner jusqu'à l'évènement indésirable.

A partir de cet évènement indésirable, ce sont les actions qui sont mises en place pour essayer de « rattraper » cet évènement et les conséquences qui s'en suivent (réelles comme potentielles) jusqu'à la fin de l'action qu'il est nécessaire d'analyser (souvent après la prise en charge de la victime par les secours si l'on prend l'exemple d'un accident de plongée).



Représentation schématique d'une action par la chronologie d'événements qui la composent
D'après Bernard PILLET : « L'essentiel pour le REX »

C'est pourquoi dans la démarche de REX avant toute analyse des faits, il est indispensable de récolter la chronologie des évènements et rassembler un maximum d'informations notamment :

- Identifier avec précision tous les acteurs et témoins présents,
- Rechercher les faits sur une base chronologique,
- Notifier et tracer ce qui doit l'être.

Seulement après, l'analyse des faits pourra être conduite au moment opportun, qui se situe souvent entre deux et huit jours, lorsque le contexte émotionnel le permet mais en évitant de trop attendre pour ne pas perdre la mémoire des faits.

Dans l'idéal, il faut obtenir la chronologie des évènements le plus rapidement possible auprès des personnes concernées avant de passer à la phase d'analyse qui doit être faite dans un second temps avec un groupe à constituer.

La constitution du groupe est également très importante, les personnes concernées doivent être présentes, les responsables des activités concernées également (si possible formés à la démarche) ainsi qu'un animateur (souvent une personne extérieure au cas analysé, formée à la démarche mais qui ne doit pas rentrer dans une potentielle polémique) et pourquoi pas un secrétaire de séance qui sera également neutre (si l'animateur ne peut faire la prise de note en parallèle de son animation).

Une fois le groupe constitué il est important de se réunir dans un local qui favorise la sérénité et la confidentialité du travail d'analyse, l'idéal étant un lieu neutre.

L'animateur avant de commencer le travail d'analyse devra rappeler les points importants de la démarche de REX, à savoir que l'objectif n'est pas de rechercher une culpabilité, ni les erreurs des individus, mais de comprendre le mécanisme de l'incident (événement indésirable ou porteur de risque) ou de l'accident, mais surtout d'identifier ses causes favorisantes et les raisons profondes du dysfonctionnement et de mettre en place des actions à la fois correctives mais également de prévention et d'en assurer leur suivi.

Une fois l'ouverture de la réunion faite, la démarche se découpe en 4 étapes.

- **Etape 1 :** Présentation du cas de manière anonymisée, chronologie des faits sans interprétation et de manière complète et précise. Il est possible de compléter le recueil d'information et compléter au maximum les processus.

- **Etape 2 :** Recherche et identification des problèmes rencontrés, des processus défectueux et des pratiques non optimales. Il convient de rechercher les variations par rapport au pratique habituelle ou à des changements récents, de repérer les écarts (par action ou omission) par rapport aux pratiques validées (MFT, autre...).

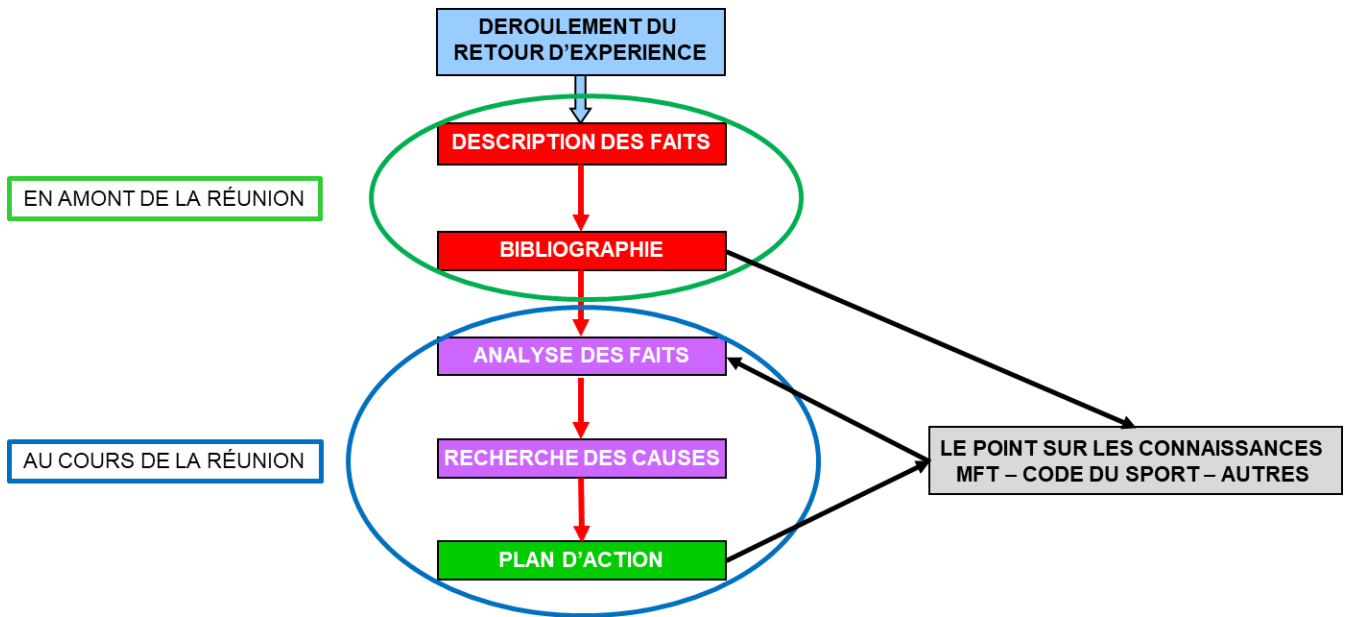
- **Etape 3 :** Recherche de causes, des facteurs favorisants ou contributifs, pour chaque problème rencontré, et analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation.
Il s'agit là de l'analyse systémique où tous les facteurs sont passés en revue. Il est important d'identifier qui a détecté, identifié et récupéré l'évènement indésirable et sur quels critères. Il convient également de repérer les barrières de sécurité respectées, les manquantes ou inefficaces (non-respect, obsolescence, incomplète...), pour ensuite identifier les causes latentes et profondes ou racines qui ont favorisé cet évènement.
Il est intéressant de vérifier le caractère évitable ou non des causes qui ont été identifiées et d'être conscient que les acteurs/témoins peuvent avoir de multiples perceptions d'une même réalité du fait de leur culture, leur réticence à évoquer des pratiques qui ne respecteraient pas les procédures (non-dit, déni...). Par ailleurs des difficultés peuvent être rencontrées par les acteurs de l'évènement, difficultés soulevées par l'évènement ou l'analyse de celui-ci.
L'intérêt d'analyser également les actions faites après la survenue de l'évènement indésirable est de permettre la mise en avant des modalités de récupération des erreurs voire d'atténuation des effets de l'évènement. Ces actions peuvent également être source de dysfonctionnement et donc de retour d'expérience ou au contraire de performance et de satisfaction sur lesquelles capitaliser. Ne pas négliger non plus les conséquences pour aller au bout de la démarche.

- **Etape 4 :** Proposition d'un plan d'action avec la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.
Les propositions d'actions correctives et préventives sont des recommandations prioritaires, pensées en terme de barrières de sécurité, déduites logiquement pour prévenir la répétition des dysfonctionnements. Pour pouvoir capitaliser dessus, il est indispensable de définir les modalités de suivi des résultats, les délais mais également des responsables d'actions.
Il sera nécessaire de vérifier avec les responsables la mise en œuvre effective du plan d'action et d'en mesurer l'efficacité et des critères de suivi simples et mesurables.
C'est seulement après cette étape qu'il sera nécessaire de communiquer sur le cas, de manière ANONYME, car l'important étant les actions mises en place face à une problématique et pas qui a été concerné par le problème.

Pour que la démarche de retour d'expérience soit également efficace, il faut garder la mémoire des REX et des décisions prises, il est donc important de rédiger une fiche REX et un compte-rendu.

Ces éléments ont été mis à disposition ainsi qu'une trame d'aide à l'analyse et à la rédaction dans un document rédigé par Dr Bernard PILLET et Jérôme HLADKY, référents de la démarche en IDF, à destination des référents formés dans la région.

Cf. Annexe 2.



Principe de fonctionnement de la démarche REX IDF
D'après Bernard PILLET : « L'essentiel pour le REX »

Pour que ces explications soient un peu plus claires, je me permets de prendre un exemple de cas concret et de détailler chaque étape pas à pas.
 Un peu comme le « REX pour les nuls ».

Le cas pris pour l'exemple est volontairement un cas « simple » qui ne concerne pas un accident de plongée. Il s'agit ici d'un cas de **problème de certificat médical** avant la mise en place du CACI.

Première étape : présentation du cas et chronologie des faits. Le cas ne concernant pas un accident de plongée ou un incident lors d'une plongée, la chronologie et les détails sont moins étayés.

Étape 1. Présentation du cas

Un adhérent n'a pas pu effectuer la première plongée lors d'un week-end organisé par le club en Bretagne le 29 avril.

En effet son certificat médical indiquait natation et nage subaquatique et ne précisait pas « plongée ».

Déroulement des faits :

Un adhérent du club a fait son certificat médical de début de saison chez son médecin généraliste le 29 septembre 2016.

Il a donné une copie de ce certificat avec son dossier d'adhésion et a donc commencé les activités avec le club à la piscine, en fosse et à Beaumont.

Il est ensuite parti en week-end plongée à Lorient début octobre 2016 avec ce même certificat, qui a été vérifié sur place mais n'a donné lieu à aucune remarque des responsables de centre.

Lors de la sortie au Guilvinec le week-end du 1^{er} mai, il lui a été refusé l'accès à la plongée du fait de son certificat médical n'indiquait pas « plongée » et par ailleurs pas non plus passage de niveau 2.

Le club sur place lui a trouvé un rdv le jour-même avec un médecin fédéral pour refaire un certificat médical en bonne forme.

Cet adhérent n'a donc raté qu'une plongée seulement dans le week-end.

Deuxième étape : recherche et identification des problèmes.

A la lecture de la chronologie des faits, on cherche en apparence les problèmes qui ont pu conduire à la situation.

Étape 2. Recherche et identification des problèmes

Mauvaise analyse et vérification de son certificat médical par :

- ***Le club d'adhésion***
- ***Les autres clubs dans lesquels il a plongé également***
- ***Le plongeur qui n'est pas bien informé.***

Troisième étape : Recherche de causes et analyse de la récupération

L'idée ici est de balayer chaque facteur et de déterminer si en regard du déroulement et des problématiques relevés, il peut y avoir une ou plusieurs causes.

La récupération de la situation est également analysée.

Ainsi dans le cas présent, on s'est intéressé à l'intervention du club qui a résolu le problème de certificat médical en prenant un rendez-vous avec un médecin fédéral local.

Étape 3. Recherche de causes et analyse de la récupération

<i>FACTEURS liés à l'accidenté(e)</i>	
Evaluation insuffisante des connaissances et des compétences du fait d'un problème de contact/de compréhension etc...	Problème d'information de l'adhérent sur le contenu de son certificat médical, surtout s'il est fait par un médecin généraliste.
Existence d'un problème précis ayant contribué à la survenue de l'EIG (évènement indésirable grave)	NA

FACTEURS LIES aux PRATIQUANTS DE L'ACTIVITE	
Fatigue/maladie /stress/ autre etc...	RAS
Formation/compétence/remise à niveau/ insuffisante ou inadaptée pour effectuer la mission / (la) les tâches confiées	Plongeur N1 + information à sa disposition pour établir le certificat dans le dossier d'adhésion.
Formation/compétence/remise à niveau insuffisante/ ou inadaptée pour gérer l'accident	RAS
FACTEURS LIES à L'ENVIRONNEMENT HUMAIN	
La composition de l'équipe présente inadaptée à la situation	Mauvaise analyse du certificat lors de la remise du dossier d'adhésion par les membres du CODIR.
Les différents acteurs n'étaient pas d'accord dans l'interprétation de la situation	RAS
Vous étiez avec un aide /collègue que vous ne connaissiez pas/qui venait d'arriver/avec lequel vous n'aviez jamais travaillé	Début de saison compliqué avec beaucoup de surcharge de tous les membres.
Il y a eu, selon vous, une communication mauvaise /insuffisante entre vous-même et les autres membres de l'équipe	Vérification de la présence des papiers sans s'attacher à bien regarder les contenus des certificats.
Il y a eu, selon vous, une communication mauvaise/insuffisante entre vous-même et les membres de l'équipe des secours	NA
Il y avait une incompatibilité personnelle entre des membres de l'équipe qui a pu, selon vous, contribuer à cet accident	Pas d'incompatibilité personnelle mais mauvaise coordination peut-être
Pendant l'accident, vous n'avez pas pu obtenir les aides dont vous aviez besoin	NA -> la structure sur place à gérer en informant de ses décisions et actions
FACTEURS LIES aux TACHES	
Les tâches à accomplir n'étaient pas formalisées par des procédures	Aucune procédure administrative n'est mise en place actuellement, de plus le changement de possibilité de médecin récemment à poser soucis dans l'application des certificats médicaux.
Il y a eu défaut d'application de la procédure existante	Oui car la vérification des certificats auraient due révéler cette problématique
La procédure existante n'est pas suffisamment complète/valide/actualisée /adaptée/satisfaisante	Aucune réelle procédure n'est formalisée même si oralement les membres du CODIR connaissent la marche à suivre.
La diffusion de l'information sur ces procédures / techniques/	Information sur les certificats médicaux sur internet et sur le dossier d'adhésion pas suffisamment étoffée (?) pour les adhérents. Manquement au niveau du CODIR
La formation sur équipements utilisés n'est pas suffisante	NA
Les réponses aux demandes de secours n'ont pas été obtenues dans un délai « normal »	Le club a très bien réagi et a trouvé une solution rapidement au problème en prenant RDV avec le médecin fédéral sur place.
FACTEURS LIES à L'ENVIRONNEMENT	
Météo /Conditions de mer / Courants / Visibilité	NA
Inadaptation : Conditions de récupération de l'accidenté / Bateau / Transport	NA

Vous avez manqué de médicaments/dispositifs médicaux	NA
Une ou plusieurs parties de l'équipement ne marchaient pas bien/sont tombées en panne /n'étaient pas adaptées à la situation /n'avaient pas leurs notices ...	Processus d'enregistrement sur le logiciel à disposition trop long, permanence pour récupérer les dossiers sur des temps courts où tout le monde arrive en même temps.
Vous ne disposiez pas de tout le monitoring dont vous aviez besoin	NA
Vous avez été soumis à une pression de la part de collègues pour agir, l'acte a été décidé dans la précipitation	NA
Vous étiez face à une surcharge inhabituelle de travail	Oui, car nouvelle formule de remise des dossiers, beaucoup de monde et de choses à gérer en même temps.
Vous étiez en même temps tenu de faire autre chose (ex : préparer une réunion, etc...)	Saisie des licences sans vérifier spécifiquement le contenu des pièces du dossier d'adhésion et saisie des dossiers a posteriori dans l'outil de gestion (avec enregistrement de la date de certificat et le nom du médecin) n'ayant pas permis de détecter l'erreur.
FACTEURS LIES à L'ORGANISATION	
Les problèmes d'effectif.	Non, sauf peut-être pour les permanences.
Vous pensez que vous ne connaissiez pas assez le centre avant d'être autonomisé à ce poste	Non
L'information des stagiaires a été incomplète par manque de temps	En tant que PN1 il a suivi des cours théoriques sur la réglementation + point sur les certificats médicaux.
Il y a eu un délai dans la prise en charge, sans raison médicale justifiée	NA
L'interaction avec les secours est mal organisée	NA
Il n'y avait pas de personne responsable en priorité clairement identifiée	Tout le monde est responsable.
Selon vous, les avis/opinions que vous avez pu émettre n'ont pas été pris en compte et vos compétences reconnues	Non
Selon vous, on n'a pas consulté/appelé la bonne personne au bon moment à chaque fois que cela a été nécessaire	Non
Un EIG et/ou des facteurs évoqués comparables ont déjà été signalés.	Oui mais rectifié avant que ça ne génère de soucis (ex : mauvais certificat pour un enfant qu'on a demandé à refaire avant qu'il ne pratique l'activité).
FACTEURS LIES au CONTEXTE INSTITUTIONNEL	
Les ressources sécuritaires du centre de plongée / locales vous paraissent globalement insuffisantes	Non
La sécurité et la gestion des risques ne vous paraissent pas perçues comme des objectifs importants au niveau du centre de plongée	Aucun souci

Le principal défaut a été la pratique malgré un certificat non-conforme de l'activité qui aurait pu engendrer des problèmes de responsabilités en cas d'accident.

Quatrième étape : proposition de plan d'action.

L'idée ici est de proposer des mesures qui éviteraient que la situation / l'évènement se reproduise à l'avenir.

Une fois les mesures correctrices déterminées, il est important de nommer un responsable de suivi et de définir des critères pour s'assurer qu'après un temps donné, l'évaluation puisse être faite afin de vérifier que les mesures ont été efficaces.

Etape 4. Proposition d'un plan d'action

MESURES CORRECTRICES : citez les mesures qui éviteraient selon vous que cet événement ne se reproduise à l'avenir ? (**Citez au moins 1 mesure principale**)

- Prendre en compte les certificats médicaux mis à disposition par la FFESSM et les inclure au dossier d'adhésion, voire adapter celui pour les médecins généralistes (sous forme de case à cocher) pour qu'il n'y ait pas de loupé sur l'activité/le passage de niveau...
- Augmenter les informations à disposition des adhérents sur le type de certificat médical en fonction du médecin et de l'activité pratiquée sur le site internet, dans le dossier d'adhésion et dans les cours théorique.
- Mettre en place une check list + procédure administrative lors de la remise des dossiers pour s'assurer que le dossier est complet et que le certificat médical est valide.
- Réflexion à avoir en CODIR sur un logiciel de gestion en web pour gain de temps administratif en début de saison et accès en live partout aux informations d'un adhérent.

Conclusion

Le point clé à corriger semble l'information des adhérents et la mise à disposition de certificats médicaux type.

La gestion administrative devra être plus organisée dès la saison prochaine sur ces points.

NOM DU RESPONSABLE DU SUIVI : Céline HECQUET

CRITERES DE SUIVI :

- *mise en place des actions pour le dossier d'adhésion de la saison prochaine : validation en CODIR de juin 2017*
- *Aucun souci de certificat sur la saison prochaine : aucun certificat refait sur les dossiers rendus*
- *Réflexion sur la mise en place d'un outil de gestion web d'ici à 2 ans.*

DELAIS D'OBSERVATION : 6 mois

RESULTAT DES MESURES PRISES : -

Pour la réalisation de ce REX, une réunion d'1h30 aura été nécessaire.
Les mesures correctrices ont bien été mises en place et ont été efficaces.

Depuis la réglementation sur les certificats médicaux à évoluer et les procédures mises en place dans ce club associatif ont également été adaptées pour s'y conformer.

Le REX a donné lieu à un compte-rendu, reprenant les noms des participants à la réunion (d'où le fait que je ne le présenterai pas dans ce mémoire) ainsi que l'ensemble des informations reprises dans la fiche REX, que je vous ai présenté ici.

La démarche n'est pas compliquée, il faut cependant être structuré pour la mener et ne rien oublier. Le saut d'une étape par exemple pourrait engendrer un plan d'action incomplet du fait d'une recherche des causes profondes à l'évènement trop peu fouillée.

L'idéal pour se lancer et faire un premier REX est de prendre un cas sans lourde conséquence, dans la mesure du possible. Cela permet de s'approprier la démarche en ayant une ambiance plus détendue.

3. Déploiement de la démarche

Une fois la démarche développée et adaptée à partir de la méthode utilisée dans le milieu médical puis testée sur un cas concret, le but a été de la déployer.

Pour se faire, il a fallu constituer un groupe de personnes volontaires par département pour porter la démarche et devenir des référents.

Un appel à candidature a donc été fait via les commissions techniques départementales dans un premier temps, afin d'avoir des personnes impliquées dans les activités et pouvant être témoin ou au courant régulièrement d'évènements indésirables.

Une fois les candidats désignés, une formation a été mise en place pour ainsi former ces référents.

Cette formation s'est déroulée en plusieurs étapes : une première journée en présentiel pour découvrir la gestion des risques et la démarche de REX, à la fin de cette première journée, chacun est reparti avec des « devoirs » à faire, pour plusieurs mois après échanger lors d'une seconde journée.

Lors de ces quelques mois, chacun a dû réfléchir au traitement d'un cas pour s'approprier la démarche, voir ce qui pouvait être mis en place pour que cette démarche puisse s'étendre...

La démarche a été présentée lors des réunions de présidents et de moniteurs de la région dès 2016/2017.

Certains CODEP ont également abordé le sujet dans leur réunion de comité directeur, réunion de moniteurs et ont commencé à en parler à travers les stages initiaux qu'ils gèrent (initiateur et MF1, voire lors des formations GP-N4).

Ce qui d'après l'enquête réalisée (cf. § suivant pour les résultats), ne semble pas suffisant.

Des réunions trimestrielles ont par ailleurs lieu avec les référents pour suivre les avancées des cas, échanger sur la démarche et tout autre point en lien avec le sujet de gestion des risques.

Les référents ont par ailleurs créé un espace partagé électronique pour les relevés de décision des réunions et pouvoir déposer au même endroit l'ensemble des sujets de REX qui ont été traités.

4. Les difficultés rencontrées et les points d'appuis

Les difficultés rencontrées depuis le lancement de la démarche sont principalement un manque de temps et de ressources.

En effet, il y a peu de référents et bien souvent il s'agit de MF2 qui sont déjà bien occupés par ailleurs. Le manque de temps pour traiter des cas est également bloquant, car parfois les cas sont traités mais pas formalisés et d'autres fois les référents sont sollicités mais n'arrivent pas à donner suite pour organiser la réunion REX avec les personnes concernées.

