

**STAGIAIRE : Toutes les mentions sont obligatoires**

Mme  M. **NOM : Nom de naissance :**

Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Adresse obligatoire :

Code postal : Ville :

Tél. portable : Tél. professionnel :

Email obligatoire (pour envoi convocation) :

Profession :

Mode d'exercice dominant (>50%) :  Salarié  Libéral  Hospitalier

N° RPPS ou ADELI :

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de cette/ces formation(s) :

M1 : Sécurité sanitaire en France	29-30/09/2016	100 €	<input type="checkbox"/>
M2 : Vigilances et risque infectieux	20-21/10/2016	150 €	<input type="checkbox"/>
M3 : Analyse a priori des risques et certification V2014	17-18/11/2016	150 €	<input type="checkbox"/>
M4 : Evénements indésirables et analyse des causes	15-16/12/2016	150 €	<input type="checkbox"/>
M5 : Parcours et sécurité des soins	26-27/01/2017	100 €	<input type="checkbox"/>
M6 : Facteurs humains et organisationnels	16-17/02/2017	150 €	<input type="checkbox"/>
M7 : Simulation, indicateurs	16-17/03/2017	100 €	<input type="checkbox"/>
M8 : Risques par spécialité	13-14/04/2017	150 €	<input type="checkbox"/>

**REGLEMENT**

Inscription à titre individuel, **joindre votre règlement (chèque à libeller à l'ordre de M. l'Agent comptable UCBL)**

Inscription prise en charge par l'employeur, **renseigner l'attestation de prise en charge financière ci-dessous**

**EMPLOYEUR : ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE**

Je soussigné(e) agissant en qualité de :

Pour le compte de :

S'engage à régler à l'université Claude Bernard Lyon 1 l'inscription mentionnée ci-dessus :

Pour un montant de :

Numéro de SIRET: privé  public

Nom du correspondant :	<b>Si facturation à un tiers OPCALIA, AGEFOS, ...) joindre un justificatif</b>
Tél :	Tél :
Mail :	Mail :

**Date**      **Signature du stagiaire**      **Nom, signature et cachet de L'employeur**

Chaque formation sera assurée sous réserve d'un nombre suffisant d'inscrits. L'inscription sera validée au retour de la convention signée par l'employeur ou le stagiaire. Université Claude Bernard Lyon 1 - FOCAL - Antenne Santé - 8, av Rockefeller - 69373 LYON Cx 08 Tél: 04.78.77.75.76 [valerie.serveille@univ-lyon1.fr](mailto:valerie.serveille@univ-lyon1.fr)

<http://focal.univ-lyon1.fr> N° déclaration : 8269P000169

**Conseil pédagogique du D.I.U. GedRas**

Professeur Philippe Berthelot  
CHU Saint Etienne et Université Jean Monnet, hygiène hospitalière

Professeur Franck Chauvin  
Université Jean Monnet, Santé Publique

Professeur Cyrille Colin  
HCL UCBL1, Santé Publique

Docteur Antoine Duclos  
HCL UCBL1, Santé Publique

Professeur Patrice François  
Université Joseph FOURIER, Santé Publique

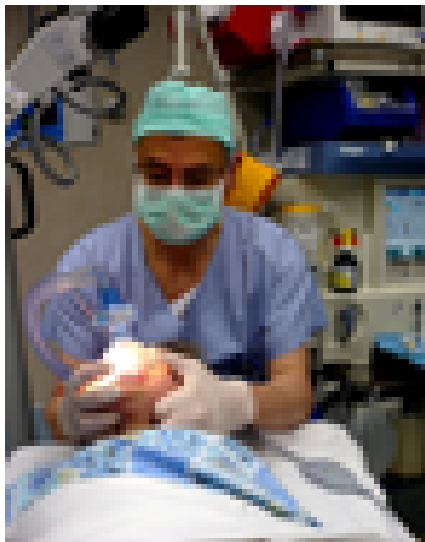
Professeur Lehot  
HCL UCBL1, Anesthésie-Réanimation