Les clubs sont par ailleurs peu demandeurs de ce genre de démarche et n'ont aussi que peu de temps à y accorder, du fait qu'ils sont pour la majorité bénévoles et que le fonctionnement quotidien (administratif...) du club reste leur priorité.

Par ailleurs, la démarche est peut-être trop complexe, qui rappelle pour certains le côté professionnel de leur métier ou le côté « médical ». La démarche est assez longue et mériterait peut-être d'être optimisée.

Des démarches existantes dans d'autres régions (la démarche Neptune par exemple), ou dans d'autres sports, sont parfois prises en exemple ou comparées à la démarche REX IDF qui leur semble souvent trop lourde en comparaison de ces démarches-là.

Il existe des points d'appuis, notamment le CTN et le président de la région qui soutiennent la démarche et insistent pour qu'elle se développe, ce qui doit faciliter la mise en place de la démarche dans la région, dans la mesure où elle doit être relayée dans les départements et les clubs.

Il s'agit bien là d'une démarche collective dont chacun peut vanter les mérites ou participer.

Autre élément important, la méthode est totalement anonyme, ce qui implique l'anonymisation de tous les documents, et a donné l'écriture d'une charte, avec toutefois un archivage des REX traités que l'on retrouve dans le bilan d'activité annuel (à destination du ministère des sports mais également en interne).

Il est donc nécessaire de creuser la question pour développer la démarche et l'améliorer.

L'intérêt de la mise en place d'une démarche d'amélioration continue est bien de faire un retour d'expérience sur la démarche et l'améliorer au fur et à mesure afin qu'elle soit adaptée aux besoins et utilisable par tous.

IV. La gestion des risques dans les cursus techniques actuels

La sécurité se définit à la fois comme le sentiment de n'être exposé à aucun danger et aussi par la limitation des risques propres à une activité.

La sécurité est une méthodologie de gestion et de prévention des risques.

La sécurité est une dimension omniprésente de la plongée que l'on retrouve dans l'ensemble des cursus et détaillée dans le manuel de formation technique.

Toutes les compétences intègrent les risques liés à l'activité mais cette approche est celle de l'analyse des risques *a priori*, à savoir les risques propres à la pratique sont identifiés et gérés de façon à assurer la sécurité.

On retrouve les composantes de l'activité intégrées aux prérogatives suivant les niveaux.

Petit tour d'horizon de la gestion des risques à travers les cursus techniques.

1. N1 au N3

La sécurité est importante dans les cursus et se fait ressentir notamment par le mot « sécurité » que l'on retrouve en moyenne une douzaine de fois à travers chaque cursus.

Dans les cursus de plongeurs il est surtout question de gestions des risques en lien avec leur pratique, qu'ils soient encadrés ou autonomes.

Le but premier étant d'évoluer en sécurité, des techniques, un comportement et des notions de théories sont enseignés dès le N1 pour réduire au maximum les risques liés au milieu à caractère spécifique.

L'adaptation aux contraintes du milieu hyperbare, avec l'ensemble des enseignements pratiques et théoriques, la validation des compétences à profondeur limitée et une accoutumance progressive à la profondeur demandée à chaque niveau, plaide bien en faveur de cette sécurité.

Si on regarde de plus près la formation théorique, elle est en lien avec la pratique et d'autant plus sur les risques en lien avec l'activité : froid, dangers du milieu, accidents/prévention associée.

Dès le N1, même s'il s'agit de faire principalement attention à soi ou d'intervenir en relai jusqu'au guide de palanquée, le travail sur la technique n'est pas négligeable avec toujours une familiarisation avec les procédures en situation d'incident/accident.

Pour les niveaux supérieurs, des compétences sont bien détaillées en ce sens :

- Intervenir et porter assistance à un plongeur en difficulté ou intervenir en relai sur un équipier en difficulté ;
- Evoluer en autonomie avec cette notion de « sécurité de la palanquée » ;
- Planifier la plongée en fonction des consignes du DP, qui permet de bien analyser un certain nombre de facteurs pour mettre en place une organisation de plongée sans le moindre risque ;
- Sécurisation de l'activité (pour les N3) dans le cadre où ils organisent leur plongée.

Le cadre d'une organisation sécurisée est cependant sous la responsabilité du Directeur de plongée sauf exception pour les N3 lorsqu'ils organisent eux-mêmes leur plongée.

2. N4-Guide de palanquée

Le guide de palanquée doit savoir gérer sa propre sécurité mais également celle des plongeurs qu'il encadre.

C'est de cette façon qu'est orienté le cursus de formation, en effet trois compétences font ressortir la notion de sécurité :

- Compétence 5 : Organisation ;
- Compétence 6 : Sécurisation de l'activité ;
- Compétence 7 : Connaissances supports avec notamment les risques liés à l'activité, la prévention et les bonnes pratiques.

L'épreuve de guide de palanquée s'attache à ce que le guide de palanquée ait un rôle de mise en place de cette sécurité à tous moments dans la plongée pour les plongeurs qu'il encadre :

- Organiser et gérer la mise à l'eau en sécurité
- Organiser et gérer l'immersion en sécurité
- Organiser et gérer la descente en sécurité
- Organiser et gérer la remontée en sécurité
- S'adapter aux situations imprévues dans le sens de la sécurité.

Encore une fois l'accent est bien mis sur la pratique et le rôle pour que l'activité se déroule dans les meilleures conditions et qu'en cas de soucis l'encadrant soit en capacité de réagir et d'intervenir comme il se doit.

3. Directeur de plongée - N5

Le Directeur de plongée – N5, exerce la fonction de directeur de plongée en exploration.

Pour rappel le Code du Sport précise ce rôle de Directeur de Plongée :

« **Art. A. 322-72.** - Sur le site de l'activité subaquatique, la pratique de la plongée est placée sous la responsabilité d'un directeur de plongée présent sur le lieu de mise à l'eau ou d'immersion de la palanquée.

Il est responsable techniquement de l'organisation, des dispositions à prendre pour assurer la sécurité des plongeurs et du déclenchement des secours.

Il s'assure de l'application des règles et procédures en vigueur.

Il fixe les caractéristiques de la plongée et établit une fiche de sécurité comprenant notamment les noms, les prénoms, les aptitudes des plongeurs et leur fonction dans la palanquée ainsi que les différents paramètres prévus et réalisés relatifs à la plongée. Cette fiche est conservée une année par tout moyen par l'établissement.

Le directeur de plongée est titulaire d'une qualification mentionnée à l'annexe III-15a. »

Ainsi le cursus de formation est orienté sur les quatre compétences suivantes :

- Compétence 4 : Choisir un site de plongée ;
- Compétence 5 : Organiser l'activité : organiser et planifier le déroulement des plongées en exploration ;
- Compétence 6 : Sécuriser l'activité : sécuriser l'activité, prévenir les risques et intervenir si besoin ;
- Compétence 7 : Connaissances support : posséder les connaissances en appui des compétences requises.

Dans ce cursus l'accent est mis sur la gestion des risques *a priori*, à savoir prendre en compte l'ensemble des éléments indispensables à la mise en place d'une organisation sécuritaire en fonction des paramètres et gérer les risques dans l'immédiateté en cas de survenue d'un accident.

4. Initiateur

L'initiateur étant le premier niveau d'enseignant, l'accent est mis sur la sécurité dans l'enseignement des gestes techniques : de la communication à tous moments dans la séance, à l'organisation de la séance voire de la progression pour limiter au maximum les prises de risques.

On attend d'un initiateur qu'il soit capable d'anticiper les potentielles problématiques pour mettre en place les barrières nécessaires.

Le rôle de Directeur de bassin, similaire au rôle de Directeur de plongée mais en milieu artificiel sécurisé, nécessite que l'initiateur prenne en compte les risques au moment de l'organisation de l'activité.

On retrouve ces notions à travers les compétences :

- Compétence 2 : Conception pédagogique : concevoir une progression, une séance ou un cursus de formation ;
- Compétence 3 : Formation des plongeurs : conduire des séances de formation pratiques ou théoriques ;
- Compétence 5 : Organisation : organiser, planifier le déroulement de l'activité.
- Compétence 6 : Sécurisé l'activité : sécuriser l'activité, prévenir les risques et intervenir si besoin ;
- Compétence 7 : Connaissance support : posséder les connaissances en appui des compétences requises.

C'est à travers la compétence 6, que l'accent sur la sécurité de l'activité est le plus mis, car l'initiateur doit être capable de communiquer sur les risques et les consignes de sécurité qu'il met en place et que ses plongeurs vont devoir respecter, il doit être capable de surveiller l'activité et intervenir en cas d'incident/accident.

Nous sommes bien ici dans de la gestion de risques *a priori* et de l'intervention immédiate en cas d'accident. Il n'est pas évoqué dans ce cursus l'après incident/accident.

La compétence 7 pourrait aborder néanmoins ce point avec les notions de « citoyens du sport ».

5. MF1

Le MF1 est un enseignant dans la zone 0-40m mais également Directeur de Plongée jusqu'à 60m (plongée à l'air).

Son cursus est orienté sur les compétences suivantes :

- Compétence 1 : Accueil des plongeurs : accueillir, conseiller et répondre aux demandes des plongeurs et du public ;
- Compétence 2 : Conception pédagogique : concevoir une progression, une séance ou un cursus de formation ;
- Compétence 3 : Formation des plongeurs : conduire des séances de formation pratiques ou théoriques ;
- Compétence 4 : Site de plongée : choisir un site de plongée ;
- Compétence 5 : Organisation : organiser, planifier le déroulement de l'activité ;
- Compétence 6 : Sécurisé l'activité : sécuriser l'activité, prévenir les risques et intervenir si besoin ;
- Compétence 7 : Connaissance support : posséder les connaissances en appui des compétences requises.

Un certain nombre de notions se retrouvent entre le N5, l'initiateur et le MF1. Toutefois le MF1 n'étant pas obligé de passer par le N5 et l'initiateur avant le MF1, il était indispensable de les retrouver à travers ce cursus.

L'accent est une fois de plus mis sur la sécurité à travers son rôle d'enseignant dans l'espace 0-40m et donc l'adaptation des pratiques d'enseignement dans cette zone d'évolution, qui plus est en milieu naturel (ce qui n'est pas forcément le cas pour l'initiateur), mais également à travers son rôle de DP avec la sécurisation de l'activité et l'intervention en cas d'incident/accident.

Seule la gestion des risques *a priori* est une fois de plus traitée dans ce cursus et validée par les épreuves de pédagogie pratique et organisationnelle, à travers lesquelles on cherche à ce que la sécurité soit prise en compte, et à travers l'épreuve d'intervention sur un plongeur en difficulté à 25m pour laquelle on attend une gestion de l'incident dans l'eau.

En 2016, le comité IDF a souhaité intégrer dans le programme du stage initial, les notions de sport santé et la présentation de la démarche de gestion des risques (démarche REX) mise en place en IDF. Cela a permis une première approche des risques *a posteriori* et de communication de la démarche, à savoir si cela a réellement porté ses fruits.

La signature de la charte MF1 à l'obtention du diplôme indique la chose suivante :

Chaque moniteur fédéral FRESSM prend l'engagement moral de se conformer aux obligations suivantes :

- Appliquer les cursus fédéraux de formation, principes de l'Ecole Française de Plongée, et respecter les conditions de qualification définies dans le Manuel du Moniteur.
- Respecter la réglementation fédérale nationale et internationale (CMAS), les textes légaux et réglementaires en vigueur.
- Défendre et respecter la Charte du plongeur responsable, dont la FRESSM est partenaire.
- Respecter les conditions de sécurité et veiller à établir tout moyen en la matière.
- Actualiser ses connaissances pratiques, pédagogiques, environnementales, théoriques, conditions nécessaires au maintien et à la jouissance de son statut.

Encore une fois, il est question de respecter les conditions de sécurité mais également d'actualiser ses connaissances, élément que nous ne devons pas négliger si nous voulons pouvoir étendre la démarche de gestion des risques.

6. MF2

Comme pour le MF1, les enseignements transmis au MF2 s'adaptent à ses prérogatives de DP et d'enseignant dans l'espace 0-60m, à travers les compétences suivantes :

- Compétence 7 : Connaissance support : posséder les connaissances en appui des compétences requises. ;
- Compétence 11 : Formation d'encadrants : concevoir, piloter et intervenir dans des stages de formation d'encadrants ;
- Compétence 12 : Activités en structure : animer l'ensemble des activités techniques d'une structure ;
- Compétence 13 : Tutorat : tutorer en situation les stagiaires pédagogiques ;
- Compétence 14 : Enseignement en plongée profonde : organiser, planifier une plongée profonde d'enseignement.

L'accent va bien évidemment être mis sur l'enseignement dans l'espace 0-60m, mais également sur le tutorat de MF1.

Les notions de sécurisation sont donc omniprésentes dans l'organisation des activités pour limiter tous les risques inhérents aux situations d'enseignement en plongée.

C'est d'ailleurs ce qui va être évalué à travers les épreuves de pédagogie à 50m, pédagogie pratique et organisationnelle, mais également sur les épreuves d'intervention sur un plongeur en difficulté de 50m ou de démonstration technique de remontée à 35m ou encore de mannequin.

Tout comme pour les autres niveaux, la gestion des risques *a priori* et immédiate est proposée à travers ce cursus.

La signature de la charte MF2 à l'obtention du diplôme indique la chose suivante :

Chaque moniteur fédéral FRESSM prend l'engagement moral de se conformer aux obligations suivantes :

- Appliquer les cursus fédéraux de formation, principes de l'Ecole Française de Plongée, et respecter les conditions de qualification définies dans le Manuel du Moniteur.
- Respecter la réglementation fédérale nationale et internationale (CMAS), les textes légaux et réglementaires en vigueur.
- Défendre et respecter la Charte du plongeur responsable, dont la FRESSM est partenaire.
- Respecter les conditions de sécurité et veiller à établir tout moyen en la matière.
- Actualiser ses connaissances pratiques, pédagogiques, environnementales, théoriques, conditions nécessaires au maintien et à la jouissance de son statut.

Comme pour le MF1, il est question de respecter les conditions de sécurité mais également d'actualiser ses connaissances, notions sur laquelle nous allons pouvoir jouer pour faire évoluer les pratiques.

7. RIFAP

Obligatoire à partir du N3, le RIFAP (Réaction et Intervention Face à un Accident de Plongée) est une formation relative à la gestion d'un accident de plongée.

La formation se concentre uniquement sur la prise en charge d'un accidenté, de la survenue de l'accident à la prise de relai des secours.

Nous sommes donc dans ce cas dans de la gestion de risques immédiate.

Il n'est pas question dans cette formation de faire remonter les accidents gérés et de capitaliser dessus. Par ailleurs, il n'y a pas d'obligation de mettre à jour ses connaissances, la carte est acquise sans limite de validité, bien qu'il soit fortement conseillé aussi souvent que nécessaire de mettre à jour ses connaissances comme le précise le chapitre « Maintien de compétence » :

MAINTIEN DE COMPETENCE

Il appartient au plongeur de maintenir son niveau de compétence en continuant une auto formation (lecture régulière des référentiels de formation), tout en mettant en pratique ses savoirs sur le terrain, pour obtenir une certaine expérience. En effet, la formation initiale reçue doit être entretenue et exercée.

Ainsi, la FRESSM conseille à tous les titulaires de la compétence RIFA Plongée de maintenir opérationnel leur savoir-faire aussi bien sur l'utilisation et l'entretien du matériel que sur la pratique des gestes essentiels afin de pouvoir assurer efficacement la sécurité de tous.

A ce titre, une réactualisation des connaissances devrait être effectuée aussi souvent que nécessaire.

8. Analyse des compétences du MFT

En analysant les cursus précédemment présentés, on se rend bien compte que toutes les compétences du MFT, vont dans le sens d'une gestion des risques *a priori*.

Il s'agit d'anticiper un maximum les risques (connus) liés à l'activité (milieu, matériel, homme) et mettre en place l'organisation et la pratique en conséquence pour limiter les incidents/accidents.

Il n'est jamais question de gestion des risques *a posteriori*, à savoir qu'après chaque incident/accident, le sujet n'est pas abordé dans les cursus de quoi faire pour capitaliser et éviter que cela ne se reproduise.

La compétence 7, de certains cursus, à travers laquelle les notions de « citoyens du sport » sont abordées, auraient pu ou pourraient à l'avenir intégrer le sport santé et notamment la démarche de retour d'expérience étant donné que le lancement de la démarche fait écho aux orientations de la stratégie nationale sport santé.

V. La réalité du terrain

1. Enquête auprès des pratiquants

a) Contexte

Afin d'avoir des éléments de réflexion, il m'a paru important de réaliser une enquête auprès des pratiquants d'Ile-de-France et plus largement de France. L'enquête ayant été diffusée par mail via les CODEP et via les réseaux sociaux pour essayer de toucher un maximum de monde.



The screenshot shows a Microsoft Forms survey page. The title is "Gestion des risques et retour d'expérience". Below the title, there is a short introductory text. The survey contains two questions:

- Question 1: "1. Je suis *" with two radio button options: "Une femme" and "Un homme".
- Question 2: "2. Je pratique *" with four checkbox options: "l'apnée", "l'archéologie", "le hockey subaquatique", and "la NAP".

L'enquête réalisée via Forms, compte 13 questions, et a été ouverte sur une période d'un mois, lors duquel 207 personnes ont répondu.

Ce nombre, étant donné le sujet, est plus que satisfaisant et permet de pouvoir avoir une bonne base de départ et de réflexion. Le temps moyen de réponse a été de 5:46 minutes.

b) Résultats de l'enquête

Sur les 207 répondants, 26% sont des femmes et 74% des hommes.

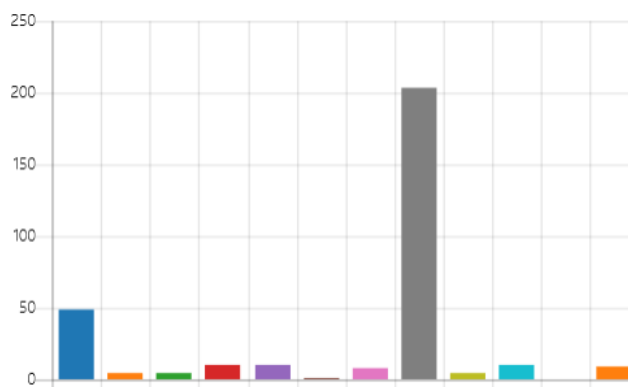
Ce qui correspond à peu de chose près à la répartition des licenciés d'Ile-de-France en 2018 qui comptait 32% de femmes pour 68% d'hommes.

● Une femme	53
● Un homme	154



L'activité ou les activités que pratiquent les répondants se répartissent comme suit :

● l'apnée	49
● l'archéologie	4
● le hockey subaquatique	4
● la NAP	10
● la NEV	10
● l'orientation	1
● la pêche sous marine	8
● la plongée	203
● la plongée souterraine	4
● la PSP	10
● le Tir sur Cible	0
● Autre	9



Plusieurs activités pouvant être pratiquer par un répondant.

La plongée et l'apnée étant les deux activités les plus représentées et souvent réalisées conjointement.

Les trois quarts (76%) des répondants sont encadrants et un tiers (36%) sont membres d'instance (Comité Directeur de Club, CODEP, Région...).

● Encadrant	151
● Praticant	56

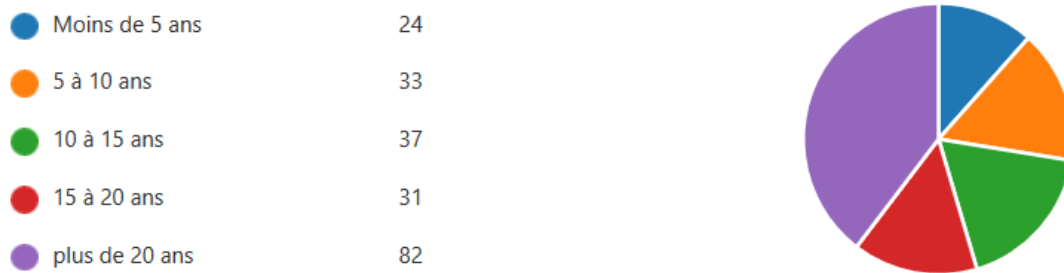


Membres d'instances :

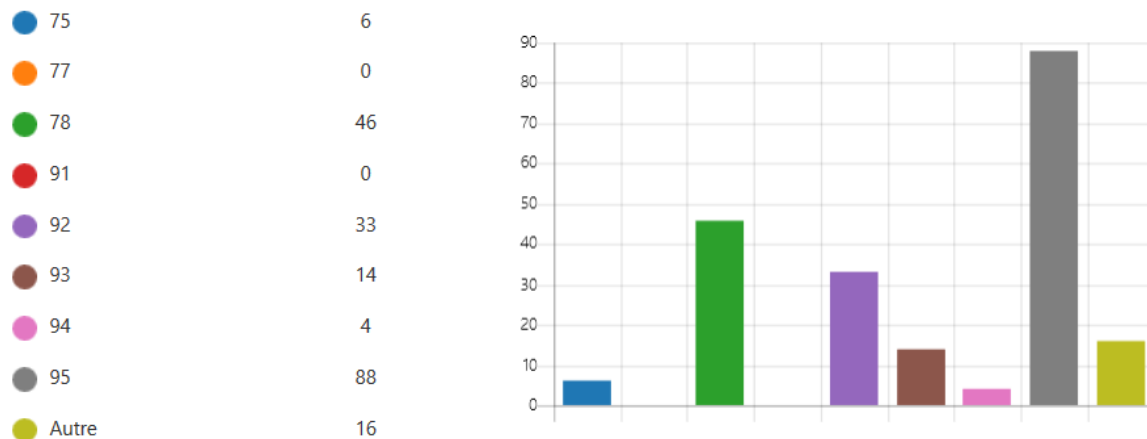
● OUI	75
● NON	132



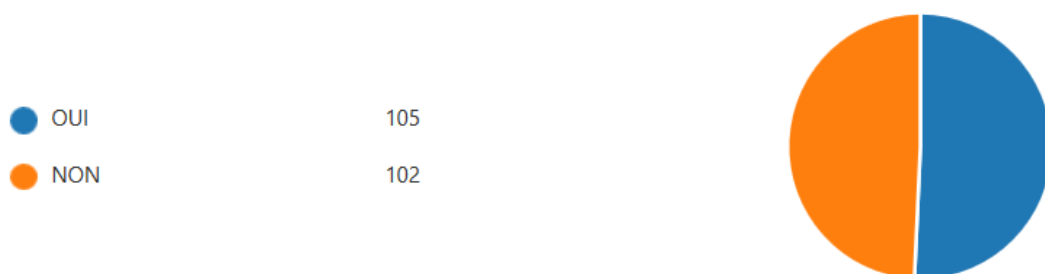
40% des répondants pratiquent une activité fédérale depuis plus de 20 ans. Les autres ayant des anciennetés variables à pourcentage quasiment identique, autour de 15 à 20%.



Pour ce qui concerne la répartition des répondants licenciés par départements franciliens et autre, la majorité sont licenciés d'un club du Val d'Oise, sûrement parce qu'il s'agit de mon département de rattachement. Il est à noter que 16 personnes ne sont pas licenciées d'un club d'Ile-de-France mais ont toutefois répondu à cette enquête.



La moitié des répondants ont été confrontés à un évènement indésirable (type problèmes administratifs, incidents, accidents, problèmes organisationnels) lors de leur pratique d'activité.



Les actions après un tel évènement ont été de différentes natures.

Dans la majorité des cas, l'évènement a été traité dans l'immédiateté, à savoir : appel des secours, gestion de l'accidenté, et déclaration de l'accident aux différentes instances (Préfecture, assurance, mairie le cas échéant, voire CODEP et Comité Régional dans certains cas). Suivant les cas de figure, il y a eu enquête de gendarmerie.

Après cette prise en charge instantanée, plusieurs cas de figure :

- Aucune action, ni analyse
- Analyse et réflexion face à soi-même de la personne concernée (remise en question, ...)
- Echange avec les personnes concernées, debriefing moniteur, communication avec le comité directeur, ou échange avec des tierces personnes pour avoir des avis ou des conseils
- Analyse plus poussée de la situation pour en retirer des axes d'amélioration, des plans d'action (adaptation des cours, modification des protocoles clubs...)
- Retour d'expérience.

Certaines situations ont conduit des personnes à s'investir dans leur club ou intégrer le groupe REX IDF. Des clubs ont par ailleurs modifié leur Règlement Intérieur et leurs statuts pour intégrer l'obligation de recyclage des encadrants et l'instauration de REX à chaque événement indésirable.

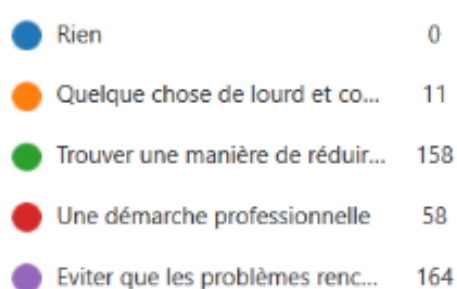
Cf. *verbatim* en Annexe 3.

A la question « Pensez-vous qu'il puisse être utile, après la survenue d'un événement indésirable, de réaliser une analyse, d'en déduire des axes d'amélioration et de mettre en place des bonnes pratiques pour éviter que cela ne se reproduise ? », la majorité (quasiment la totalité) sont pour.



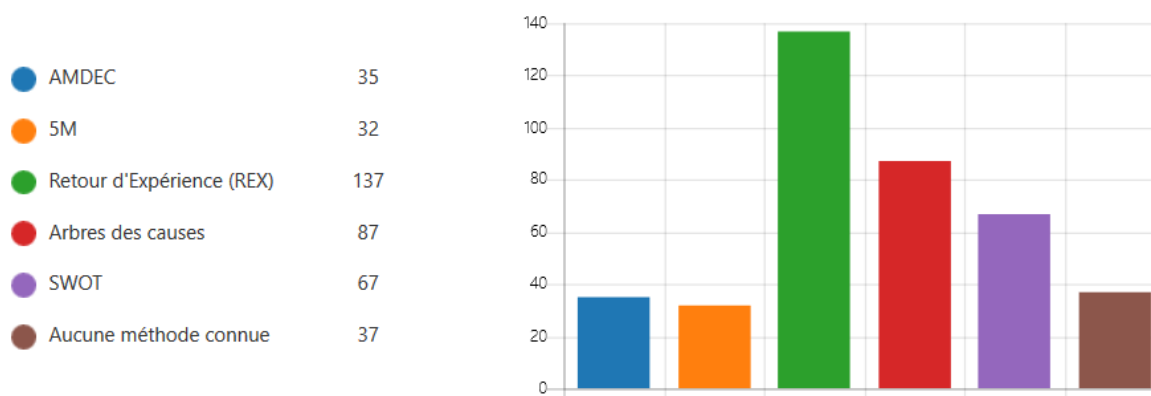
Tous les répondants ont estimé que la gestion des risques évoque quelque chose à savoir :

- Quelque chose de lourd et compliqué pour 3%
- Trouver une manière de réduire les risques pour 40%
- Une démarche professionnelle pour 15%
- Eviter que les problèmes rencontrés ne se reproduisent pour 42%



Ces résultats montrent que la démarche de gestion des risques a un intérêt et qu'un des freins qui pouvait être identifié comme étant qu'une telle démarche serait considérée comme lourde et compliquée ne semble pas être le cas.

Plusieurs méthodes sont connues par les 207 répondants, dont le REX.



Cependant 64% ne connaît pas la démarche REX initiée au sein du Comité Ile-de-France.



Il peut être intéressant de se servir de ces différentes méthodes pour parfaire la méthode REX IDF et qu'elle parle à la majorité des pratiquants qui sont susceptibles de l'utiliser demain.

Les répondants ont fait part de suggestions pour faire connaître la démarche.

Ces suggestions se répartissent par grands thèmes suivants :

- Communication
- Formation
- Démarche
- Base de données
- Gouvernance

Certaines propositions ont d'ores et déjà été mises en place, mais ne semblent pas connues puisqu'elles ressortent ici à travers les réponses à ce questionnaire.

Sur le thème de la communication, il a été proposé :

- Faire un mailing à tous les licenciés avec un message simple et clair pour présenter la démarche ;
- Avoir une newsletter et/ou un mémo régulier sur la démarche et présentation de cas ;
- Faire la promotion de la démarche sur le site internet fédéral, régional et avoir une page spécifique ;

- Faire vivre la démarche et communiquer sur cette dernière via les réseaux sociaux (Facebook...);
- Informer plus largement les clubs, leur mettre des flyers/plaquette d'information à disposition ;
- Insister en journée moniteurs, en journée des présidents ;
- Faire des articles dans Subaqua.

Sur la formation, il est suggéré :

- D'intégrer un module sur le sujet dans les formations techniques de plongeurs, comme encadrants voire d'intégrer une évaluation sur le sujet ;
- Faire de l'information/de la formation très large sur le sujet ;
- Avoir du e-learning ou une vidéo explicative de la démarche consultable en permanence ;
- Avoir des fiches concrètes consultables.

Autre thème abordé, la démarche en elle-même pour laquelle les répondants souhaiteraient :

- Une démarche simple et compréhensible par tous ;
- Une uniformisation de la démarche au niveau national ;
- Centraliser via un outil convivial et anonyme ;
- Faire en sorte que les clubs fassent des remontées régulières ;
- Ouvrir la démarche à d'autres personnes que le collège des instructeurs ou des MF2 ;
- Faire que les référents REX régionaux fassent le tour des clubs ;
- Nommer des responsables REX par club et prévoir une réunion annuelle.

Il est également réclamé une base de données caractérisée par :

- Des fiches concrètes consultables avec des recommandations ;
- Des statistiques et des actions types accessibles ;
- Convivialité, facilité d'utilisation et ouverte à tous ;
- Des résolutions ou propositions de résolutions en ligne ;
- Une inscription obligatoire des présidents et directeurs techniques de clubs.

D'un point de vue gouvernance :

- Mise en place d'une charte, voire évolution des statuts/RI ;
- Guide de bonnes pratiques ;
- Permanence téléphonique ;
- Être dans le dialogue et pas dans la critique ;
- Obligation de déclaration après chaque incidents/accidents comme la déclaration faite en préfecture ;
- Se rapprocher de ce qui est fait dans le cadre de la démarche Neptune (Région Sud).

Cf. verbatims en Annexe 4.

2. Réflexion sur les réalités du terrain

Les résultats de l'enquête et l'observation des pratiquants que je côtoie m'a permis de faire les constats suivants.

Bien souvent, l'habitude de pratiques ou les habitudes des clubs ou pratiquants (encadrants ou non) ne sont que très rarement remises en question et ce n'est que lorsqu'un problème surgit que des questions se posent et qu'il y a des réactions. C'est seulement à ce moment-là qu'il peut y avoir une remise en question des pratiques.

Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas puisque trop souvent il est demandé aux adhérents de ne surtout pas parler d'un événement indésirable (si grave soit-il) pour ne pas être montré du doigt et passer pour les mauvais élèves auprès des autres clubs.

Le manque de soutien de la hiérarchie et de l'encadrement n'aide pas la démarche à se développer.

Il est très important de lutter contre les préjugés et faire comprendre l'intérêt d'une démarche de retour d'expérience, trop souvent comparé à une enquête judiciaire avec une recherche de coupable, ce qui n'est absolument pas le cas. Le REX n'est pas une enquête judiciaire et ne recherche pas de coupable mais bien, comme présenté précédemment, un moyen d'analyser les faits et de s'interroger sur les moyens à mettre en place pour qu'une situation similaire ne se reproduise pas.

En fonction des accidents et de leur gravité, il y aura effectivement une enquête judiciaire, et cette dernière sera réalisée par les autorités compétentes et non pas par les personnes concernées par l'incident/accident. Dans un cas comme celui-là, le REX ne doit pas interférer avec l'enquête judiciaire et sera bien entendu effectué en parallèle (au moins pour la récolte des faits chronologiques) et/ou dans un second temps (pour l'analyse, la recherche des causes et des actions correctives à mettre en place).

Trop souvent le REX est vu comme un outil permettant d'analyser des accidents graves, or il faut avoir en tête que cette démarche ne doit pas être utilisée uniquement pour des problèmes d'accidents de plongées graves, mais que de nombreux autres types de problématiques méritent d'être traitées.

Des problématiques administratives pourraient tout à fait être analysées et servir à la communauté car trop souvent les comités directeurs de clubs peuvent se sentir seuls face à certaines situations, qui ont probablement été rencontrées par d'autres.

Il est curieux de constater que le manque de communication est fortement remonté à travers le questionnaire alors que la démarche a été présentée à plusieurs reprises dans la région, à travers les réunions régionales des présidents, des moniteurs, ou encore lors de certains stages initiaux.

Cela traduit bien une absence de descente d'informations et/ou une non appropriation de la communication faite par le comité.

Le manque de temps pour réaliser les analyses REX est souvent mis en avant, même par ceux qui croient en la démarche et souhaitent la développer.

Effectivement la mise en place de la démarche demande un peu de temps pour notamment se l'approprier (formation...), mais il est tout à fait possible de demander à des référents d'accompagner les premiers REX. Une fois la démarche maîtrisée, c'est surtout la volonté de la déployer qui doit être importante et l'envie d'analyser des événements.

Certes comme tout exercice d'analyse et réflexion, il faut s'accorder un peu de temps pour réaliser les différentes étapes de la démarche et suivre les effets des actions.

Luc Lecompte disait d'ailleurs "Ce que l'on apprend par l'effort reste toujours ancré plus longtemps."

VI. Réflexion et proposition d'évolution dans les cursus et pratiques

Si l'on souhaite que les pratiquants (de tous niveaux) aient le réflexe de faire remonter les sujets problématiques, qu'il s'agisse d'accident, incident, presque accident ou tout autre problématique même administrative, il est indispensable d'intégrer dans les cursus ne serait-ce qu'une information ou formation sur le retour d'expérience.

Le changement des mentalités actuelles sera bien entendu à prendre en compte malgré les évolutions de cursus qui peuvent être envisagées. Il faut également que cette démarche leur serve à quelque chose et qu'ils en soient convaincus.

Voici donc plusieurs propositions d'évolutions de cursus qui pourraient être envisagées.

1. Evolution du RIFAP

Le RIFAP est un cursus qui permet d'apprendre à réagir et traiter un accident. Le cursus s'arrête à la phase de prise en charge de l'accidenté par les secours.

Il pourrait tout à fait être envisageable de traiter de la phase suivante que serait le retour d'expérience par l'ajout d'une partie « quoi faire après un accident ? », au-delà de la notion des déclarations réglementaires, assurantielles, qui ne sont également pas abordées dans le cursus et qui aurait sûrement le mérite de l'être, le retour d'expérience pourrait également être abordé à ce niveau.

	Connaissances, savoir-faire et savoir-être	Commentaires et limites	Critères de réalisation
8	Déclaration de l'accident Retour d'expérience	Adaptation des procédures de déclaration d'accident (assurance, préfecture, club...) Participation au retour d'expérience relatif à l'accident. Connaissance de l'objectif et du processus de retour d'expérience.	Connaître en fonction des différents cas les déclarations à réaliser et les délais à respecter. Participer et être moteur dans la réalisation d'un retour d'expérience à la suite d'un accident.

Nous parlons ici de RIFAP, mais il serait intéressant que ces notions soient adaptées et intégrées pour l'ensemble des RIFA touchant ainsi toutes les activités.

2. Les cursus d'encadrants

Le RIFAP étant obligatoire pour tous les niveaux d'encadrement GP-N4, initiateur, MF1 et MF2, on pourrait s'interroger sur la nécessité d'ajouter des notions sur le retour d'expérience dans les cursus si le RIFAP les intègre déjà.

Je pense qu'il est effectivement nécessaire d'ajouter dans les cursus de formation des encadrants une partie sur le retour d'expérience même si des notions sont données dans le RIFAP. Ceci pour responsabiliser les encadrants au fait d'être moteur pour faire fonctionner le retour d'expérience à la suite d'un événement indésirable tel qu'il soit : accident mais également incident ou presque accident. Ce qui ne serait pas spécifiquement abordé dans le cursus RIFAP puisqu'il ne serait présenté que le côté retour d'expérience à la suite d'un accident.

a) Evolution des stages initiaux Initiateurs / MF1 / MF2

Pour que les connaissances soient intégrées au même niveau dans l'ensemble des cursus, l'ajout doit se faire à travers la compétence 7 : connaissances support « Posséder les connaissances en appuis des compétences requises » que l'on retrouve dans les trois cursus.

Et au-delà de l'ajouter dans la compétence 7, il convient que la démarche soit présentée lors du stage initial afin que l'ensemble des stagiaires aient le même niveau d'information sur le sujet et ainsi permettre une meilleure diffusion de la démarche.

Savoirs	Critères de réalisation	Commentaires
Être moteur d'une démarche de retour d'expérience	Lance une démarche de retour d'expérience sur les événements indésirables dont il est témoin ou dont il a connaissance en s'appuyant sur les personnes nécessaires à la bonne réalisation de l'exercice.	Il n'est pas demandé de maîtriser la démarche et d'animer un REX mais de comprendre la démarche, d'y participer et d'être moteur dans le traitement de cas.
Prendre en compte les retours des REX dans l'organisation des activités	Sait où rechercher les informations sur les REX déjà effectués et est capable de prendre en compte les actions mises en place dans l'organisation des activités dont il a la charge.	

Cette présentation en stage initial peut être réalisée à travers un atelier en prenant un exemple concret voire en s'appuyant sur l'expérience des stagiaires.

Bien qu'il soit possible de bénéficier d'allègements à l'initiateur et au MF1 et notamment d'être exempt de stage initial, si la démarche est abordée au RIFAP et au N4, tous devraient être formés malgré les allègements possibles. En effet :

- Est exempt de stage initial initiateur : un GP-N4 (-3ans) qui est stagiaire pédagogique MF1, donc qui a réalisé un stage initial MF1
- Est exempt de stage initial MF1 : un GP-N4 qui est initiateur (0-20m) avec ou non la qualification DP-N5, s'il est initiateur il aura donc suivi le stage initial initiateur.

Le seul point de vigilance serait le cas d'un E2 exempt de stage initial si ce dernier est E2 depuis plusieurs années et n'a donc pas eu les informations sur la démarche.

Toutefois la notion de maintien de compétence et de suivi des évolutions des cursus via les évolutions de MFT sont bien des points qui doivent être intégrés par l'ensemble des encadrants en activité.

b) Notions aux GP-N4 et DP-N5

Les GP-N4 étant sous la responsabilité d'un DP, ils auront plutôt pour rôle de remonter des événements indésirables dont ils sont témoins voire acteurs ou dont ils ont connaissance.

Savoirs	Critères de réalisation	Commentaires
Connaître la démarche de retour d'expérience	Remonte les événements indésirables qui pourront être traités dans le cadre d'un REX.	Participer et être moteur dans la réalisation de REX.

	Participation au retour d'expérience relatif à l'accident. Connaissance de l'objectif et du processus de retour d'expérience.	
--	--	--

Ces notions pourront être abordés lors des cours théoriques, notamment à travers les conduites à tenir face aux incidents/accidents.

Lors du travail sur l'épreuve de GP il est également tout à fait possible d'aborder ce point après le debriefing de la plongée effectuée surtout s'il s'agit de situation qui aurait pu conduire à un accident.

Quant au DP-N5, ce dernier est forcément GP-N4 et formé par un MF1. S'agissant de conditions de pratiques particulières, on peut tout à fait se baser sur les mêmes connaissances demandées au GP-N4 et éventuellement élargir sur savoir où chercher les informations sur les REX déjà effectués pour les prendre en compte lors de futures actions d'organisations.

3. Les plongeurs N1 à N3

L'idée pour les plongeurs N1 et N2 est plutôt de porter à leur connaissance qu'une démarche de retour d'expérience existe et les inciter à remonter tout évènement indésirable dont il serait acteur ou témoin et ce peu importe le type d'évènement.

Ces éléments devront être abordés de manière simple afin d'être compréhensibles et ne pas être anxiogènes, mais de manière concrète en prenant pourquoi pas un exemple d'évènement (éviter un accident grave) qui aurait été traité et qui aurait abouti à la mise en place d'action corrective visible dans leur environnement de pratique. Ceci leur permettant de voir l'intérêt d'une telle démarche.

Les N3 auront le même type d'information complété par le RIFAP prérequis au passage du N3.

Il me paraît important que dès le début de pratique les plongeurs soient sensibilisés au sujet et conscients que dans notre activité l'amélioration continue est indispensable.

Ainsi ces notions peuvent être abordées à travers l'item de Règlementation et la présentation de la FFESSM et du cadre fédéral :

Règlementation	[...] Présentation de la FFESSM (N1) / Connaissance du cadre fédéral (N2/3). Présentation de la démarche de REX et le rôle de chacun dans la démarche.
----------------	--

4. Les autres activités

La plongée à travers la commission technique peut être précurseur sur le sujet, mais il serait intéressant que les autres activités incluent dans leur cursus ces éléments afin qu'une démarche commune soit mise en place à l'échelle fédérale.

En commençant probablement par l'intégration de ces notions dans les cursus d'encadrements : initiateurs, entraîneurs, moniteurs, arbitres... puis dans les cursus des pratiquants, comme je viens de le proposer pour la technique.

VII. Présentation et analyse de démarches similaires existantes

A travers ce chapitre, je vais vous présenter quelques exemples de démarches similaires existantes, sans que ce soit exhaustif, mais de façon à avoir une idée des démarches existantes.

Démarches sur lesquelles s'appuyer ou non au contraire, pour faire évoluer notre démarche au sein de l'Ile-de-France voire de la FFESSM et ainsi étayer les perspectives traitées dans le chapitre suivant.

1. Exemple dans d'autres activités

a) Fédération d'aviation

La fédération d'aviation considérée également comme activité à risque ou environnement spécifique, possède depuis de nombreuses années une démarche de retour d'expérience (mise en place en 2001). De 2001 à 2010, la FFA s'est étonnée de n'avoir que 1000 témoignages en 10 ans.

Depuis 2011, la démarche a été informatisée et a évolué en 2016, avec un nombre croissant de déclarations.

L'idée première de ce REX est bien de faire remonter à des fins pédagogiques, les événements qui intéressent l'ensemble des clubs FFA, afin de continuer à développer la sécurité au niveau national.

L'outil développé est accessible à tous via le lien <http://rexffa.fr/> et permet à chacun de consulter les déclarations faites classées par date de publication. Ces publications sont également référencées et catégorisées.

Cette application ou système de gestion de la sécurité aéronautique, permet d'uniformiser la gestion des incidents entre tous les aéroclubs et structures aéronautiques et de faire remonter ces informations en cas d'incident majeur à la FFA.

Les déclarations faites par les pratiquants, dans le cas présent des pilotes, via l'application web, accessible depuis un smartphone, sont anonymes. Le déclarant peut toutefois lever l'anonymat s'il le souhaite.

A l'ouverture d'une déclaration il est d'ailleurs précisé :

Important : Cette fiche permet de rapporter un dysfonctionnement afin qu'il soit analysé par la commission prévention/sécurité du club. Il s'agit d'une action de prévention visant à éviter que ce type de dysfonctionnement ne se reproduise à l'identique, ou de façon similaire. Le rédacteur de cette fiche peut se présenter, ou garder l'anonymat. Dans tous les cas, le rédacteur de cette fiche ne pourra pas se voir infliger de sanctions internes

L'application guide énormément tout au long de la déclaration, à savoir que de nombreux menus déroulants sont proposés, notamment dans la caractérisation de la déclaration.

L'application envoie des notifications par mail aux responsables sécurité du club du déclarant, en effet un responsable sécurité est désigné dans chaque aéroclub pour traiter les déclarations envoyées (à savoir que le président du club a les mêmes droits sur l'application que le responsable SGS).