Professeur Lifante  
HCL UCBL1, Chirurgie

Professeur Philippe Michel  
HCL UCBL1, Santé Publique

Professeur Vincent Piriou  
HCL UCBL1, Anesthésie-réanimation

Professeur Philippe Vanhems  
HCL UCBL1, Santé Publique



**Diplôme Inter-Universitaire**

**GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS(GedRas)**

**D.I.U. GedRas ou MODULES**

**Session**  
**septembre 2016 – Juin 2017**

\*\*\*\*\*

**Lieu de formation**  
**LYON**

\*\*\*\*\*

**Responsables pédagogiques**  
Professeur MICHEL (C.H.U. Lyon Est)  
Professeur PIRIOU (C.H.U. Lyon Sud)

## Programme

### Enseignement : 100 heures + ateliers

#### Module 1 – Introduction du DIU ; Sécurité sanitaire en France

**Dates et lieu :** 29 et 30 septembre 2016

Accueil, introduction et déroulement du DIU, Test des connaissances et évaluation des besoins (Etape 1 du DPC), Présentation des méthodes d'analyse de pratiques professionnelles, Présentation du travail personnel à réaliser (Évaluation / amélioration des pratiques professionnelles).

Organisation nationale et régionale de la sécurité sanitaire, Environnement réglementaire, Gouvernance et organisation en établissement, Organiser et gérer un système qualité efficace, Responsabilité médicale, assurabilité du risque, Réclamations : structures, traitement...

#### Module 2 – Vigilances et risque infectieux

**Dates et lieu :** 20 et 21 octobre 2016

Risque infectieux, Vigilances réglementaires, Pharmacovigilance, Matérovigilance Hémovigilance, Radiovigilance / radioprotection, Gestion des déchets et effluents à risque, Introduction à la médecine des catastrophes

#### Module 3 – Analyse a priori des risques et certification V2014

**Dates et lieu :** 17 et 18 novembre 2016

Fin de la présentation des vigilances

Analyse a priori des risques : méthodes ?

Comment déployer ces méthodes pour la préparation de la certification V2014 ?

Analyse de processus et appréciation des risques, Méthodes industrielles (AMDEC et méthodes dérivées, analyse Préliminaire de Risques (APR), Cartographie des risques), Méthodes déclaratives (outil Interdiag et autres)

#### Module 4 – Événements indésirables et analyse des causes

**Dates et lieu :** 15-16 décembre 2016

Gestion des risques en équipe, Événements indésirables (risques physiques et risques psychologiques), Méthodes d'analyse des causes  
Retour d'expérience.

#### Module 5 – Parcours et sécurité des soins

**Dates et lieu :** 26 et 27 janvier 2017

Présentation par les participants de leur projet individuel d'amélioration des pratiques : bilan à mi-parcours;

Patient-traceur, chemins cliniques et parcours, quelle contribution à la sécurité des soins ?

#### Module 6 – Facteurs humains et organisationnels

**Dates et lieu :** 16 et 17 février 2017

Travail en équipe, Sécurité et facteurs humains, résilience, déviance, La souffrance des médecins et des soignants au travail, Culture de sécurité.

Gestion de crise - Communication, Annonce d'un dommage à un patient

#### Module 7 – Simulation - Indicateurs

**Dates et lieu :** 16 et 17 mars 2017

Indicateurs de tableaux de bord, La performance entre qualité, risques et maîtrise des coûts.

Simulation haute et moyenne fidélité

Mise en situation.