Dès réception d'une déclaration, le responsable sécurité analyse la déclaration, propose un plan d'action et décide de la publication de la déclaration. Seule une déclaration clôturée pourra être publiée. N'importe qui peut alors consulter les déclarations publiées, qui sont disponibles en version imprimable.

A savoir que le responsable sécurité peut modifier tous les éléments de la déclaration, pour éliminer les informations permettant d'identifier une personne, ou pour compléter après éventuellement entretien avec le déclarant, lorsque celui-ci est identifié.


La matrice d'évaluation du risque est ensuite renseignée, basée sur la fréquence et la nature de l'évènement. La nature de l'évènement dans le cas présent a été établi à partir d'une somme d'éléments : problème initial de sécurité en vol + fait(s) avéré(s) + conséquence(s) + dommage(s).

Toute déclaration faite par un club remonte automatiquement au niveau régional pour analyse et statistiques, puisque l'application permet d'établir des rapports statistiques. Cela facilite les états des lieux de sécurité au sein des régions.

Il peut être décidé au niveau national (niveau FFA) de ne pas publier une déclaration voire de la rendre anonyme si elle ne l'était pas. L'analyse de déclarations au niveau national peut aboutir à des modifications de pratiques ou réglementaires.

A noter que l'évolution du REX a nécessité la mise à jour du référentiel SGS (Système de Gestion de Sécurité) qui est approuvé par le ministère de tutelle avant d'être utilisable.

rexffa.fr/publicreport/index



Publications nationales Anciens REX

Déclarations publiées nationalement

La liste qui suit regroupe les déclarations publiées par l'ensemble des aéro-clubs à l'intention de tous les pilotes.

Nombre de déclarations : 661

1 2 3 4 5 6 7 8 9 ... 14

Date publication	Ref.	Catégorie	Titre	Description
15/09/2019	CG9TYCVQGX	Facteurs Humains	Atterrissage trois p...	En vol solo supervisé, l'élève part pour...
15/09/2019	CG9TWPCDZ5	Facteurs Humains	Perte de contrôle au...	L'élève pilote est autorisé par son inst...
15/09/2019	CG9TRQQCHS	Matériel	Perte carénage de ro...	Au cours d'un vol pour un premier lâcher...
15/09/2019	CG9TQ37000	Facteurs Humains	Soufflage au parking	Le DR400 est stationné au parking aviati...
15/09/2019	CG9TMS4B0F	Facteurs Humains	Décollage avec le ca...	Dans la phase d'accélération le pilote c...
15/09/2019	CG9TL4KYIN	Environnement	Déclenchement d'une ...	Dans la phase de vent arrière pour un at...
15/09/2019	CCDG2MFZJX	Facteurs Humains	Écart de trajectoire...	Lors de la finale, le vent était de trav...
15/09/2019	FM9E93POZI	Facteurs Humains	Pénétration d'une cl...	Pénétration en classe D sans clearance d...
15/09/2019	HMDB0ZSON1	Matériel	Puissance 2200 trs l...	Nous étions en tours de piste. On trava...
08/09/2019	EMLZ182YM3	Facteurs Humains	approche non stabili...	Pendant une leçon PPL, exercice de panne...
08/09/2019	EMLYZKJM4B	Non défini	Evitement lors d'un ...	Gaillac en retour de navigation à 4000ft...
08/09/2019	EMLF54DOHO	Facteurs Humains	erreur calage altimé...	Lors d'un vol d'instruction, consistant ...
08/09/2019	F7636DI6YE	Facteurs Humains	Incident lors du bra...	Pendant l'inspection prévol vol je brass...

Copie d'écran de la page <http://rexffa.fr/publicreport/index>
 Liste de toutes les déclarations faites publiées au niveau national
 (nota le nom du club d'appartenance n'apparaît pas)

Dates

Date de déclaration : 13/09/2019

Dernière modification : 15/09/2019

Date de clôture : 15/09/2019

Descriptif de l'évènement

Description de l'évènement :

En vol solo supervisé, l'élève part pour une série de tours de piste. Malgré une grande régularité dans ses atterrissages, le pilote se fait surprendre par une rafale en phase d'arrondi qui le fait reprendre un peu de hauteur. Il pose l'avion à plat en trois points. Pensant avoir consommé trop de piste pour repartir, il transforme son toucher en complet. Il remonte la piste 25R, redécote, et termine sans autre soucis ses tours de piste. Au cours de la visite pré-vol suivante, il sera constaté que l'adhésif témoin posé sur l'avant du carénage est déchiré, prouvant que le carénage a légèrement frotté la piste. L'inspection du train ne révélera aucune anomalie.

Commentaire du déclarant :

Sur la piste 25R, 5 nœuds trop rapides à l'arrondi. Je tiens l'avion 1m au-dessus du sol pour décélérer, quand une rafale de vent fait remonter l'avion brusquement à environ 3 mètres du sol. Par erreur, je pousse le manche pour revenir sur la piste, pensant, à tort, être trop lent pour effectuer une remise de gaz. Je pose l'avion pas trop lourdement, mais sur 3 points. Ayant pris trop de piste, je décide d'effectuer un complet, de remonter la piste, et de redécote. Après le vol, il a été constaté que l'adhésif à l'avant du train était râpé, mais que le train n'était pas endommagé.

Classification de l'évènement

La déclaration concerne : Sécurité des vols (SV)

Catégorie : Facteurs Humains

Nature du vol : VFR Jour

Conditions météo : Vent : 220 / 10kt

Environnement : Contrôlé (Classe A, B, C, D, E)

Phase de l'évènement : A l'atterrissage

Type de vol : Solo supervisé (lâché, nav solo, ...)

Type d'évènement : Roulette de nez

Type d'aéronef : AQUILA-AT01

Équipement : Instrumentation mixte (aiguille + GPS par exemple)

Evaluation du risque

	Très probable	Probable	Improbable	Très improbable	Non défini
Accident matériel et corporel	Red	Red	Red	Yellow	White
Accident corporel	Red	Red	Red	Yellow	White
Accident Matériel	Red	Red	Red	Yellow	White
Incident Grave	Red	Orange	Yellow	Green	White
Incident	Orange	Yellow	Yellow	Green	White
Anomalie	Yellow	Green	Green	Green	White
Non défini	White	White	White	White	White

Matrice d'évaluation du risque

Traitement de l'évènement

Titre : Atterrissage trois points

Synthèse pédagogique :

L'excédent de vitesse cumulé à une rafale de vent, et peut-être une variation d'assiette à cabrer un peu trop vive en phase d'arrondi, a provoqué une reprise de hauteur de l'avion sur phase de décélération. L'action manche en avant faite par le pilote avec un badin faible, a entraîné un atterrissage à plat de l'avion sur la piste. L'Aquila est connu pour avoir une très grande souplesse de sa roue avant. Celle-ci n'est absolument pas dimensionnée pour avoir le moindre contact avec la piste lors de l'atterrissage, mais uniquement pour assurer le roulage de l'avion au sol. Il est donc impératif de toujours bien poser les Aquila (mais comme tous les avions) uniquement sur le train principal, avec une assiette à cabrer qui permet de maintenir la roulette avant en l'air.

Dans le cas présent il aurait été préférable de maintenir la position à cabrer de l'avion même après la remontée, et de remettre un peu de puissance moteur. Cela permet de souffler l'aile et d'accompagner la descente de l'avion en douceur vers la piste.

A l'atterrissage après avoir déclenché la variation d'assiette à cabrer en phase d'arrondi, il ne faut JAMAIS faire une variation d'assiette à piquer en repoussant sur le manche.

Quand un atterrissage ne se passe pas comme prévu la seule option est la remise de gaz !

Synthèse du plan d'action :

Le SGS rappelle la nécessité d'avoir une finale stabilisée et surtout la bonne vitesse (1,3 Vs) dans la très courte finale avant l'arrondi. Si tel n'est pas le cas, c'est la remise des gaz. Lorsque l'on fait une série de tours de piste, si les premiers touchers se passent bien, cela peut provoquer un sentiment de confiance en soi et une baisse de la vigilance. Il ne faut jamais croire que chaque atterrissage ressemble au précédent. Toujours garder une extrême vigilance et être prêt à réagir, surtout si le vent est un peu rafaleux. Même pour les « vieux » pilotes avec des milliers d'atterrissages à leur actif, abordez toujours le prochain atterrissage avec la même attention et humilité que lors du premier atterrissage que vous avez réalisé.

[Retour à la liste des déclarations nationales](#)

Vue d'une déclaration via l'application REX-FFA accessible au public

b) Fédération montagne et escalade

La Fédération française de la montagne et de l'escalade (FFME), sports à risques également, possède une démarche de retour d'expérience, qui est décrit sur leur site Internet <https://www.ffme.fr/rex/page/rex-retour-d-experience.html>.

Le but de ce REX est de recueillir de manière volontaire de la part des pratiquants des activités FFME des témoignages de situations ou d'évènements tels que des accidents ou incidents en cours de pratique, des quasi-accidents, des faits remarquables (matériels ou conditions de pratiques...). Mais il traite également des incivilités, violences ou actes contraires aux valeurs de la FFME comme des bonnes pratiques.

Il est précisé que :

« Le REX a pour but d'améliorer la sécurité en détectant les défaillances, les faiblesses, les erreurs, les problèmes sur un lieu d'activité et en mettant en lumière les points positifs, les bonnes pratiques. Attention, pour les licenciés FFME, renseigner un REX doit s'accompagner de la déclaration d'accident spécifique accessible dans votre espace licencié.

Le REX a également pour but de recenser les comportements contraires à nos valeurs de manière à proposer des actions de préventions pertinentes. »

L'ensemble des REX sont accessibles au public et il est possible de les consulter, en effectuant un tri par activité ou type de déclarations.

Consultation des REX

Toutes les disciplines ▼ Type... ▼

TYPE	TITRE	ACTIVITÉ	DATE
ACCIDENT	CHUTE DUE À L'ABSENCE DE NOEUD EN BOUT DE CORDE	Escalade	30/03/2019
QUASI ACCIDENT	ACCIDENT GRIMPE EN TÊTE SAE	Escalade	26/01/2019
INCIDENT	DESCENTE EN RAPPEL QUI AURAIT PU MAL FINIR	Escalade	21/01/2019
ACCIDENT	CHUTE ROCHER FRAGILE	Escalade	15/08/2018
QUASI ACCIDENT	QUASI ACCIDENT EN TÊTE.	Escalade	24/05/2018
MAUVAISE COMMUNICATION	CHUTE DU RELAI	Escalade	07/04/2018
MATÉRIEL	RETOURNEMENT DE DÉGAINÉ ET CASSAGE DU DOIGT	Escalade	01/04/2018
VIGILANCE	ENCORDEMENT DOUBLE POINTS NON RÉALISÉ	Escalade	25/09/2017
ACCIDENT	CHUTE AVEC MOU DANS LA MAIN ENTRAÎNANT LE RETOUR AU SOL	Escalade	17/08/2017
TECHNIQUE DE SÉCURITÉ	CLÉ D'ARRÊT SYSTÉMATIQUE SUR HUIT EN BUTÉE	Canyonisme	11/07/2017
ACCIDENT	DÉCLIPPAGE D'UN COINCEUR LORS D'UNE CHUTE	Escalade	26/06/2017
VIGILANCE	ATTENTION AUX DIFFÉRENCES DE POIDS SUR UNE CORDÉE	Escalade	16/06/2017
VIGILANCE	MOUSQUETON DU SYSTÈME D'ASSURAGE SUR LA VACHE	Escalade	06/06/2017

Aperçu de la consultation des REX sur la page web :
<https://www.ffme.fr/rex/page/rex-retour-d-experience.html>.

L'interface de déclaration d'un REX est également disponible sur la page web, il y est précisé que la saisie d'un REX est anonyme.

REX - SAISIE

Bienvenue dans l'interface de saisie des Retours d'Expériences (REX) de la FFME

Vous souhaitez saisir un REX :

La saisie d'un REX est anonyme.

[En cas de dysfonctionnement du formulaire vous pouvez utiliser ce lien.](#)

La déclaration se fait à l'aide d'un formulaire à remplir, avec notamment des cases à cocher ou du texte à taper en réponse à une question précise (exemple : quelles étaient les conditions météo ?). Il est également possible de joindre des photos, vidéo pour illustrer le REX.

Fiche REX

Vigilance

ENCORDEMENT DOUBLE POINTS NON RÉALISÉ



Description de l'évènement :

Il s'agit de 2 grimpeurs (enseignants en sport). Je leur faisais passer leur passeport blanc car "ils ont déjà fait de l'escalade, ils ont l'habitude".

Lors de l'encordement le 1er grimpeur s'encorde nœud de huit + nœud d'arrêt sur le pontet. Je lui fait remarquer que cet encordement n'est pas correct. Les 2 grimpeurs ne comprennent pas pourquoi.

Après avoir posé des questions, je me suis rendu compte que leurs baudriers étaient neufs ; ils avaient l'habitude d'utiliser des baudriers avec 1 point d'encordement, alors que maintenant leur nouveau matériel exige de passer dans 2 points d'encordement.

J'ai surveillé l'encordement pendant tout le reste de la séance et j'ai constaté que l'encordement sur le point bas n'était pas bien réalisé, malgré vérification mutuelle assureur/grimpeur (corde en dehors de la boucle, sur le cuissard ou carrément oublié).

Commentaire :

Les points positifs :

- les règles fédérales sont claires pour l'encordement ce qui ne laisse pas de place à interprétation.
- la notice fabricant était très claire sur l'utilisation du matériel (schéma + texte)
- surveillance systématique des grimpeurs non autonomes (donner le feu vert, énoncer clairement "attendez que je vous donne le feu vert avant de partir").

Les points négatifs :

- personnes trop sûres d'elles (relation enseignant / élève inversée)
- grimpeurs n'ayant pas pris connaissance de la notice d'utilisation de leur matériel (alors qu'il s'agit d'un EPI !!!)

Je retiens qu'il faut être vigilant quelque soit le métier du grimpeur et de l'assureur, car les règles de sécurité en escalade sont bien spécifiques à l'activité Escalade.

Systématiquement vérifier le niveau d'un nouvel arrivant qui n'a pas de passeport FFME pour justifier de son niveau. Vérifier également le niveau de ceux qui en ont "déjà fait / "il y a longtemps"...

Enfin, il faut savoir dire "non" lorsque des critères du passeport ne sont pas réunis pour le valider, quelque soit la personne en face, l'encadrant reste légitime dans cette décision.

CONSEILS:

N'hésitez pas à demander de l'aide aux encadrants FFME lorsque vous changez de matériel !

Attendez systématiquement le feu vert du cadre avant de vous lancer si vous n'avez pas vos passeports blanc / jaune.

Regrouper les personnes dont il faut vérifier le niveau en dehors d'un créneau "surveillance / accès libre" car du coup ils requièrent toute notre vigilance alors que l'on doit continuer à surveiller le reste des personnes présentes.

Date de l'expérience ou de l'évènement :

25/09/2017

Je pratiquais :

Escalade

Sur un créneau organisé par le club

En loisir

Je suis un pratiquant de niveau :

Moyen

Lieu :

Gironde, France

Le matériel :

Les grimpeurs venaient d'acheter de nouveaux baudriers (modèle PETZL CORAX). Auparavant ils utilisaient des baudriers à pontet simple rouge (modèle BEAL AERO IV).

QUITTER

Vue d'une déclaration REX-FFME accessible au public

Etant donné les informations sur les déclarations, il semble que l'analyse, l'évaluation de l'évènement et la mise en place d'un plan d'action pour éviter que cela ne se reproduise ne se déroule pas pour chaque déclaration, ou si elle est réalisée n'est pas accessible pour chaque cas déclaré.

Il s'agit là d'un seul partage d'expérience, avec pour quiconque souhaite lire les déclarations un apport éducatif « brut ».

Afin peut-être d'aller plus loin vis-à-vis de ces remontées d'information, il conviendrait de compléter par une analyse des scénarii typiques, des mécanismes accidentels récurrents, et des principales barrières aux accidents et les conséquences.

2. Exemple dans nos activités

Dans la région sud, la CTR a mis en place en 2015, un système de recueil des incidents de plongée, nommé NEPTUNE.

Cette démarche vise à remonter les incidents ou presque accidents, car pour un accident grave on peut compter beaucoup plus d'incidents qui sont riches d'enseignements. De plus cela évite d'interférer avec les enquêtes judiciaires par suite d'un accident grave.



Neptune – Prévention des accidents

NEPTUNE

Système de recueil des incidents de plongée de la CTR REGION SUD FFESSM

La gestion de la sécurité en plongée ne peut se concevoir sans la connaissance des « presqu'accidents », sans l'écoute des « bruits faibles » que sont les événements en apparence insignifiants mais riches d'enseignements.

Il est essentiel de rendre compte de tout évènement où « c'est passé près », de les analyser et de les commenter pour en faire profiter l'ensemble de la communauté et d'en tirer des actions d'amélioration.

Pour cela, nous devons lutter contre nos réticences bien compréhensibles à faire part publiquement des incidents dont nous sommes témoins ou acteurs.

LE COMPTE RENDU DE FAITS IMPREVUS (CRFI) a pour but de porter à la connaissance de l'ensemble des personnes intéressées toutes les situations anormales ou dangereuses qui ne doivent qu'à la chance, à la qualité d'une décision ou d'une procédure, à la promptitude d'un réflexe, de n'avoir pas dégénéré en accident (exemples : Bouteille non ouverte, matériel défectueux, défaut de planification conduisant à une utilisation du plongeur, mauvaise application de procédures de désaturation ...).

La marche à suivre est simple :

- 1) Retirer le formulaire CRFI sur le lien [Neptune](#)
- 2) Remplir ce formulaire en étant le plus complet possible
- 3) Envoyer ce formulaire au correspondant Neptune de la CTR SUD FFESSM

Vous serez alors contacté dans les jours suivants par ce dernier qui s'assurera de la bonne compréhension des faits relatés et qui rendra le compte-rendu anonyme.

Aperçu de la page d'accueil Neptune <https://www.ffessm-paca.fr/plongee-bouteille/neptune>

L'idée de cet outil est que chacun peut télécharger le formulaire pour faire part de tout évènement qu'il jugera utile de remonter pour que des actions d'amélioration et des recommandations soient déterminées par un groupe d'experts techniques fédéraux de la région à travers un rapport d'analyse. Pour émettre ces recommandations, l'émetteur peut être contacté pour s'assurer de la bonne compréhension des faits avant anonymisation du compte-rendu pour diffusion sur accord de l'émetteur.

Page ci-après : [Trame du formulaire Compte-Rendu de Fait Imprévu Neptune](#)

COMPTE-RENDU DE FAIT IMPREVU

Partie non destinée à être diffusée :

<p><i>Ces renseignements sont facultatifs mais il est essentiel de pouvoir contacter le rédacteur pour préciser les faits et améliorer l'analyse</i></p>	Date de l'événement :
	Date de rédaction :
	Lieu de l'événement :
	Contact (mail, téléphone) :
	Club ou SCA :

Partie destinée à être diffusée :

NATURE DE L'INCIDENT (Titre)

CIRCONSTANCES, DESCRIPTION DE L'EVENEMENT ET ACTIONS EFFECTUEES (croquis/photos si nécessaire)
<p><i>Ne pas hésiter à joindre si nécessaire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le profil des plongeur (âge, brevet ou qualification, année ou date de l'acquisition de ce brevet ou de cette qualification, nombre total de plongées, nombre de plongées dans les 30 derniers jours, nombre de plongées depuis le dernier brevet ou qualification ...)</i> - <i>L'équipement des plongeurs avec le type des matériels éventuellement impliqués</i> - <i>Un croquis ou une photo</i> - <i>Le type de plongée (isolée, successive ou consécutive en précisant en ce cas les paramètres de la première plongée)</i> - <i>Le profil de la plongée (éventuellement issu de l'ordinateur)</i> - <i>Les éléments du briefing (consignes du directeur de plongée et de l'encadrant)</i> - <i>La fiche de sécurité (feuille des palanquées)</i> - <i>Les conditions météorologiques ...</i>

QUESTIONS, SUGGESTIONS OU ENSEIGNEMENTS

Partie renseignée par le destinataire de ce CRFI :

TRAITEMENT	ENREGISTREMENT (Renseigné par les destinataires de ce CRFI) :

La sécurité est affaire de prévention

Cet événement sera analysé par un groupe d'experts fédéraux de la région SUD dans le but d'améliorer la sécurité en informant les acteurs concernés (retour d'expérience) et en émettant des recommandations.

Merci de votre participation

Les comptes-rendus dénommés les CRFI : Comptes-Rendus de Faits Imprévus ont pour but, d'après la CTR Sud « de porter à la connaissance de l'ensemble des personnes intéressées toutes les situations anormales ou dangereuses qui ne doivent qu'à la chance, à la qualité d'une décision ou d'une procédure, à la promptitude d'un réflexe, de n'avoir pas dégénéré en accident (exemples : Bouteille non ouverte, matériel défectueux, défaut de planification conduisant à une utilisation du pendeur, mauvaise application de procédures de désaturation ...) ». Il n'est aucunement recherché de responsabilité à travers ces analyses.

Voir en Annexe 5, un exemple de rapport d'analyse CRFI.

Une base de données est constituée à partir de ces remontées d'évènements et des recommandations faites sur ces derniers. Les recommandations sont ensuite diffusées par différents canaux, réunions moniteurs, lettres d'informations CTR, groupe Facebook Neptune, ...

En effet, afin de favoriser également la diffusion des recommandations, voire inciter à faire des remontées d'évènements, un groupe Facebook a été créé. Ce type de média permettant une diffusion rapide et large de l'information.



Aperçu du groupe Facebook Neptune

D'autres pages sur le thème des « Accidents » existent également sur Facebook, où chacun peut évoquer son expérience, en rebondissant sur les post des autres internautes.

Voici ci-après deux exemples de pages :

- Les accidents « Plongée et Apnée »
- La plongée et ses accidents : comment tenter de les prévenir...