#### Module 8 – Risques par spécialité

**Dates et lieu :** 13 et 14 avril 2017

Quelles spécificité en gestion des risques en médecine générale, anesthésie-bloc opératoire, réanimation, médicament, risque infectieux, obstétrique (liste à préciser en fonction des participants) : Modules spécifiques par spécialité

## Objectifs :

Ce diplôme a pour but :

- de fournir des méthodes et outils en termes de management, d'organisation et de mise en œuvre de programmes de gestion des risques
- de favoriser les échanges et réflexions entre professionnels et établissements

Les compétences attendues ne sont pas un savoir généraliste mais une maîtrise d'outils de gestion des risques. Les professionnels formés devront être capables à l'issue de la formation de jouer le rôle de référents sur leur lieu de travail.

## Inscription au diplôme GedRas

- **Condition d'inscription :**  
Tout professionnel exerçant en milieu de soins
- **Durée de la formation :** 1  
année universitaire
- **Retour du bulletin de pré-inscription avant le :**  
**07/09/2016**
- **Nombre maximum d'inscrits :** 50  
**Nombre minimum d'inscrits :** 30
- **Tarif :**  
Formation Initiale (FI) : 800€  
Formation Continue (FC) : 1300€
- **Renseignements pédagogiques :**  
Tél. : 04 78 77 10 32  
E-Mail : lorene.segaud@univ-lyon1.fr
- **Renseignements administratifs :**  
Tél.: 04 78 77 70 49  
Fax: 04 78 77 28 10  
E-mail : valerie.serveille@univ-lyon1.fr

## Inscription aux modules du GedRas

Les modules peuvent être suivis indépendamment d'une inscription au diplôme.

- **Retour du bulletin d'inscription :**  
**Au plus tard le :**  
**07/09/2016**
- **Tarif :**  
100€ par module de 1 jour  
150,00 € par module de 2 jours.

Année Universitaire 2016/2017

<b>ÉTAT CIVIL</b>	
NOM PATRONYMIQUE :	
NOM D'USAGE :	
Prénom :	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :	
N° INSEE :	
ADRESSE PERSONNELLE :	
E.MAIL (Obligatoire):	
☎ :	/ / / / /

<b>ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES</b>	
<input type="checkbox"/> SALARIÉ (E) <input type="checkbox"/> LIBÉRAL (E)	
FONCTION EXERCÉE :	.....
NOM DE L'EMPLOYEUR :	.....
ADRESSE :	.....
Tél. :	..... FAX : .....
@ E-mail :	.....

<b>PROFIL PROFESSIONNEL</b>	
DIPLÔME:	.....
- ANNÉE D'OBTENTION :	.....
LIEU :	.....
.....	.....
OBJECTIFS PERSONNELS :	.....

<b>PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE FORMATION</b>	
<input type="checkbox"/> CANDIDAT <input type="checkbox"/> EMPLOYEUR <input type="checkbox"/> ORGANISME	
<input type="checkbox"/> PARITAIRE <input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE DE L'EMPLOYEUR EN	
ATTENTE DE REPONSE : SI REFUS DE PRISE EN CHARGE :	
<input type="checkbox"/> Annulation de l'inscription <input type="checkbox"/> Inscription individuelle	

<b>COMMENT AVEZ- CONNU LA FORMATION ?</b>	
<input type="checkbox"/> AFFICHES <input type="checkbox"/> PLAQUETTE DIU GedRas <input type="checkbox"/> BROCHURE DE	
L'UNIVERSITE <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> BOUCHE A OREILLE	
<input type="checkbox"/> AUTRE :	
.....	

Fait à..... le ....., Signature

**\*Prière de renvoyer cette fiche complétée, accompagnée  
d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation à :**

Hospices Civils de Lyon  
DOQRU  
Pr Philippe MICHEL  
3 quai des Célestins  
69002 Lyon

Ainsi que le format électronique de ces documents par  
mail à la secrétaire : [lorene.segaud@univ-lyon1.fr](mailto:lorene.segaud@univ-lyon1.fr)

**Date limite de retour 7 SEPTEMBRE 2016 cachet de la  
poste faisant foi**