Facebook page for "Les Accidents " Plongée et Apnée ". The page features a cover photo of a diver in a dark, cloudy sky. The left sidebar includes navigation options like "Accueil", "Publications", "Vidéos", "Photos", "À propos", and "Communauté". The main content area shows a post from "Les Accidents " Plongée et Apnée " dated 20 septembre, 16:19. Below the post is a "Créer une publication" section with options for "Photo/Vidéo", "Identifier des...", and "Je suis là". To the right, there are sections for "Demander à Les Accidents " Plongée et Apnée "" with questions like "Est-il possible de discuter avec quelqu'un ?" and "J'ai une question. Pouvez-vous m'aider ?". At the bottom right, a "Communauté" section shows "Invitez vos amis à aimer cette Page" with 5 439 likes and 5 646 followers.

Facebook group page for "la plongée et ses accidents. Comment tenter de les prévenir ...". The group is closed and has 11 811 members. The cover photo shows the interior of a diving chamber with green seats and various equipment. The left sidebar lists group features like "Discussion", "Annonces", "Membres", "Évènements", "Vidéos", "Photos", "Fichiers", and "Recommandations". The main content area includes a "Message" section with "Ajouter photo/v...", "Vidéo en direct", and "Plus" options. Below this is an "Annonces" section with a post by Laurent Bardassier titled "Densité des gaz et travail respiratoire, conséquences en termes d'ADD et OPI (Oedème Pulmonaire d'Immersion)". To the right, there is an "INVITER DES MEMBRES" section with a search bar and a list of suggested members including Florence Martin, Michel Mécheri, and Valérie Lafosse.

Il est à noter que dans le cadre de la plongée souterraine, il semblerait qu'une analyse et une dissection de chaque accident soient réalisées depuis les années 1970.

VIII. Perspectives à court, moyen et long terme

Etant donné l'ensemble des éléments abordés et dans l'idée d'être dans une démarche d'amélioration continue, des perspectives sont donc à envisager à court, moyen et long terme pour déployer une démarche de gestion des risques globale pour l'ensemble des activités fédérales.

1. Perspectives à court terme

a) Communication

Un des points indispensables pour que la démarche s'étende est bien qu'elle soit connue, et pour cela il est nécessaire de communiquer à plus grande échelle ou en tous cas très régulièrement, la notion de répétition semble indispensable.

La mise à jour de la page Internet du comité IDF semble un premier canal à pousser. En effet la page internet est prête mais à ce jour n'a pas été mise en ligne par manque de temps.

D'autres canaux de diffusion peuvent être à nouveau utilisés : le mailing vers les CODEP et les clubs, la journée des moniteurs et la journée des présidents, un mailing vers les adhérents, une diffusion via la page Facebook du comité.

Plus la communication sera étendue, plus elle aura de chance de toucher un maximum de monde. D'autant que des freins sont identifiés et qu'il convient de lutter contre, comme la crainte du jugement et de la sanction, de même que la question du jugement par les pairs qui apparaît centrale et inhibe la volonté de reporter les incidents.

Il importe donc d'insister sur le fait que le REX est décorrélé d'une logique disciplinaire et qu'il n'y a aucune recherche de responsabilités.

Il faut également lutter contre la peur, la honte, ou le sentiment de non-légitimité dans la pratique si l'on fait part d'une erreur à travers la remontée d'un évènement indésirable.

Il convient d'insister également sur le fait que la démarche est anonyme et confidentielle mais n'efface pas la remise en question personnelle.

b) Gouvernance

La gouvernance du groupe REX IDF est sans doute à faire évoluer ou à réaffirmer et notamment le rôle des référents mis en place par département.

A savoir qu'à ce jour des analyses d'évènements indésirables ont été réalisées, un premier rapport d'activité sur le nombre de cas traités a vu le jour, mais peu de retours sur des bonnes pratiques ou des actions à mettre en œuvre ont été fait.

Certains cas ont par ailleurs été traités sans que le principal acteur ait été audité sur le déroulement des faits, ou n'ait participé à la définition des actions mises en place à la suite de cet évènement indésirable, comme le prévoit la démarche actuellement.

D'autres n'ont pas eu de retour quant à leur cas, qui soit n'a pas encore fait l'objet d'un compte-rendu ou soit a été présenté en réunion du groupe REX IDF mais sans retour par la suite.

Les acteurs en question peuvent alors s'interroger sur l'intérêt et la légitimité d'une telle démarche.

Il serait intéressant de présenter également au collègue voire au comité directeur IDF le fonctionnement de la démarche et les impliquer dans l'évolution de cette dernière en présentant régulièrement des cas afin que les instructeurs et membres du comité directeur soient des relais de la démarche.

Dans un monde où tout doit être toujours plus rapide, d'autres enjeux doivent être pris en considération, à commencer par la contrainte de faisabilité : un compromis acceptable doit être recherché entre niveau de détail du récit et temps passé à remplir le formulaire, au risque de pousser

à l'abandon, ou à produire des réponses aussi brèves que possible pour se débarrasser d'une tâche trop contraignante.

Enfin, il convient de veiller à ne pas structurer outre-mesure le témoignage, le risque étant de formater les récits en poussant un témoin à évoquer mécaniquement chacun des items sur lesquels il est incité à se prononcer.

De manière générale, un questionnaire à remplir en ligne, et la réalisation d'entretiens plus approfondis pour les cas les plus complexes semble être un système de recueil approprié.

Une analyse régulière des événements indésirables est nécessaire afin de synthétiser les résultats et d'apporter un supplément de sens préventif et de communiquer sur ces suppléments.

Il pourrait être envisagé d'avoir un formulaire adapté en fonction du type d'évènement et adapté aux contraintes des pratiquants.

c) Formation

Les formations de référents sont à poursuivre et sûrement à plus grande échelle dans l'ensemble des CODEP de la région, afin de pouvoir répondre aux interrogations et pousser les remontées d'évènements indésirables.

Une idée pourrait aussi consister à ce que les référents fassent le tour des clubs dans les départements afin de présenter la démarche et son intérêt.

Une animation de ces rencontres/formations pourrait consister à essayer de mettre en place des jeux pour faire comprendre de manière ludique les choses et motiver un peu plus sur le sujet.

La « démarche REX pour les nuls » est également un document simple, ludique et communiquant qui pourrait être mis en place à des fins pédagogiques et de communication large.

Un petit fascicule en triptyque utilisant des schémas colorés pourrait aider à faire passer les messages clés, voire sous forme de vidéo pour pousser au e-learning.

Il est à noter que la région Normandie a contacté l'Ile-de-France pour se former à la démarche et mutualiser le partage d'expérience.

2. Perspectives à moyen terme

Si l'on veut poursuivre l'amélioration de la démarche et la digitaliser, il est indispensable de créer une application web, accessible également depuis un mobile, pour la saisie des événements indésirables, la saisie pourra se faire en ligne sur la base du/des formulaire/s de remontée d'évènements indésirables qui auront été réfléchis sur la première phase.

Une fois le formulaire saisi, il faudra qu'un référent reçoive l'information pour traitement du cas avec l'aide du déclarant et d'un groupe REX.

Cette création d'application devra prévoir le besoin de base de données, du fait qu'il s'agit d'une attente forte de la part des pratiquants, qui souhaitent pouvoir consulter les cas remontés et les actions mises en place à la suite pour éviter que cela ne se reproduise.

La base de données devra :

- Être alimentée par les divers cas rapportés
- Permettre un classement des cas selon leur type (activités, milieu, accident/incident/presque accident...)
- Permettre une consultation élargie par l'ensemble des pratiquants selon des règles à définir (certains cas pourraient ne pas être rendus public, ils devront être anonymes...)
- Permettre de déterminer les cas ayant un impact particulier sur la pratique et les changements à opérer à plus grande échelle (communication large de sensibilisation, recommandation nationale en vue d'améliorer des pratiques, modification des cursus de formation...).

Cette application de remontées d'évènements indésirables et de base de données pourrait faire l'objet du travail d'un IRS ayant des compétences en informatique ou d'un stagiaire DEJEPS, voire d'un étudiant en informatique, si l'on souhaite que ce développement soit raisonnable d'un point de vue financier ou du groupe de travail REX IDF si toutefois il peut absorber cette charge.

Néanmoins il convient d'avoir un cahier des charges bien défini avant de se lancer dans le développement. Ce qui peut faire l'objet d'une première phase de travail.

Dans le même temps, il peut déjà être proposé une évolution des cursus des pratiquants sur la base des propositions faites au chapitre VI du présent mémoire. Etant donné le circuit pour validation et mise en œuvre de ces modifications, nous arriverons presque à la troisième phase des perspectives à plus long terme.

3. Perspectives à long terme

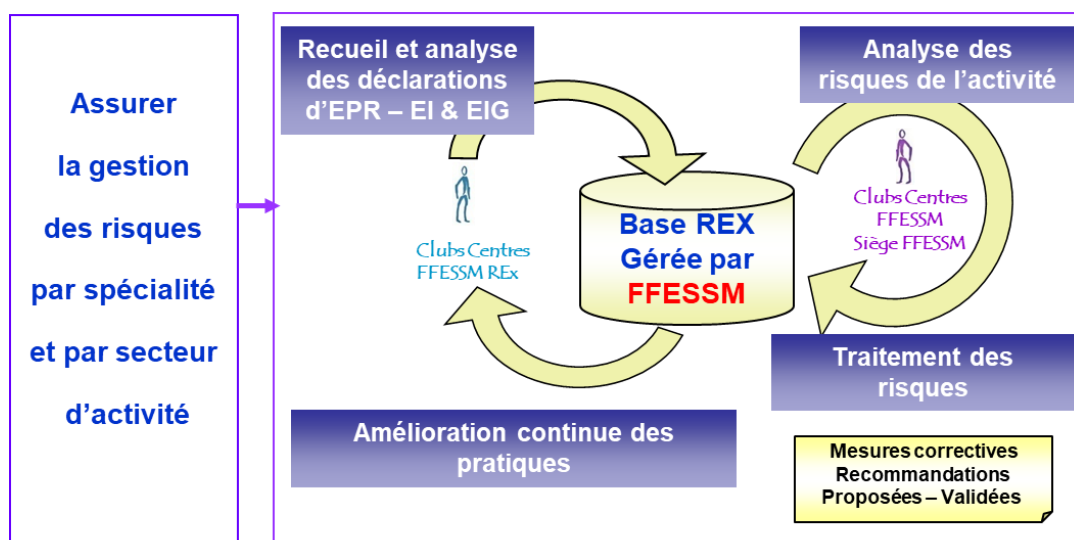
Si l'on souhaite que cette démarche de gestion des risques soit intégrée dans la pratique, et fasse réellement l'objet d'une amélioration continue, il est indispensable de déployer un management des risques au niveau national et ce pour toutes les activités fédérales, toutes commissions confondues.

Pour cela, le soutien de la « hiérarchie » sera nécessaire, tout comme la mise en place d'une charte et d'une procédure permettant un fonctionnement harmonisé entre tous.

Cette procédure devra préciser :

- l'objet et le domaine d'application ;
- le responsable et la répartition des tâches avec les groupes REX ;
- la périodicité des réunions et leur durée (au niveau régional comme national) ;
- les invités aux réunions ;
- les modalités de recueil et de sélection des cas ;
- les modalités d'annonce, de déroulement et de suivi des réunions ;
- la traçabilité et l'archivage des documents ;
- les éléments constituant le bilan annuel d'activité à partager au niveau national.

Ainsi l'outil de recueil des évènements indésirables et la base de données pourraient s'étendre au niveau national et fonctionner de la manière (schématique) suivante :



EPR: Eléments porteurs de risque – EI: Évènement indésirable – EIG: Evènement indésirable grave – REX: Retour d'expérience

D'après Bernard PILLET, « l'essentiel pour le REX »

Conclusion

Limiter les risques, c'est d'abord les connaître et se pencher sur ce qui a pu les produire.

La démarche de REX semble donc être un processus global et dynamique, allant de la collecte des données sur des accidents et des incidents, à l'application de préconisations. Il doit permettre de transformer l'expérience individuelle en expérience collective.

Comme le disait Confucius : « L'Homme sage apprend de ses erreurs, l'Homme encore plus sage apprend des erreurs des autres. »

Le REX va également plus loin que la seule prise de connaissance des accidents ou incidents passés, permettant d'engager la réflexion sur l'expérience et d'en formaliser les apprentissages grâce au supplément de sens apporté par l'analyse des événements indésirables.

Wybo, Colardelle, Poulossier & Cauchois, en 2001 considéraient qu'il fallait « utiliser le développement d'un événement réel comme une opportunité pour collecter l'expérience individuelle de plusieurs acteurs et la réunir sous la forme d'une expérience collective ».

Le but ultime du REX est de permettre la mémorisation mais surtout la transposition dans d'autres situations de l'expérience ainsi formulée, pour l'amélioration de la sécurité des pratiques ou systèmes. On peut aussi considérer qu'il s'inscrit plus largement dans la gestion des connaissances, composante indispensable à la pérennité et l'évolution de nos activités.

Le REX IDF n'est peut-être pas parfait à ce jour, mais étant dans une démarche d'amélioration continue, il faut poursuivre le travail pour le faire évoluer sur la base des réflexions portées ici et faire que la démarche s'adapte au mieux aux besoins de chacun pour progresser et limiter au maximum les risques.

Je terminerai par cette citation d'Antoine de Saint Exupéry : « La vérité se nourrit de l'erreur d'hier » !



Bibliographie

1. Références ministérielles et fédérales

Manuel de Formation Technique : <https://plongee.ffesm.fr/mft>
Site Comité IDF : www.ffesmCIF.fr/ et [-Bilan licences par CoDep 2018](http://www.ffesmCIF.fr/Bilan%20licences%20par%20CoDep%202018)
<http://developpement-durable.sports.gouv.fr/la-strategie-nationale/presentation/article/presentation-de-la-strategie>
<https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr>
<http://www.sportsdenature.gouv.fr/plongee>
<https://www.ffesm-paca.fr/plongee-bouteille/neptune>

2. Documents normatifs

FD ISO GUIDE 73 – Management du risque - Vocabulaire
FD X50-252 – Management du risque – Lignes directrices pour l'estimation des risques
FD X59-253 – Management des risques – Processus de management des risques – Lignes directrices pour la communication
FD X50-117 – Management de projet – Gestion du risque – Management des risques d'un projet
NF EN ISO 9001 – Systèmes de management de la qualité
NF ISO 31000 – Management du risque – Lignes directrices
NF EN ISO 31010 – Gestion des risques – Techniques d'évaluation des risques

3. Sources diverses

<https://fr.wikipedia.org/>

Documents HAS :

- Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche technique n° 23)
- Retour d'expérience en santé (REX) : comprendre et mettre en œuvre
- Revue de Mortalité et de morbidité (RMM) : guide méthodologique (éd. 2009)

www.qualiblog.fr

Guide de bonnes pratiques Retour d'expérience, sécurité industrielle à l'attention des PME/TPE. SPPPI-PACA édition 2008.

Guide méthodologique « La conduite du retour d'expérience, éléments techniques et opérationnels »
DIRECTION DE LA DEFENSE ET DE LA SECURITE CIVILES SOUS DIRECTION DE LA GESTION DES RISQUES.
Edition juillet 2006.

Présentation des fonctionnalités du nouveau REX FFA (document Aerogest).

<http://rexffa.fr/publicreport/index>

Mémoire de Master 2 de Maud VANPOULLE : Accidentologie des pratiques sportives de montagne : proposition d'un outil de retour d'expérience.

Accidentologie des sports de montagne - État des lieux & diagnostic, Décembre 2014 par Bastien Soulé, Brice Lefèvre, Eric Boutroy, Véronique Reynier, Frédérique Roux, Jean Corneloup

Annexes

Annexe 1 : Fiche technique HAS – Méthode ALARM

Annexe 2 : Fiche REX IDF

Annexe 3 : Verbatims relatifs à la question « Qu’avez-vous fait après un tel évènement ? »

Annexe 4 : Verbatims relatifs à la question « Que suggérez-vous pour que la démarche soit mieux connue et utilisée ? »

Annexe 5 : Exemple de rapport d’analyse CRFI

Annexe 1 : Fiche technique HAS – Méthode ALARM

METHODE ALARM – Modalités de mise en œuvre

Source : HAS. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012 (fiche technique n° 23)

1. Facteurs liés au patient	
<i>Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura l'influence la plus directe sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être importants car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement. Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.</i>	
1.1. Antécédents	
Exemples	Antécédents médicaux ; Habitus
Question	<ul style="list-style-type: none"> Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?
1.2. Etat de santé (pathologies, comorbidités)	
Exemples	Complexité, gravité. Personnes vulnérables (personnes âgées, enfants, personnes handicapées, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ? Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
1.3. Traitements	
Exemples	Risques connus associés aux traitements. Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement, etc.)
Question	<ul style="list-style-type: none"> Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?
1.4. Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue. Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier. Personnes démunies, personnes détenues
Questions	<ul style="list-style-type: none"> Le patient avait-il des problèmes d'expression ? une communication difficile ? La langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ? Des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ? Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?
1.5. Relations conflictuelles	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements (agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> Quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ? Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, etc.) ?
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	
<i>La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.</i>	
2.1. Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel. Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles. Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ? Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?
2.2. Résultats d'examen complémentaires (non disponibles ou non pertinents)	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques...). Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examen. Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient. Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient). Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examen (défaut d'avis spécialisés, etc.)
Questions	<ul style="list-style-type: none"> Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ? Existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examen ?
2.3. Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, « reminders »...
Questions	<ul style="list-style-type: none"> Les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ? Sont-ils disponibles ? Ont-ils été utilisés ?
2.4. Définition des tâches	

Exemples	Définition des tâches imprécise (quel personnel, quelle compétence, quel acte, quel délai et pour quel résultat) ou absence de définition.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Les tâches concernées étaient-elles bien définies ? • La définition des tâches prend-elle en compte les compétences des différentes professions ? • La définition des tâches est-elle connue, partagée, respectée dans l'équipe ? • Existe-t-il une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?
2.5. Programmation, planification	
Exemples	Défaut de programmation opératoire (absence, modification, etc.). Planification des soins ou des tâches non adaptée.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Les tâches concernées étaient-elles planifiées ? • L'intervention était-elle programmée ? • Le programme a-t-il été respecté, modifié ? • La personne appropriée a-t-elle été consultée quand cela était nécessaire pour le déroulement des soins ?
3. Facteur lié à l'individu (le ou les professionnels impliqués)	
<i>Les facteurs individuels comprennent la connaissance, la qualification, et l'expérience de chaque membre de l'équipe et vont affecter leur pratique clinique.</i>	
3.1. Qualifications, compétences	
Exemples	Inadéquation des qualifications et des compétences (savoir-faire) ou des connaissances (savoir). Manque d'entraînement à des situations particulières (urgences vitales, gestes particuliers, etc.). Manque de motivation.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ? • Aviez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
3.2. Facteurs de stress physique ou psychologique	
Exemples	Mauvaise disposition physique et mentale (ex : effets de la charge de travail, de la maladie, etc. sur l'état psychologique et physique des individus).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Vous sentiez-vous fatigué, affamé ou malade ? • Etiez-vous stressé ?
4. Facteurs liés à l'équipe	
<i>Chaque professionnel est membre d'une unité, d'une équipe, et plus largement de l'hôpital. La façon dont un professionnel travaille et son impact sur le patient est contrainte et influencée par les autres membres de l'équipe et par la façon dont ils communiquent entre eux, s'assistent, s'organisent et se contrôlent. La relation thérapeutique qui s'établit entre une équipe et un patient est un facteur influençant la qualité des soins.</i>	
4.1. Communication entre professionnels	
Exemples	Défaut de communication dans l'équipe ou en dehors du service, du département ; entre juniors et seniors au sein de l'équipe ; entre différentes professions ; entre professionnel du même niveau. Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations. Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe. Déficience des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • La communication entre vous-même et les autres membres de l'équipe est-elle effective ? • La communication est-elle précise, complète et non ambiguë ? • Utilise-t-elle un vocabulaire standard (commun) et pas de jargon ? • Est-il possible d'exprimer des désaccords ou des préoccupations au sein de l'équipe ? • Existe-t-il un temps ou un espace pour cela ? • La collaboration et l'ambiance sont-elles satisfaisantes ? • Comment qualifieriez-vous la qualité relationnelle dans l'équipe de travail (ambiance, existence de conflits, etc.) ? • Est-ce que la communication entre votre service (département ou pôle) et les autres services (départements ou pôles) est effective ?
4.2. Communication vers le patient et son entourage	
Exemples	Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et le patient ou son entourage. Défaut de qualité de la relation avec le patient ou son entourage
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • L'équipe a-t-elle eu suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences possibles ou complications ? • Y a-t-il eu des difficultés linguistiques, culturelles ou des incompréhensions entre l'équipe et le patient et son entourage ? • Quelles-sont les habitudes du service en termes d'information du patient et de son entourage ?
4.3. Informations écrites (dossier patient, etc.)	
Exemples	Absence, indisponibilité, incomplétude ou qualité insuffisante des informations écrites (dossier patient, comptes rendus, fiches, etc.). Divergences dans les écrits. Illisibilité et manque de signature des documents.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Les dossiers des patients (supports d'informations) sont-ils accessibles, lisibles, identifiés, et complets ? • Les dossiers des patients (supports d'informations) mettent-ils suffisamment en évidence les facteurs de risques ? • Quel est le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe (nombre de

	supports, confidentialité, etc.) ?
4.4. Transmissions et alertes	
Exemples	Défaut de transmissions orales ou écrites. Manque d'informations cruciales.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Comment sont rapportées et partagées les informations cruciales pour la prise en charge du patient entre professionnels ? • Les informations sur l'évaluation des patients sont-elles partagées et utilisées par les membres de l'équipe de soins en temps utile.
4.5. Répartition des tâches	
Exemples	Incohérence ou déséquilibre de la répartition des tâches dans l'équipe. Glissement de tâches. Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Comment s'organise le travail entre les membres de l'équipe ? • L'équipe est-elle d'accord sur la répartition des tâches ? • A-t-il été défini qui prend en charge le patient ou réalise un acte particulier ?
4.6. Encadrement, supervision	
Exemples	Défaut d'encadrement. Défaut de coordination dans le service. Définition non claire des responsabilités dans l'équipe. Défaut de supervision ou de réponse à une demande de soutien. Supervision inadaptée des médecins et des autres personnels. Indisponibilité ou manque de réactivité des seniors (ou référents). Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel (avis spécialisés, etc.).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ? • Un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ? • La communication entre le management/supervision et l'équipe de soins est-elle adéquate ? • Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont-elles disponibles dans le secteur d'activité ?
4.7. Demandes de soutien ou comportements face aux incidents	
Exemples	Manque de soutien par les pairs après un incident. Manque de soutien entre différentes professions (ex : cadre soignant et jeune médecin). Faible propension des juniors à solliciter de l'aide. Défaut d'adaptation à une situation imprévue
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Quels soutiens sont disponibles en cas de problèmes ? • Avez-vous eu un soutien suffisant ? • Existe-t-il un soutien effectif dans l'équipe ?
5. Facteurs liés à l'environnement de travail	
<i>L'environnement de travail au sein d'une unité ou d'un département, qu'il soit physique (locaux, matériels, fournitures...) ou organisationnel (disponibilité de ressources humaines qualifiées, organisation du travail, horaires...), conditionne la qualité et la sécurité des soins dispensés par une équipe.</i>	
5.1. Administration	
Exemples	Lourdeur du fonctionnement administratif du secteur de soins. Difficultés de révision des processus administratifs.
Question	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les règlements et les procédures administratifs sont communiqués de façon adéquate ?
5.2. Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène etc.)	
Exemples	Défauts des bâtiments et de l'environnement (conception, fonctionnalité, espace, température, lumière, ...). Défaut de maintenance des locaux. Hygiène insuffisante des locaux ou défaillance du nettoyage
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Votre pratique a-t-elle été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit, etc.) ? • Les locaux sont-ils adaptés au type de prise en charge ?
5.3. Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites	
Exemples	Indisponibilité, lenteur ou qualité du brancardage et des transferts. Non respect des règles d'hygiène et de sécurité lors des transports. Non respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Les modalités de déplacement du patient ont-elles participé à la survenue de l'événement ? • Des circuits et des modes de transports spécifiques ont-ils été définis pour les différents types de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées) ?
5.4. Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)	
Exemples	Dysfonctionnements des équipements et approvisionnements. Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux (ex : matériel d'urgence, etc.). Fourniture ou équipement mal utilisés (défaut de formation des personnels, défaut de notices explicatives, etc.). Défaut de maintenance des équipements. Absence d'équipement de secours, de solution dégradée ou de dépannage d'urgence permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique. Fonctionnalité insuffisante des équipements (ex : ergonomie, conception, sécurité, normalisation). Défaut de stérilisation.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ? • Les équipements que vous avez utilisé ont-ils fonctionné de façon adéquate et efficacement ? • Y avait-il une information suffisante et fiable concernant tous les équipements ?

	<ul style="list-style-type: none"> • Comment a été assurée la formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel ? • L'établissement dispose-t-il d'un programme de maintenance ? • Comment est assuré le dépannage d'urgence des équipements en panne, notamment concernant les dispositifs biomédicaux critiques (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) ? • Cette procédure est-elle connue des professionnels ?
5.5. Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)	
Exemples	Défaut de communication des systèmes d'information entre eux. Inaccessibilité d'informations numérisées ou doutes sur la qualité de l'information. Mauvaise gestion des accès informatiques. Défaut de maintenance (délais excessifs de dépannage, etc.). Bugs informatiques
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Le système d'information est-il adapté aux orientations stratégiques de l'établissement, du service ? • Le système d'information facilite-t-il l'accès en temps utile à des informations valides ? • Le système d'information aide-t-il les professionnels dans leur processus de décision ? • Existe-t-il des difficultés de fonctionnement du système d'information ? • Existe-t-il plusieurs systèmes d'information ? • Le système d'information du bloc opératoire est-il intégré au système d'information hospitalier ?
5.6. Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)	
Exemples	Mauvaise combinaison des compétences ou des effectifs. Mauvaise adaptation au poste de travail. Absence de dispositions pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Indisponibilité d'un personnel apte à exécuter correctement et dans les temps une tâche spécifique. Mauvaise gestion des gardes et astreintes.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • La composition de l'équipe était-elle appropriée ? • Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont-ils définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 ? • Si oui, ces informations sont-elles connues des professionnels ?
5.7. Charge de travail, temps de travail	
Exemples	Irrégularité des coupures ou des temps de repos. Charge de travail inadaptée ou trop importante (cumul de gardes, volume des soins, nombre de patients, etc.). Participation à des activités ou des tâches obligatoires sans lien avec le poste occupé (travail administratif, etc.).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ? • Avez-vous dû faire face à (ou hiérarchiser) plus d'un cas en même temps ? • Deviez-vous passer du temps à des activités non cliniques ?
5.8. Retards, délais	
Exemples	Précipitation dans la réalisation d'actes. Influence néfaste de délais imposés (inclusion dans un programme opératoire, etc.). Mauvaise appréciation de la notion d'urgence (urgences immédiates, urgences différées, etc.).
Question	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il eu des retards dans la mise en œuvre des procédures de soins ?
6. Facteurs liés à l'organisation et au management	
<i>L'équipe est influencée par les actions de management et les décisions prises à un niveau supérieur dans l'organisation. Ceci inclut les politiques de remplacement, d'utilisation de personnel intérimaire, de formation continue, d'intégration et d'évaluation, les politiques de gestion des équipements, mais également la politique sur la qualité et la gestion des risques.</i>	
6.1. Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)	
Exemples	Structure hiérarchique de l'organisation imprécise (méconnaissance de l'organigramme). Degré d'autonomie du personnel insuffisant. Niveaux décisionnels trop importants, inefficaces. Changements récents d'organisation interne.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la structure hiérarchique ou des niveaux décisionnels trop nombreux ont-ils influencé négativement le cours de l'événement ? • Les circuits de décision et de délégation sont-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?
6.2. Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant	
Exemples	Gestion du personnel inadéquate. Description des postes insuffisante. Insuffisance de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les besoins en compétences et effectifs des secteurs d'activité ne sont pas identifiés. Absence d'intégration des nouveaux arrivants.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Les compétences nécessaires à une fonction ou à un service sont-elles identifiées ? • Existe-t-il une organisation afin d'intégrer tout nouvel arrivant dans l'établissement (information sur l'établissement et le secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction) ? • Pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital/spécialité/service vous a préparé à cette situation ? Avez-vous du collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'aviez jamais travaillé ?
6.3. Politique de formation continue	
Exemples	Formation ou entraînement insuffisant du personnel. Politique de formation continue insuffisante (analyse des besoins et offre de formation insuffisantes, pas de plan de formation, etc.).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il un plan de formation continue établi en accord avec les besoins des services ? • Les actes ou procédures de soins nécessitant une formation ou un entraînement sont-ils identifiés ?

6.4. Gestion de la sous-traitance	
Exemple	Insuffisance de la prestation sous-traitée.
Question	<ul style="list-style-type: none"> • Comment la fonction sous-traitée est-elle intégrée dans le fonctionnement du service et de l'équipe ?
6.5. Politique d'achat	
Exemples	Influence de la politique d'achat sur la disponibilité ou la qualité des produits (livret thérapeutique, listes limitatives de commande, etc.). Rupture de stock ou d'approvisionnement.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il une politique d'achat ou d'approvisionnement prenant en compte les besoins des services, des utilisateurs et des patients ? • Comment sont assurés les approvisionnements en situation normale, en urgence, les jours fériés, les week-ends ?
6.6. Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	
Exemples	Gestion documentaire, procédures de révision et de mise à jour des protocoles, rédaction et suivi de l'utilisation des protocoles. Hygiène et sécurité au travail insuffisantes. Culture de sécurité insuffisante. Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants. Absence de stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches de sécurité des soins.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Comment qualifieriez-vous la culture sécurité de l'établissement ? • Existe-t-il une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins diffusée dans l'établissement et connue des professionnels ? • L'établissement évalue-t-il et hiérarchise-t-il les risques dans les secteurs d'activité ? • Existe-t-il des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mis en œuvre dans le secteur d'activité ? • Existe-t-il une gestion documentaire dans l'établissement ? • Si oui, la gestion documentaire définit-elle les modalités de rédaction, de diffusion et de révision des documents ? • Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont-elles identifiées ? • Existe-t-il un document unique établi sur les conditions de travail des personnels ? • Si oui, un plan d'amélioration des conditions de travail est-il défini ?
6.7. Ressources financières	
Exemples	Influence néfaste de la politique ou de problèmes financiers sur le fonctionnement de l'établissement.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des facteurs financiers ayant influencé cet événement ? • L'établissement décline-t-il en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes ?
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	
<i>L'organisation elle-même est influencée par le contexte institutionnel, la réglementation et le contexte économique et politique du secteur.</i>	
7.1. Politique de santé publique nationale	
Exemples	Influence de la politique de santé sur le fonctionnement de l'établissement. Contraintes réglementaires.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement fait-il l'objet actuellement de mesures de la part d'un organe de l'Etat ? • Existe-t-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'événement (CPOM, etc.) ?
7.2. Politique de santé publique régionale	
Exemples	Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses (CPOM, etc.). Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements (réseaux, coopérations, etc.).
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • L'établissement a-t-il mis en place des partenariats en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ? • L'établissement est-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'événement ? • Dans l'affirmative, le personnel connaît-il les modalités de cette organisation ?
7.3. Systèmes de signalement	
Exemples	Absence de culture de signalement des situations dangereuses (vigilances, etc.). Absence d'apprentissage par le retour d'expérience des événements indésirables.
Questions	<ul style="list-style-type: none"> • L'événement s'est-il déjà produit dans l'établissement ? • Le personnel déclare-t-il les événements qu'il rencontre ? • Comment est organisé l'établissement pour recueillir et analyser les événements indésirables ?



**SPORT SANTE –
GESTION DES
RISQUES ET**

Fédération Française d'Études et de Sports Sous-Marins

Fondée en 1948, membre fondateur de la Confédération mondiale des activités subaquatiques

French Underwater Federation

RETOUR D'EXPERIENCE

ORGANISATION

Ce document définit les modalités de fonctionnement des réunions de Retours d'expérience (REX) au sein du Comité Départemental de Paris (gestion-prévention des risques)

Les éléments d'organisation décrits ci-dessous ont été établis et validés le XXXX au cours d'un comité directeur.

1. Domaine d'application

Les Retours d'expérience (REX) sont des discussions, entre pairs et/ou entre personnes qui ont l'habitude de travailler ensemble sur les dysfonctionnements, les incidents, les accidents, les événements indésirables et/ou inattendus ou encore les « échappées belles » afin de réfléchir collectivement sur les causes de survenue, l'évitabilité potentielle et les mesures à prendre pour éviter que ces événements ne se reproduisent.

Il ne s'agit nullement de rechercher une responsabilité ni de sanctionner.

Cette méthode s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la sécurité de notre activité.

2. Modalités de fonctionnement

Le groupe de travail sur le Rex est organisé au sein de la Commission Technique ; son responsable est Bernard Pillet. Ce groupe comporte des membres permanents et des membres invités.

Il a pour mission de choisir les cas à discuter, d'organiser les séances, de préparer, avec les personnes en charge de l'événement (pouvant aller du dysfonctionnement organisationnel à l'accident) l'analyse du problème (chronologie, bibliographie...), d'animer les débats, de faire régner un climat de confiance, d'assurer l'archivage et la traçabilité et de coordonner la mise en place des mesures correctives et les indicateurs de suivi.

Cette revue a lieu à chaque fois que nécessaire, le plus régulièrement possible.

L'ensemble du staff est invité à participer aux REX. Des personnes extérieures peuvent être invitées à ces réunions soit parce qu'elles sont directement concernées par le cas soit parce que leur expertise peut aider à l'analyse.

3. Mode et critère de sélection des cas (par exemple)

▪ Mode de recueil et critères de sélection des cas :

L'équipe responsable des activités recueille les informations et les fait remonter au groupe de travail.

Sont recueillis tous les événements liés à l'activité et pouvant aller jusqu'à l'arrêt de celle-ci ainsi que les « échappées belles », survenus au cours de la formation et qui affectent directement un ou plusieurs individus, dès leur survenue ou au plus tard lors de la fin des activités.

▪ Mode de sélection des dossiers :

Le responsable assure la sélection des dossiers qui seront traités en séance et organise avec les personnes en charge de l'événement la présentation du cas (situation, chronologie de l'événement et bibliographie si nécessaire).

En règle générale, les événements retenus sont ceux qui sont susceptibles d'être évités par une action collective mais aussi les événements qui ont le plus de potentiel pédagogique et avec l'accord des personnes ayant en charge le problème.

Comité régional Ile de France FFESSM
60 rue de Romainville – 75019 Paris / Tel. : 01.44.52.73.20



4. Déroulement des réunions

Après la présentation du cas par un des membres de l'équipe ou la personne qui a fait la première analyse, un débat doit permettre de comprendre les facteurs qui ont contribué à la survenue de l'événement et de définir le plan d'actions qui empêchera qu'il ne se reproduise.

La grille d'analyse des causes proposée en annexe 1 peut aider à cette analyse.

Les actions correctives sont élaborées collectivement et retranscrites dans le tableau de suivi. Un responsable du suivi des actions à réaliser est identifié et pourra se faire assister de la cellule gestion des risques.

5. Traçabilité et archivage des débats par le responsable

Une synthèse des événements analysés est rédigée après chaque réunion (description de l'évènement, actions d'améliorations).

Cette synthèse doit être anonyme (aucune information permettant d'identifier la personne accidentée ou les cadres concernés) et conservée par le responsable du REX.

6. Bilan

Un bilan du REX est réalisé une fois par an : nombre de réunion, de cas analysés, liste des actions proposées et suivi des actions correctives. Ce bilan est diffusé au sein du Comité Directeur, de la Commission Technique afin d'organiser le partage d'expérience.



7. Mise en œuvre et référents :

Le retour d'expérience s'inscrit dans une démarche « sport santé » développée au sein de la région Ile de France de la FFESSM en septembre 2016, sur demande de son président, après une mise en place au sein du :

Comité Départemental de Paris — 151 rue Léon-Maurice Nordmann — 75013 Paris
Tel : 01 43 31 01 70 — <http://www.ffessm-cd75.org>

Le développement de la démarche prend place désormais au niveau de la région Ile de France de la FFESSM.

Référents/contacts :

Sport santé, retour d'expérience, méthodologie d'analyse, expertise :

Bernard Pillet
Instructeur régional, médecin

Sport santé, retour d'expérience :

Jérôme Hladky
Conseiller technique national ESSM

Comité régional Ile de France FFESSM
80 rue de Romainville – 75019 Paris / Tel. : 01.44.52.73.20

Étape 1. Présentation du cas

Questions : Qu'est-ce qui est arrivé ? Quand est-ce arrivé ? Où est-ce arrivé ?

Objet : Description chronologique des faits, complète, précise et non interprétative.

Étape 2. Recherche et identification des problèmes

Questions : Comment est-ce arrivé ?

- Quel(s) est (sont) le(s) problème(s) rencontré(s) ?
- Est-ce que des éléments de cette prise en charge posent question ?

Objet : Identification du (des) problème(s) rencontré(s), des processus défaillants, des pratiques non optimales.

Étape 3. Recherche de causes et analyse de la récupération

Questions : Pourquoi cela est-il arrivé ? (*approche systémique*)

✓ utiliser le document *Analyse systémique*.

- Qu'est-ce qui a été nécessaire et suffisant pour que cela arrive ?
- Quand et comment avons-nous vu, compris, réagi ? Qui a vu, compris, réagi ?

Objet : Recherche des causes, des facteurs favorisants ou contributifs, pour chaque problème rencontré, et analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation.

Étape 4. Proposition d'un plan d'action

Questions : Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?

- Quels enseignements tirer des étapes précédentes ?
- Quelles actions mettre en œuvre pour améliorer la qualité et la sécurité de notre activité ? (hiérarchisation et choix)

Les actions mises en œuvre évitent-elles la récurrence du (des) problème(s) rencontré(s) (actions de prévention) et/ou réduisent-elles sa (leur) sinistralité (actions de protection) ?

Ces actions peuvent-elles être généralisables.

- Comment le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre sont-ils assurés ?
- Comment saurons-nous si les actions mises en œuvre sont efficaces ?
- Comment la communication et l'information des équipes sont-elles réalisées ?

Objet : Mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité

✓ Utiliser le document « Fiche de suivi d'action ».

ANNEXE 2. GRILLE D'ANALYSE DES CAUSES

Indiquez dans chaque « tranche de gruyère » le ou les facteurs que vous avez identifiés (en précisant « aucun » quand il n'y en a pas)

[NB : dans chaque « tranche », une liste non exhaustive est donnée pour exemple]

1. Recherche de causes

1.1. Pour chaque problème rencontré, poser les questions :

Pourquoi cela est-il arrivé ? Qu'est-ce qui a « favorisé » la survenue du problème ? Quels sont les facteurs nécessaires pour que cela arrive ?

On recherche alors les facteurs favorisants (ou contributifs) dans les domaines suivants :

FACTEURS liés à l'accidenté(e)	
Evaluation insuffisante des connaissances et des compétences du fait d'un problème de contact/de compréhension etc...	
Existence d'un problème précis ayant contribué à la survenue de l'EIG (événement indésirable grave)	
FACTEURS LIES aux PRATIQUANTS DE L'ACTIVITE	
Fatigue/maladie /stress/ autre etc...	
Formation/compétence/remise à niveau/ insuffisante ou inadaptée pour effectuer la mission / (la) les tâches confiées	
Formation/compétence/remise à niveau insuffisante/ ou inadaptée pour gérer l'accident	
FACTEURS LIES à L'ENVIRONNEMENT HUMAIN	
La composition de l'équipe présente inadaptée à la situation	
Les différents acteurs n'étaient pas d'accord dans l'interprétation de la situation	
Vous étiez avec un aide /collègue que vous ne connaissiez pas/qui venait d'arriver/avec lequel vous n'aviez jamais travaillé	
Il y a eu, selon vous, une communication mauvaise /insuffisante entre vous-même et les autres membres de l'équipe	
Il y a eu, selon vous, une communication mauvaise/insuffisante entre vous-même et les membres de l'équipe des secours	
Il y avait une incompatibilité personnelle entre des membres de l'équipe qui a pu, selon vous, contribuer à cet accident	
Pendant l'accident, vous n'avez pas pu obtenir les aides dont vous aviez besoin	
FACTEURS LIES aux TACHES	
Les tâches à accomplir n'étaient pas formalisées par des procédures	
Il y a eu défaut d'application de la procédure existante	
La procédure existante n'est pas suffisamment complète/valide/actualisée /adaptée/satisfaisante	



La diffusion de l'information sur ces procédures / techniques/	
La formation sur équipements utilisés n'est pas suffisante	
Les réponses aux demandes de secours n'ont pas été obtenues dans un délai « normal »	
FACTEURS LIES à L'ENVIRONNEMENT	
Météo /Conditions de mer / Courants / Visibilité	
Inadaptation : Conditions de récupération de l'accidenté / Bateau / Transport	
Vous avez manqué de médicaments/dispositifs médicaux	
Une ou plusieurs parties de l'équipement ne marchaient pas bien/sont tombées en panne /n'étaient pas adaptées à la situation /n'avaient pas leurs notices ...	
Vous ne disposiez pas de tout le monitoring dont vous aviez besoin	
Vous avez été soumis à une pression de la part de collègues pour agir, l'acte a été décidé dans la précipitation	
Vous étiez-face à une surcharge inhabituelle de travail	
Vous étiez en même temps tenu de faire autre chose (ex : préparer une réunion, etc...)	
Il y a eu de nombreuses interruptions dues au téléphone pendant la réalisation des tâches	
FACTEURS LIES à L'ORGANISATION	
Les problèmes d'effectif.	
Vous pensez que vous ne connaissiez pas assez le centre avant d'être autonomisé à ce poste	
L'information des stagiaires a été incomplète par manque de temps	
Il y a eu un délai dans la prise en charge, sans raison médicale justifiée	
L'interaction avec les secours est mal organisée	
Il n'y avait pas de personne responsable en priorité clairement identifiée	
Selon vous, les avis/opinions que vous avez pu émettre n'ont pas été pris en compte et vos compétences reconnues	
Selon vous, on n'a pas consulté/appelé la bonne personne au bon moment à chaque fois que cela a été nécessaire	
Un EIG et/ou des facteurs évoqués comparables ont déjà été signalés.	
FACTEURS LIES au CONTEXTE INSTITUTIONNEL	
Les ressources sécuritaires du centre de plongée / locales vous paraissent globalement insuffisantes	
La sécurité et la gestion des risques ne vous paraissent pas perçues comme des objectifs importants au niveau du centre de plongée	

1.2. Après chaque facteur favorisant identifié, poser la question :

Était-ce suffisant pour expliquer le problème rencontré ? afin d'identifier d'autres facteurs favorisants.

Remarque :

Une cause n'est pas décrite négativement mais factuellement et précisément. Exemple : ne pas dire : « la procédure était mal rédigée »

1.3. Pour chaque facteur favorisant identifié poser la question :

Pourquoi ? afin de rechercher un élément de causalité explicatif supplémentaire.

- Si un élément supplémentaire explicatif est mis en évidence, poser à nouveau la question : *Pourquoi ?* afin de rechercher d'autres éléments explicatifs.
- Exemple : devant un facteur favorisant identifié lié à l'environnement de travail = panne de matériel : *Pourquoi ?* réponse : maintenance non faite, *Pourquoi ?* réponse : maintenance reportée, *Pourquoi ?* réponse : problème d'effectifs, etc.
- Si aucun élément supplémentaire explicatif n'est trouvé
 ✓ Passer au point 2.

Remarque : Il convient de ne pas arrêter l'analyse lors de la découverte d'une erreur humaine ou d'un écart par rapport à une procédure, mais de toujours en rechercher une cause (en effet dans une vision systémique, c'est la cause qui peut faire l'objet d'une action correctrice et non pas l'erreur ou l'écart)

2. Analyse de la récupération mise en œuvre pour « rétablir » la situation (notamment pour un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient)

- Quand et comment avons-nous vu que le processus de prise en charge déviait de son cours habituel ? (détection). Qui a détecté ?
- Quand et comment avons-nous compris ce qu'il se passait ? (identification). Qui a identifié ?
- Quand et comment avons-nous réagi ? Qu'est-ce qui a été fait ? (récupération). Qui a récupéré ?
- Quels sont les éléments (appelés aussi barrières ou défenses) qui ont empêché, ralenti ou atténué l'évolution vers une complication ou un décès ? ou qui ont dysfonctionné, cédé ? ou qui étaient absents ?
- Comment l'évènement s'est-il arrêté ? En combien de temps ?
- Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour améliorer la récupération ?
 ✓ Puis passer au point 3.

3. Synthèse

- Quelles sont les forces et les vulnérabilités du "système" (de la prise en charge) ? Est-il nécessaire de revoir le système (la prise en charge) ?
- Comment éviter une récurrence éventuelle ? Que pourrions-nous faire de mieux ?
- Quels enseignements tirons-nous de cette analyse ?
 ✓ Proposer un plan d'action (aller à l'étape 4 du document *Analyse de cas*).



Nota bene : Cette analyse n'est jamais une recherche de responsabilité individuelle ou d'un coupable mais privilégie une approche "systémique" (voir 2e partie : Pour en savoir plus). L'analyse systémique menée lors du REx est une analyse globale du cas sélectionné, non centrée sur l'individu, prenant en compte tous les facteurs ou éléments (organisationnels, techniques et humains)

MESURES CORRECTRICES : citez les mesures qui éviteraient selon vous que cet événement ne se reproduise à l'avenir ? (Citez au moins 1 mesure principale)

NOM DU RESPONSABLE DU SUIVI :

CRITERES DE SUIVI :

DELAIS D'OBSERVATION :

RESULTAT DES MESURES PRISES :

ANNEXE 3. CHECK LIST DES ACTIONS POUR REALISER UN REX

Réaliser un REX (1) : la préparation (J-15/J-30)

Pré-requis

- 1 – Choix du cas (ou des) cas à analyser*
- 2 – Accord des personnes concernées par le cas
- 3 – Identification des informations à collecter (*dossier, protocole, bibliographie...*).....

Analyse

- 4 – Définition du périmètre de l'analyse
- 5 – Reconstitution de la chronologie*
- 6 – Conséquences de l'événement ?
- 7 – Informations complémentaires à rechercher auprès des acteurs ?
- 8 – Recherche des causes et facteurs contributifs* ?

Logistique

- 9 – Envoi de l'avis de réunion aux participants (service ?)

** Il est recommandé d'établir la chronologie des événements analysés en Rex rapidement après leur survenue*

Réaliser un REX (2) : l'animation (J0)

Animation / Débat / Prise de décision

- 1 – Liste des participants (validation EPP)
- 2 – Introduction : Rappel sur les objectifs
- 3 – Présentation factuelle, neutre, anonymisée, précise
- 4 – Débat, prise de parole, discussion sur l'expérience, les facteurs contributifs
- 5 – Décisions de mesures correctives et identification d'une personne en charge
- 6 – Bilan régulier du suivi des actions correctives et des signalements

Logistique

- 7 – Respect des horaires

Réaliser une REX (3) : Tracer, archiver, communiquer (J+15/+30)

Communication

- 1 – Réalisation d'un compte-rendu anonymisé et d'un tableau des actions correctives
- 2 – Diffusion du compte-rendu

Logistique

- 3 – Modalités d'archivage sécurisé

Documents utiles: modèle de compte-rendu anonymisé, tableau de bord des actions correctives

Valoriser une REX : Partager, évaluer, valider (M+12)


Communication

- 1 – Bilan annuel
- 2 – Evaluation des actions correctives
- 3 – Partage des enseignements : pôle, hôpital, spécialité, société savante, autre service

D'après documents AP-HP / RMM : DPM – MURS – MLP/DM



ANNEXE 4. REDACTION D'UN COMPTE RENDU DE REX

	Compte rendu : Réunion Qualité et Sécurité <i>CLUB - DEPARTEMENT - REGION</i> <i>STRUCTURE PROFESSIONNELLE</i> <i>À DEFINIR :</i>	Code : RQS Réunion N° Date : Page 9 sur
---	---	---

RESPONSABLE
Nom du responsable

Membres de la structure présents : Noms des membres et qualité

Invités extérieurs : Noms des membres et qualité

MEMBRES
Noms, Qualité dans la structure

ORDRE DU JOUR :

- État des lieux concernant les décisions/mesures prises précédemment pour l'événement X (critères d'évaluation, responsable du suivi, résultats)
- Présentation d'un événement A : Type d'événement
- Présentation d'un événement B : Type d'événement

ETAT DES LIEUX DES DECISIONS ANTERIEURES

- ...

PRESENTATION DE L'EVENEMENT A

- Chronologie des faits
- Revue de la littérature concernant l'événement (MFT – Code du Sport – Recommandations fédérales – Base de données...)
- Analyse des faits à la recherche :
 - Des barrières qui ont et qui n'ont pas fonctionné
 - Par qui et comment le problème a-t-il été détecté, identifié, corrigé.
 - Quels sont les causes immédiates, les causes profondes
 - Quelles conséquences auraient pu découler de cet événement
 - Quels sont les éléments dysfonctionnant identifiés au cours de cette analyse.
- Mesures correctives prises d'un commun accord lors de la réunion
 - Mentionnez les mesures prises :
 - Nommez le responsable du suivi des mesures prises :
 - Définissez les critères de suivi et la date de la réévaluation des mesures prises :

PRESENTATION DE L'EVENEMENT B

- ...

DATE DE LA PROCHAINE REUNION ET EVENTUELLEMENT ORDRE DU JOUR

Retour d'Expérience FFESSM

- 1 Le CLUB, la STRUCTURE, s'engage dans une amélioration de la sécurité des pratiques fédérales par la mise en place d'un retour d'expérience (REx).
- 2 Une réunion régulière (mensuelle) est consacrée au REx, sous l'autorité du président du club ou du responsable de la structure.
- 3 Tous les cadres, tous les salariés, participants aux activités, doivent participer à cette réunion (les membres habituels des équipes).
- 4 Le club, la structure a mis en place un document de recueil des cas qu'il veut suivre (accidents, incidents, événements indésirables ou inattendus, échappées belles), identifiés au moment de la réalisation des activités ou à la fin de celles-ci (séance piscine, sortie et/ou stage en milieu naturel)
- 5 Mr... (Président du club ou le responsable de la structure, ou à leur demande, toute personne du club ou de la structure compétente dans l'analyse des événements indésirables) est en charge du choix des cas à discuter et de l'organisation des REx.
- 6 L'objectif des REx n'est pas de rechercher une culpabilité, ni les erreurs des individus mais de comprendre le mécanisme de l'accident, d'identifier ses causes favorisantes et les raisons profondes du dysfonctionnement et de mettre en place des actions de prévention.
- 7 Chaque cas est présenté par le ou les acteurs directement concernés par la situation (échappée belle, incident, événement indésirable ou inattendu, accident)
- 8 La discussion est confidentielle et concerne tous les membres habituels des équipes. Dans certaines situations difficiles il est possible de faire appel à des personnes de l'extérieur rompus à l'exercice du REx pour se faire assister et accompagner dans l'analyse et la discussion.
- 9 Un résumé anonyme est écrit, racontant le cas et portant les propositions de changements dans l'organisation des activités ou de rédaction d'un nouveau protocole. Chaque action identifiée est confiée à un membre de l'équipe qui en suivra la mise en œuvre.
- 10 Ce résumé et ces décisions font partie du dossier de fonctionnement du club ou de la structure.
- 11 Le nom des participants est noté dans le compte rendu, pour permettre à chacun de faire valoir sa participation dans les activités du club ou de la structure, et d'une façon plus générale à la participation du club ou de la structure à la gestion des risques mise en place par la FFESSM.
- 12 Le club ou la structure met en place des indicateurs pour suivre les résultats de ses actions.

Annexe 3 : Verbatims relatifs à la question « Qu'avez-vous fait après un tel évènement ? »

Déclaration J&S - Interrogatoire à la gendarmerie, ...

Je l'ai géré

Accident de décompression dans la palanquée (1 personne), gestion "normale" oxy, secours etc ... La personne n'a pas de FOP, protocole de déco respecté pas de séquelle, et pas de facteurs favorisant les médecins n'ont trouvé aucune origine à cet accident
la personne voulant plonger normalement après (N3) le club souhaitait la limitée à 40 m maxi avec nitrox, refus de la personne , elle a changée de club

J'ai traité le problème et pris en compte les causes profondes pour éviter qu'il ne se reproduise

Appliquer les procédures réglementaires, diffuser aux instances régionales et nationales

Analyse des faits

Un échange pour analyser et proposer des axes d'amélioration

Appel des secours

Gestion des accidents ; dossiers administratifs ensuite, information ensemble du Club et REX pour les encadrants et le bureau

Rien de particulier

Gestion en "urgence"

Communication en interne au comité directeur pour éviter que cela se reproduise.

Evacuation de l'accidenté et suivi de sa récupération

Réflexion et nouvelle approche

2 incidents de plongées => J'ai piloté 2 REX Cf. outils déployés en 11.

PS : j'ai employé les méthodes AMDEC, arbre des causes associé à mes REX et je ne peux pas réaliser une sélection multicritère dans votre question 11.

Capitaliser personnellement sur la façon d'éviter que cela ne se reproduise.

J'en ai parlé et j'ai essayé de comprendre ce qu'il s'était passé

J'ai analysé l'accident ... avec les infos à ma disposition

Contacter les personnes concernées

J'ai pris mes responsabilités...

Chercher les démarches à faire. Pas toujours évidente à trouver

Problème organisationnel : j'en parle avec le /les organisateur(s).

Je me suis posé la question : suis-je correctement préparé pour éviter l'accident

Tout dépend de la nature ! Accident sur élèves : ça pousse à être encore plus prudent. Pb administratif : on peste mais on fait avec. Co-encadrants non appréciés : on arrête si pas de solution rendant la situation agréable

Gérer accident

J'étais spectateur car une prise en charge était déjà en cours

Organisation des secours, évacuation, déclaration auprès du Cabinet Lafont

Je n'ai rien fait ; j'avais oublié l'existence du REX en IdF. C'est ton questionnaire qui m'a fait m'en rappeler. Navré.

Remise en place des fondamentaux

Un acte de capitalisation et de retour d'expérience : j'ai réuni les encadrants pour debriefer.

Je m'appuie sur des anecdotes vécues lors des cours aux élèves.

Rien de spécifique

Réflexions personnelles sur les réactions pendant un incident de plongée.

Débriefing avec les encadrants

Remise en question

Fait mettre la personne qui avait loupé(involontairement) 9mn de palier après une profonde de plus de 50 m, sous oxygène. Puis relai avec une autre tout l'après-midi pour surveiller son comportement pendant qu'elle dormait.

Si problème organisationnel c'est que l'on vous propose sur une croisière 5 plongées dans la journée, et bien j'ai refusé les 2 dernières. (Question de bon sens).

Échange de manière informelle sur l'accident (Add) et sa prise en charge, avec les « collègues moniteurs.

Je l'utilise dans mes formations

Tentative de mise en place du rex

On a mis en place une procédure de vérification afin d'éviter que cet incident ne se reproduise

J'y ai repensé mille fois pour comprendre ou était le déclencheur ou la chose qui aurait pu être évitée

OPI / syncope

Analyse du pourquoi de l'incident et mise en place dans le cursus de formation MF1 de l'axe multi dp lors des sorties club

Un Rex, mais qq années + tard

Nous avons fait un retour sur expérience, tirer des conclusions et des solutions pour éviter de reproduire le problème

Analyse, mise en place d'accords, de règle, de pratique pour éviter d'être confronté à ce type de situation => enrichir notre expérience de nouvelles "bonnes réponses".

Adapter les protocoles du club

Confronté à cela au boulot, on se pose et on fait un Retex pour voir les root causes et tenter d'isoler le ou les facteurs qui ont pu amener à des événements indésirables.

Dans le sport c'est pareil, en compétition, on se pose, on réfléchit à la préparation, à ce qu'on peut améliorer pour franchir une étape supplémentaire et avancer. Ou pour essayer d'identifier les erreurs et de ne pas faire les répéter.

Analyse de l'événement, prise de conscience, mise en place de mesure pour l'éviter

Réunion des encadrants. Analyse accidents. Debriefing

J'ai revu certains points. Et j'ai adapté les prochaines fois.

Informé le président du CODEP

Accidents : gestes de premiers secours

Fait part de la situation pour avoir des avis et conseils

J'ai pris patience puis me suis plus investi dans mon club

Question trop vaste autant par le nombre d'évènements que cela peut concerner que pour la notion "d'après" (Juste après sa survenue ? Après que l'urgence a été traitée ? En pensant à la notion de REX comme je la conçois, la réponse est : rien.

Rien dans un premier temps, ensuite j'ai proposé de partager mon retour d'expérience dans le cadre du projet de capitalisation des retours d'expérience de la CTR IDF

Rappel des règlements et application

Essayé de corriger le tir ou gérer la situation au mieux !

Accident : Séance d'explication pour les adhérents présent ce jour-là et discussion pour que chacun s'exprime et ait des réponses à ses questions

J'ai résolu le problème

Suite à ADD accentuer dans la formation l'importance de la réaction pour éviter le déni

Accident avec déclaration à Lafont

Pb organisationnel qui a été réglé au niveau du club à l'aide du CoDir et après consultation des encadrants

Reporting au président de club, concertation avec directeur technique, remontée auprès de la mairie et/ou président de l'association encadrant le club

J'ai insisté mais que sur des problèmes administratifs

J'en ai parlé dans mon club et dans les cours que je donne

Gestes de 1er secours - appel des pompiers

J'ai géré

Suite accident, soins aux victimes. Administratif et orga : il y a toujours des solutions !

Gérer le problème

Une intervention sur ACR. Un OPI géré l'assistance et secours
une noyade Réa et appel des secours

Débriefing

Modification du Règlement Intérieur et des Statuts, mise en place d'un recyclage obligatoire des encadrants, instauration d'un REX

Analyse de la situation et agissements en conséquence pour que cela ne se renouvelle pas.

Accident en fosse : gestion de la victime, du moniteur encadrant. Déclaration d'accident et suivi avec le Directeur de la fosse.

Suite accident de plongée information donnée aux clubs lors des réunions encadrants

Débriefing à chaud puis RETEX complet avec nouvelles procédures éventuelles

Après un incident en plongée (qui s'est avéré sans conséquences mais qui m'avait permis de faire un tour en hélico et un passage au caisson) alors que je passais mon N3, j'ai essayé d'en parler dans mon club de l'époque : malheureusement, à part quelques encadrants bienveillants, il n'était surtout pas question de REX (c'était en 2012). Je suis depuis devenue encadrante (MF1) et suis persuadée qu'il est très important d'en parler (pour ne pas minimiser le problème et pour réfléchir aux choses à mettre en place).

Plusieurs événements : conseil de discipline contre un moniteur pour délivrance abusive d'un brevet / procès contre un adhérent qui nous a volé du matériel (1ere instance, appel, 2eme instance, cassation).

Déclaration jeunesse et sport

Information au CODEP et à la Région

Analyser le problème, trouver la solution, éviter qu'il ne se reproduise. Logique non ??

Uniquement un problème administratif : non réception des carnets de plongée comme initialement prévu. Rien de spécial à faire, il ne nous était pas possible de "fabriquer" des carnets pour remettre aux diplômés en fin de saison.

Rien de particulier, prudence accrue

M'adresser à la bonne personne ou le bon service, pour anticiper si cela se reproduisait.

C'est en cours de règlement. Problème avec les engagements d'un TSI...

A l'époque, rien n'était mis en place pour suivre un événement de ce type. Donc rien.

Une galère administrative après un accident de plongée... je n'ai pas fait grand-chose, je me suis sentie un peu seule

Tirez des leçons pour anticiper

D'abord on fait face, on limite l'effet et on évite que cela se propage, ensuite il y a la partie analyse de la cause réelle avant la définition / mise du plan d'action afin d'éviter la récurrence tout en partageant l'expérience afin que l'expérience serve au plus grand nombre. L'analyse 8D se terminant par la reconnaissance des équipes impliquées. Par contre l'analyse SWOT appartient plutôt au domaine décisionnel stratégique que la résolution de problèmes.

Essayer d'en tirer une ligne de conduite

Nous avons eu une REX au sein des moniteurs du club

Demande questionnaire "Grandjean"

Informar les autres encadrants et mettre en place des règles pour limiter ce type d'incident

Tirer expérience pour que cela ne se reproduise plus

Une réunion pour partager les difficultés rencontrées et en tirer des axes d'améliorations.

Debrief à chaud et retex verbal avec les impliqués au niveau du club

En discuter avec d autre moniteurs

Mise sous O2 au lac de Beaumont sur un cas de dyspnée d'effort et surveillance

Une grosse remise en question

Réflexion au sein du club

Échanges réguliers avec les plongeurs concernés

Point Organisation

Point causalité

Déclaration accident le cas échéant

Je me suis informé auprès du codep et/ou de la ctr

Annexe 4 : Verbatims relatifs à la question « Que suggérez-vous pour que la démarche soit mieux connue et utilisée ? »

Communication sur le site IdF de cas et résolutions ou proposition de résolution.
Faire de la communication !
Que le sujet soit évoqué dans les formations N3 ; N4 et initiateur (et diplômés sup évidemment) Qu'elle puisse être comprise de tous / ne pas chercher à mettre systématiquement une démarche pro dans une activité de loisir
J'avais déjà annoncé que ce type de démarche aussi politiquement correcte et aussi idéale sur le papier ne fonctionnerai pas ou peu. Expérience vécue au niveau médical avec Grandjean sur les REX de la part des propres médecins fédéraux, hyperbares etc ... Donc je ne suis pas très surpris, avec mon expérience de la plongée et d'encadrement depuis plus de 38 ans, que cela fonctionne très mal
Communiquer ;-)
Informers de la démarche aux clubs Mettre en place d'un outil convivial qui permet de consulter la base des données REX
Vidéo explicative (e-learning)
Un large partage des analyses pour montrer l'intérêt et globalement même si tous les clubs ne participent pas à l'enrichissement de la base si ça permet de réduire les risques, l'objectif est atteint. En particulier, je ne comprends pas la frilosité de la région IDF alors que d'autres régions sont plus ouvertes pour l'intérêt de tous ! D'autre part, le temps pour mettre en œuvre ce type de démarche au niveau national (uniformisation des pratiques) me semble très long. Je ne suis pas sûr de voir un résultat consolidé pertinent au niveau national et d'ici là d'autres sujets seront apparus (sous l'impulsion du ministère des sports, exemple Sport et Santé, etc....) En tous les cas ce thème me semble fondamental donc super s'y consacrer du temps !
Organiser des opérations de formation
L'intégrer dans les formations dès le N1
Présentation lors des journées des moniteurs, présidents.... Flyers envoyés au club
Très clairement : j'avais porté les retours d'expérience des accidents survenus sur mon Club. Cela m'a permis de rencontrer les personnes travaillant sur cette thématique. Il est très étonnant qu'aucun Club ou presque ne partage des accidents. Une prise de conscience de nos cadres serait bénéfique à tous.
Des fiches concrètes consultables Un module de 30 minutes dans les formations cadre Des vidéos pédagogiques associées
Faut que je me renseigne dessus d'abord
Une nouvelle communication plus grand public, je ne pense pas que tous les encadrants soient au courant de la démarche Un "how to" accessible facilement aux dirigeants de club a minima, voir au grand public
Mieux communiquer, utiliser la journée des moniteurs IdF
Communiquer plus auprès des clubs et SCA
Communiquer par le biais de ce canal
Augmenter sa visibilité par de l'information encore plus développée
OUI. Plusieurs encadrants du CoDep 92 seraient intéressés
Intégrer une sensibilisation à la démarche lors des stages initiaux dès le E1 et le GP.
Mise dans les cours.
Mieux l'expliquer aux encadrants lors des stages (mf1 par exemple)

Peut-être en parler davantage pour mieux la connaître et avoir un retour
Communication massive avec appui des CTR et Des comités directeurs
Une communication sur le site et un lien permettant de renseigner un incident.
Une communication beaucoup plus large
Communication élargie
L'intégrer Au Rifap.
La formation des plongeurs
Le site fédéral, ne fait à ma connaissance aucune promotion des REX. C'est dommageable.
Retour par voie de communication (ex revue fédérale. Site internet.)
Peut-être sensibiliser les différents clubs afin de communiquer avec les adhérents ou bien même directement par mailing
Ne pas seulement informer les clubs mais tous les plongeurs pour qu'ils puissent plus participer au retex des accidents...
Communiquer au sein des clubs
Mail ou rendre le site de la fédé simple à utiliser puis faire une partie sur cette démarche
Transmettre des mémos mensuellement
Demander au comité direction du club de transmettre les info
Ça sent un peu le bla bla pro 😊. Évidemment qu'il faut chercher à comprendre ce qu'il s'est passé. Cela dit, vouloir arriver à un risque zéro, très dans l'air du temps dans la société, est il vraiment ce que tout le monde souhaite ? Perso pas moi en tant que plongeur (mais si en tant qu'encadrant). Bref, je veux pouvoir choisir
Mails documentation
Informer par une information simplifiée et compréhensible
Communiquer largement via lettre électronique
La faire connaître
Expliquer une démarche sur la gestion des risques appliquée à une procédure de secours, de manière théorique puis mise en évidence à travers un événement vécu.
Diffusion par mail d'une info aux clubs par l'intermédiaire des présidents (type journal info)
Mettre en place un site de déclaration anonyme (cf FFP)
Faire la pub, passer par les Présidents de Club, nommer un responsable par Club ou encourager les clubs à le faire. Probablement rassurer les plongeurs également. Personne n'a envie de voir son nom cité ou même de pouvoir faire le rapprochement avec un pépin qui nous est arrivé.
Plus de communication
Diffusion auprès des encadrants.
Communication régulière des Rex et surtout accès permanent. Les Rex doivent être anonymisés.
Communication par flash info par e-mail.
Communication des encadrants du club auxquels vous êtes affilié. Lettre d'information de la fédération, réseaux sociaux.
M'en parler et m'impliquer.
Ne pas se limiter aux collègues des instructeurs et des MF2
Ouvrir à d'autres personnes
Mettre en place un portail où on pourrait rapporter l's Expériences vécues
Ce portail devrait présenter des statistiques et des plans d'action type PDCA
Ce serait bien d'ajouter une évaluation sur la gestion des risques dans les examens d'encadrants et des plongeurs.

Envoi à tous les adhérents pour qu'ils en prennent connaissance
Une plus grande diffusion auprès des clubs, plus de communication pour expliquer le principe, les buts...
Communication au sein des clubs, fédération, et support média (Subaqua, réseau sociaux)
Rien
En parler au sein des clubs
Article dans la presse spécialisée
Échanges lors des réunions moniteurs des clubs
?
Un genre de "journal commun" accessible de tous les sites internet de clubs de plongée :-)
Communication au président de club
Revue subaqua
QUE LA CTR-IDF diffuse largement
De la communication dans le cadre des clubs par le biais des moniteurs, ou lors d'une réunion 1h avant la piscine par exemple. Dans mon ancien club nous avons créé un petit journal où chaque personne pouvait y mettre ses articles, ses informations. J'avais pris l'habitude d'y raconter, en y mettant une bonne dose d'humour, mes mésaventures, afin que mon autocritique serve à tous. La critique doit avoir un regard positif pour être constructive.
Un ou des référents qui feraient le tour des clubs afin de vulgariser la pratique et les motivations du rex.
Une plaquette d'information...
Diffusion à tous les moniteurs
Présentation dans les clubs et lors des formations des clubs et de la Ctr
Plus simple
Qu'elle soit évoquée par les clubs lors des cours
Vulgarisation et formation
Un partage sur les groupes présents dans les réseaux sociaux tels que ceux qui relatent les accidents
Former plus de personnes, publier des articles
En parler et le faire vraiment !
Qu'on nous en parle en club
* Communication large, éviter communication pyramidale qui ne passe que par les présidents de club
* intégrer aux différents cursus : initiateur, n4...
L'intégrer dans les formations.
Le Rex devrait être public très rapidement et sur un lien internet simple, le site plongéesout, rend accessible les REX des accidents mortels ou non dans le monde, un lien et une inscription avec liste de diffusion permettrait un REX très efficace de même que l'inscription "obligatoire" des présidents et DT de chaque club afin que le cascading de l'information se fasse vers les moniteurs.
Plus d'infos
Une fois qu'un document de gestion des risques est établi, il faut communiquer dessus quitte à l'insérer dans une charte à laquelle les centres doivent adhérer.
Une rubrique officielle sur site web ou un site web dédié

Je pense que les clubs commencent à le connaître, mais ne l'utilisent pas de façon spontanée. La seule méthode pour moi est que dès que les codep sont informés, ils fassent remonter systématiquement l'info vers le GT et que l'incident/accident soit traité. Par contre il faut absolument qu'il y ait un retour type Neptune au niveau de la CTR Provence, avec des fiches d'action, de liaison, de prévention, ou autres.

Que chaque club définisse un référent REX et que ces référents se réunissent au moins une fois par an afin de partager les bonnes pratiques, REX créés, difficultés rencontrées etc....

Communication au niveau des clubs et directement auprès des moniteurs (email)

Une plus grande communication, à travers les journées encadrantes par exemple, ou sur la base de Beaumont, un référent par club qui aurait un accès direct avec le référent département... une permanence téléphonique également pourrait être sympa.

Et un retour objectif et constructif de la part de nos pairs IR sur l'expérience partagé motiverait peut-être plus à les déclarer

Poursuivre les efforts menés par les responsables départementaux et régionaux pour diffuser et transmettre les informations aux clubs et SCA.

Publication sur le site web avec notice d'utilisation

Sensibiliser les encadrants et pratiquants

Media, réseaux sociaux

Communiquer largement et l'introduire dans les cursus de formation

Communiquer auprès de tous les présidents des clubs afin que l'info circule

Envoyer directement, à chaque licencié, un message d'information et d'explication de ce qui existe et leur transmettre un retex.

Une page dédiée sur les sites internet des clubs. Cette page pourrait être tout d'abord accessible par département (1ere étape), puis mutualiser les pages départementales pour un faire une page régionale (2e étape)

En parler à tous les niveaux

Sensibilisation auprès des pratiquants arrêter la culture du non-dit

Faire un résumé des démarches le plus efficaces, donner les points forts et résultats obtenus dans le passé et créer des réunions pour informer les adhérents. .

De la communication au sein des clubs qui doivent sensibiliser leurs membres sans pour autant les affoler

Une page Facebook participative consacré à ces expériences et à la réflexion autour de ce sujet

Renforcer la communication

Une mise ou meilleure mise en avant du concept.

Publication sur le site de la fédération

Présenter concrètement des cas traités et l'amélioration que delà a apporté.

Augmenter la communication

Une communication plus large ?

Que les clubs informent leurs adhérents sur l'existence de cette démarche, et sur ses critères d'utilisation

Aucune idée !

Communiquer sur cette démarche auprès des licenciés

Mise en ligne des cas et préconisation associée

Pour ce questionnaire, les questions 9 et 12 pourraient avoir une réponse "En partie". Il faudrait définir ce qu'est un évènement indésirable, certains (en particulier administratifs) ne nécessitent sûrement pas ce type de démarche. Les vrais évènements indésirables sont heureusement peu nombreux. Alors quand un tel évènement survient, la méthode de REX n'est alors pas naturelle pour les Clubs. Pour que cela le devienne, il faudrait peut-être en parler lors des formations (RIFAP ?) et fournir une "boite à outil" simplifiant la méthode avec des personnes référentes dans les Codep ou la région pour accompagner les Clubs.

Un ou 2 référents formes par club

Communication au sein du club lors des cours théoriques de prépa N1,2,3 ainsi qu'aux autonomes.

Qu'après une première prise de contact pour juger de la pertinence du sujet/de l'affaire, il y ait une suite.

Diffusion aux membres des instances de direction

Présentation aux cadres voir à les intégrer dans les cursus plus détaillés et avoir une source d'info toujours dispo.

Diffuser dans subaqua

Il me semble qu'elle soit connue des cadres de l'IDF, je ne suis pas sûr que l'information soit redescendue jusque dans les clubs. Communication pour dédramatiser, montrer que ce n'est pas une fatalité, que pour chaque situation il peut y avoir des actions à mettre en place et que l'expérience peut chacun peut être utile à tout le monde. Mettre à disposition de tous les résultats des REX déjà réalisés, condition indispensable pour qu'ils soient utiles, il faut que l'expérience serve au plus grand nombre.

Diffuser l'information plus largement qu'aux moniteurs et dirigeants.

Chaque plongeur devrait en avoir connaissance !

Un lien vers un site WEB diffusé et connu

Sauf si déjà fait !!

Une note d'information !!!!

Cela pourrait être envoyé via mailing à chaque CODEP qui transmettra à tous les clubs de leur département, et les clubs à leurs adhérents toujours via mail, et pourquoi pas à l'accueil des adhérents en début d'année lors de la présentation du club !!!

Diffuser plus largement et donner le retour sur le problème rencontré

Une information plus claire

Page facebook / newsletters

Une meilleure diffusion des méthodes mises en place au sein des équipes d'encadrement des clubs

Organiser une réunion explicative

Réunions de concertation générales ouvertes FFESSM.

Envoi direct à tous les directeurs techniques pour prise en compte par les moniteurs qui font le relai aux élèves.

Réunion de sensibilisation aux risques à inclure au programme de formation des moniteurs.

Faire un Wikipedia avec toute les REX

Visiter chaque club pour sensibiliser les gens...

Création d'une rubrique "gestions des incidents et accidents" dans les Codep et facilement accessible

En parler et la présenter

Formation des encadrants par les codep

Qu'elle soit abordée lors des formations (peut-être l'est-elle à partir du MF1)

Augmenter la visibilité des résultats issus des cas étudiés.

Une information vers tous les clubs IDF et un accès facilité sur le site du CODEP.

Meilleure communication voire animation au niveau des clubs. Un retour.
J'ai entendu parler de cette démarche au stage initial du MF1. Peut-être faudrait-il inclure une information à ce sujet dans la formation des plongeurs autonomes.
Communiquer
La démocratiser et la rendre plus proche des clubs ! jouer un rôle de facilitateur au sein du club. Diffuser un guide des bonnes pratiques
Info par mail des intéressés
Partager des informations sur cette démarche vers les présidents de club (qui la connaissent peut-être) sous un format qui soit rediffusable par eux vers les équipes encadrantes. Idem éventuellement vers les présidents de commission.
Que l'on en parle d'avantage (publication dans les magazines approprié, dans les clubs etc)
La redescendre aux cadres des différents club
Communication par mail au président de club Réunion en début de saison.
Je ne sais pas
L'intégrer via les présidents de club dans les formations théorique de passage de niveau Il faut la diffuser sur le site du Comité et faire un point d'information lors de chaque réunion technique de la CTR
Qu'elle soit mentionnée dans les formations de passage de niveau. Information à diffuser par les clubs. Réunion d'information spécifique au sein de la région, du département et du club.
La diffuser auprès de tous les encadrants par mail, réunion ciblée...
Pages spécifiques d'infos, et communications lors des réunions des présidents et moniteurs Voir page https://www.facebook.com/groups/1668729346745573/
Plus de communication sur ce thème entre la région et les clubs via les CoDep. Et les sites fédéraux régional et départementaux
Une communication plus large
La diffuser auprès des informations auprès des dirigeants des clubs ?
Une communication large
Faire de la communication auprès des présidents de club, sur le site FFESSM national et régional et sur les sites CODEP
Plus information
Déploiement dans tous les clubs
Envoyer à tous les clubs des flyers d'info Diffusion plus importante au niveau des clubs, de la base en quelque sorte. Ne nous voilons pas la face et soyons pragmatiques : La déclaration d'accident fait peur et ne met pas en valeur la structure d'accueil. Communications, explications, concertations, améliorations sont les maîtres mots.
Ne pas être obligée d'aller chercher les informations sur le site de la fédération ou du comité régional
Communication
Ne sait pas
Avoir un peu plus de communication
Recenser les incidents ou accidents accompagnés des résolutions, les mettre dans une base de données accessible par des mots clés et les diffuser sur le web. Mise à jour possible par tous les clubs du même style que wikipédia

Qu'elle soit diffusée.
Réunions pour dialoguer encadrants / pratiquants Forum ou pages sur réseaux sociaux pour dialoguer librement
Information via le club de plongée
La mettre au programme du niveau 1.
Dialogue hors leçon
Envoi d'un mail aux clubs pour expliquer précisément la démarche et communiquer les infos utiles pour la mettre en œuvre
Communiqué
Avoir des maillons fiables dans la chaîne de communication.
En faire une large diffusion dans les clubs et l'inclure dans les stages initiaux initiateurs, MF1 et MF2.
Communiquer par mail via les clubs Sensibiliser les présidents de club afin qu'ils transmettent le message aux adhérents Informers les clubs privés pour qu'ils participent à la démarche Aller au contact des non adhérents de clubs afin de les informer sur le sujet (ateliers, rencontres... sur les lieux de vacances)
N/A
La mettre en évidence sur le site
Les réseaux sociaux sont particulièrement répandus, et me semblent appropriés pour partager du contenu comme les évolutions réglementaires ; ou les démarches d'un comité par exemples. Le dernier exemple est la réunion de mercredi, on est tous contents de savoir qu'il y a eu une rencontre avec les présidents de club et que l'ambiance dans le 95 est toujours aussi conviviale. L'ajout du programme de la soirée et les conclusions serait un vrai plus. Pour info, suite au dernier incident auquel j'ai dû faire face, le résultat de l'analyse a été ma décision d'arrêter la plongée.
La faire connaître
Diffusion plus large. Subaqua, site internet
Plus de pub, processus simplifié et court
Article dans subaqua et relais via les CODEP et présidents de club
Partager les événements et les plans d'actions mis en place dans un sharepoint accessible à tous - acteurs anonymisés Proposer des déclarations en ligne pour que cela rentre dans les mœurs Proposer des bonnes pratiques dans tous les registres : administratifs, Plongée, organisation de sorties...
Imposer à chaque responsable de club et à chaque dp l'obligation de répondre à un questionnaire pour chaque incident détecté et inclure cela dans les formations d'encadrant
Transmission par les clubs.
Ras
Publication sur les réseaux sociaux et dans les clubs de plongée
Plus d'info dans les clubs
Inciter les dirigeants de clubs et les moniteurs à faire une analyse systématique après un problème.
Formaliser une fiche REX ou PEX et diffusion dans les clubs information aux Présidents de club élaboration d'un guide de bonne pratique
La diffuser auprès des encadrants
La développer dans tous les comités

Mail pour expliquer les procès de remontée d'infos
A diffuser auprès des encadrants et des présidents de club
Une communication au sein des clubs
Que les présidents de club en parlent.
Une bonne communication entre les centres hyperbare et les responsables des CTR
Plus de communication sur les accidents avec des cas et prises en charge. Ainsi que des informations sur les nouveaux risques liés à l'accidentologie de la plongée
Une communication spécifique à l'attention des présidents de club sous forme de pop-up, qu'il faudrait faire défiler pour y voir les infos capitales et cocher qu'elles ont été lues, lors de la connexion au site de la ffessm pour la souscription des licences par exemple.
Utilisation des différents canaux de com avec des diffusions régulières (web /subaqua / CR/CODEP...) déjà existant ! Continuer ! Diffusion d'exemples concrets
Il faudrait l'intégrer dans toutes les formations initiales de moniteurs et la présenter dès le N2 de plongeur.
Une remontée annuelle par tous les clubs des risques rencontrés et obtenir une méthode par le REX pour les contrer
Renforcer la communication
Diffusion dans cours théorique au club, articles dans subaqua



CRFI 2018/002 : Ne pas confondre vitesse et précipitation !

Préambule : Le récit et les recommandations qui en découlent ont pour objectif unique la prévention des accidents ; il ne s'agit nullement de déterminer des fautes ou des responsabilités.

Récit du déclarant :

La plongée est la seconde de la journée.

Le déclarant (appelons-le Michel) pour la suite du récit est en fin de formation Niveau 1.

Malgré des conditions météorologiques idéales, Michel est nauséeux après une première plongée.

Il ne mange pas grand-chose et passe l'intervalle de surface à lutter contre le mal de mer.

Très motivé, il tient cependant à effectuer la seconde plongée de la journée malgré un mal de dos tenace depuis quelques jours.

Au moment de s'équiper, son moniteur lui demande s'il a bien gréé le bloc de l'après-midi ; il lui rappelle alors le numéro attribué.

En gréant son bloc de l'après-midi, l'état nauséeux de Michel s'est accentué et le moniteur lui propose de se mettre rapidement à l'eau sans bloc pour s'équiper dans l'eau afin à la fois d'accélérer la mise à l'eau et d'éviter de solliciter ses lombaires.

L'état de Michel s'étant amélioré, la plongée débute avec la descente sur un fond de 10 mètres.

Au bout de 5 minutes, sur demande du moniteur, Michel regarde son manomètre et incrédule constate qu'il ne reste que 10 bars dans le bloc. Il en fait part au moniteur qui vérifie l'ouverture du bloc et doit se rendre à l'évidence : le bloc gréé dans l'urgence avait été utilisé par erreur le matin par un autre plongeur.

La plongée est poursuivie sur l'octopus du moniteur principalement dans la zone 6-12m.

Analyse et recommandations :

L'état nauséeux du plongeur conduit l'encadrement à accélérer la phase de mise à l'eau et le plongeur ne dispose alors pas des ressources suffisantes pour pouvoir réaliser la vérification élémentaire de la pression bouteille avant plongée.

Le changement de procédure avec une mise à l'eau sans bloc pour éviter que l'état nauséeux ne se prolonge sur le bateau, un déplacement hasardeux sur le bateau et soulager le mal de dos conduit à une rupture de la routine à la fois chez le plongeur et chez le moniteur avec les vérifications avant mise à l'eau.

Le duo est focalisé sur la gestion de l'état nauséeux du plongeur, de l'équipement de ce dernier jusqu'à l'immersion.

Comme évoqué dans l'analyse du CRFI 2017-004 « Pour quelques kilos de plombs », la vérification d'avant plongée n'a manifestement pas été faite ou alors incomplètement (interruption, précipitation, oubli). Cette dernière doit comme dans les cockpits d'avions ou maintenant dans les blocs opératoires être déroulée à des moments clés, ici avant la mise à l'eau. Dans le domaine de la plongée Loisirs, la check-list doit à minima être connue (à défaut d'être lue) et peut être déroulée par le plongeur lui-même. Ensuite, on peut procéder à une vérification croisée pour s'assurer que son binôme n'a rien oublié. Il s'agit lors de cette vérification d'avant plongée de s'assurer au minimum que :

- La bouteille est ouverte, la nature et la pression du gaz est adaptée au profil envisagé ;
- Le détendeur principal et le secondaire sont accessibles et fonctionnent correctement ;
- L'inflateur est accessible et fonctionne correctement ;
- Les purges du gilet sont accessibles et fonctionnent correctement ;
- Le lest est adapté et en place ;
- L'ordinateur est présent, fonctionnel avec un niveau de charge adapté et est correctement paramétré ;
- L'on dispose des équipements nécessaires (palmes, masque parachute, phare ...).

Des moyens mnémotechniques existent (MON IDOLE [Manomètre, Ouverture, Numérique, Inflateur, Détendeur, Octopus, Lest, Equipements], BWARF [Buoyancy, Weights, Releases, Air, Final, Ok et non Blonde Women Are Really Fun ou Bruce Willis Ruins All Films !]) ou peuvent être créés pour aider à la mémorisation de la procédure si elle n'est pas écrite.

Recommandation n°1 : Ne pas confondre Vitesse et précipitation ! Une mise à l'eau menée rapidement ne doit pas conduire à supprimer les vérifications élémentaires et croisées au sein de la palanquée. Si le moniteur ne peut conduire ces vérifications car il doit aussi s'équiper rapidement pour accueillir le plongeur dans l'eau, peut déléguer ces vérifications.

Quel que soit la situation, il est fortement recommandé à chacun de dérouler les vérifications d'avant plongée en suivant une check-list de façon ordonnée et sans interruption.

La focalisation sur un événement ne doit pas s'effectuer au détriment de ces vérifications.

Le moniteur aurait également dû avoir plus conscience que l'état nauséeux du plongeur pouvait le conduire à commettre des erreurs.

Recommandation n°2 : En cas d'état nauséeux du plongeur, il convient après s'être assuré que son état est compatible avec la plongée de redoubler d'attention sur les erreurs ou oublis qui peuvent alors être commis.

En particulier, s'il y a eu des vomissements, il faut s'assurer que le plongeur s'est correctement hydraté avant d'entreprendre la plongée. **La déshydratation conséquence d'un vomissement pourrait si elle n'était pas compensée être un facteur favorisant dans le déclenchement d'un accident de désaturation.**

A noter enfin que la panne d'air a été évitée de justesse puisque les 10 bars restants correspondent à quelques minutes de ventilation à cette profondeur.

La poursuite de la plongée sur l'octopus du moniteur est discutable et doit au minimum s'apprécier en fonction des conditions du jour (conditions de plongée, zone d'évolution, compétences du plongeur assisté). Il aurait été sans doute préférable ici de renoncer et de refaire gréer un autre bloc même si cela signifiait sans doute la fin de la plongée avec une rechute possible du plongeur nauséeux.

Ce CRFI est l'occasion de faire un point sur les médicaments anti nauséeux (ou antinaupathiques) et la plongée.

Pour prévenir le mal de mer¹, il existe une règle, plutôt simple à mémoriser, « la règle des 4F » (= Froid, Faim, Frousse (peur) et Fatigue). Il s'agit des 4 facteurs contribuant le plus à l'apparition du mal de mer. C'est pourquoi il est important de les prendre en compte pour éviter d'être malade une fois à bord...

Ce qui est aussi valable avant toute plongée puisque s'il existe bien une règle d'or avant de s'immerger, c'est d'être en forme !

Vous l'aurez donc compris, mieux vaut anticiper avant de prendre le large. Pour ce faire, pensez à vous couvrir avant d'arriver sur le spot de plongée lors de la traversée, hydratez-vous et ne partez pas en mer l'estomac vide, soyez en forme et enfin, pensez à rester calme, même si les conditions météo sont un peu plus compliquées. De plus, évitez de vous placer à côté du moteur car les odeurs émanant de celui-ci peuvent favoriser les nausées. Aussi, une autre petite astuce : regarder l'horizon. Cela peut vous aider à faire passer le mal de mer si besoin.

Il faut être vigilant quant à la prise de certains médicaments contre le mal de mer. En effet, le traitement classique se compose de médicaments (exemple : Mercalm[®], Nausicalm[®], etc...) pouvant entraîner des effets secondaires qui peuvent être dangereux pour les plongeurs... Parmi ces effets secondaires, on retrouve somnolence, vertiges, troubles de la vue, sécheresse de la bouche, des yeux, du nez. Ce type de médicaments peut donc être déconseillé pour les plongeurs puisque ces effets secondaires peuvent même entraîner, dans certains cas, une narcose à l'azote. Vous pouvez vous tourner vers l'homéopathie comme Cocculine[®] qui lui ne présente aucuns effets secondaires.

Bien que la plupart de ces médicaments soient en vente libre, il convient de demander directement à votre médecin référent pour la plongée quel type de médicament est le plus adapté pour vous compte tenu de l'activité en milieu spécifique que vous pratiquez.

¹ D'après https://www.subea.fr/conseils/comment-lutter-contre-le-mal-de-mer-en-plongee-tp_4468

