



EHESP

Elève-Directeur d'Hôpital

Promotion : **2007 / 2009**

Date du Jury : **décembre 2008**

**La gestion globale des risques en
établissement de santé : enjeux liés à
l'élaboration d'une cartographie des
risques au Centre hospitalier de
Longjumeau.**

Adeline CLEC'H

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Pascale Rave, pour son soutien dans la réalisation de ce travail et ses conseils avisés, à la directrice en charge de la qualité et de la gestion des risques au Centre hospitalier de Longjumeau, Michèle Perrin, à sa collaboratrice Françoise Coutelle, aux acteurs de l'hôpital engagés dans la gestion des risques qui m'ont accordé de leur temps lors de nos entretiens et à l'ensemble de l'équipe de direction avec qui j'ai eu un réel plaisir à travailler.

Je souhaite également remercier Emilie Bacquart, étudiante en école d'ingénieur spécialisée dans la gestion des risques industriels, avec qui j'ai collaboré pour réaliser la typologie des risques de l'établissement.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREAMBULE PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE ADOPTEE.	3
La recherche documentaire.....	3
Les entretiens avec des experts extérieurs	3
L'enquête in situ.....	4
1^{ERE} PARTIE : LE RENFORCEMENT ET L'EVOLUTION DES EXIGENCES DANS LE DOMAINE DE LA SECURITE SANITAIRE IMPACTENT L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE, LES CONDUISANT A ADAPTER LEUR SYSTEME ET LEURS OUTILS DE MANAGEMENT DES RISQUES.	5
A. Les exigences de différentes nature dans le domaine de la gestion des risques hospitaliers se sont fortement renforcées depuis le milieu des années 1990, impactant l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé.	5
1°) Les établissements de santé, structures à risques, occupent une place essentielle dans le dispositif national de sécurité sanitaire, qui n'a cessé de se renforcer et d'évoluer à partir des années 1990.	5
2°) Les établissements de santé ont progressivement intégré les nouvelles exigences relatives à la gestion des risques dans leur organisation et leur fonctionnement à un rythme et selon des modalités différentes.	10
B. Les établissements de santé sont aujourd'hui conduits à franchir une nouvelle étape passant d'une gestion éclatée des risques à une gestion globale et coordonnée, véritable système de management des risques, s'appuyant sur de nouveaux outils telle la cartographie des risques.....	13
1°) Face au constat d'une gestion éclatée des risques en établissement de santé, les autorités sanitaires recommandent la mise en œuvre d'une approche globale des risques permettant une priorisation des actions à mener.	13
2°) La cartographie des risques d'établissement, outil innovant dans le milieu hospitalier, facilite la mise en œuvre d'une gestion globale et coordonnée des risques.	18

2EME PARTIE : LA DEMARCHE INNOVANTE DEVELOPEE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU D'ELABORATION D'UNE CARTOGRAPHIE DES RISQUES D'ETABLISSEMENT COMME PRINCIPAL OUTIL DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE GESTION GLOBALE ET COORDONNEE DES RISQUES N'A PERMIS D'ATTEINDRE QUE PARTIELLEMENT LES RESULTATS ATTENDUS.21

A. Le Centre hospitalier de Longjumeau a initié une démarche visant à l'élaboration d'une cartographie des risques dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique qualité et gestion des risques et en réponse aux recommandations établies par la HAS dans son rapport de certification. 21

1°) Renforcé par les dispositions de la note d'orientation relative à la qualité et à la gestion des risques de 2004, le système de management des risques du Centre hospitalier de Longjumeau se situe au centre des recommandations du rapport de certification de la HAS d'avril 2006. 21

2°) Pour garantir une sécurité sanitaire optimale au sein de l'établissement et répondre aux recommandations de la HAS, le Centre hospitalier de Longjumeau a engagé une démarche innovante visant à l'élaboration d'une cartographie des risques. 24

B. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques d'établissement et les résultats limités obtenus interrogent les modalités de conception de cet outil. 30

1°) L'analyse de la démarche menée au Centre hospitalier de Longjumeau met en évidence une focalisation des acteurs sur la production de l'outil. 30

2°) Les enjeux liés à l'élaboration d'une cartographie des risques résident moins dans la production de l'outil que dans les perspectives de gestion qu'offrent ses conditions de conception. 31

3^{EME} PARTIE : AU REGARD DE L'ETUDE DES EXPERIENCES MENEES DANS D'AUTRES ETABLISSEMENTS DE SANTE, L'ELABORATION D'UNE CARTOGRAPHIE DES RISQUES PEUT CONSTITUER UN OUTIL CENTRAL DE LA GESTION GLOBALE DES RISQUES AU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU DES LORS QU'ELLE EST CONÇUE COMME UN LEVIER POUR EN STRUCTURER L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT 33

A. L'analyse des expériences connues de cartographie des risques conduit à préconiser de concevoir cet outil essentiellement comme un levier d'amélioration du système de management des risques permettant la mise en œuvre d'une gestion globale des risques. 33

1°) Le Centre hospitalier de Longjumeau doit prendre du recul par rapport aux expériences connues de cartographie des risques centrées sur la production de l'outil. 34

2°) Pour présenter une réelle utilité au Centre hospitalier de Longjumeau, la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques doit être conçue comme un levier d'amélioration du système de management des risques. 38

B. Une démarche d'élaboration d'une cartographie des risques comme outil de la mise en œuvre d'une gestion globale des risques n'a de sens au Centre hospitalier de Longjumeau que si elle conduit à une évolution de son système de management des risques.	39
1°) La gestion des risques au Centre hospitalier de Longjumeau relève de démarches et d'acteurs nombreux et non systématiquement articulés.	39
2°) La proposition pour le Centre hospitalier de Longjumeau porte sur l'évolution de l'organisation et du fonctionnement de la gestion des risques sur la base du levier d'action constitué par la cartographie des risques.....	41
 CONCLUSION	 51
 BIBLIOGRAPHIE	 53
 LISTE DES ANNEXES.....	 I

Liste des sigles utilisés

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AMDEC	Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité
ANAES	Agence nationale d'évaluation en santé
AP-HP	Assistance publique Hôpitaux de Paris
APR	Analyse préliminaire des risques
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CHL	Centre hospitalier de Longjumeau
CHSCT	Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLAN	Comité de liaison alimentation et nutrition
CLIN	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CME	Commission médicale d'établissement
CNEH	Centre national d'enseignement hospitalier
COMEDIMS	Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
COPS	Comité d'organisation de la permanence des soins
CSIMRT	Commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
CSQ	Comité stratégique qualité
CSTH	Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
CRUQPEC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EIG	Événement indésirable grave
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HAS	Haute autorité de santé
Sofgres	Société française de gestion des risques en établissement de santé
V2	Deuxième itération de la procédure de certification.

Introduction

La notion de risque est devenue une notion incontournable de la gestion hospitalière : à la toute confiance des usagers du système de santé fondée sur les progrès de la science médicale, sur l'amélioration des indicateurs de santé et sur l'accès élargi de la population aux soins, s'est progressivement substituée l'expression forte d'une aversion au risque subi qui a eu pour point de départ en France la crise du sang contaminé.

Le risque en santé est ainsi perçu essentiellement négativement comme le souligne la définition donnée par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins : « le risque est une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine ; dans un établissement de santé, ces événements sont ceux dont la survenue perturbe la réalisation de ses missions premières : assurer des soins de qualité aux personnes en toute sécurité »¹.

Or les risques en établissement de santé se caractérisent par leur importance, leur hétérogénéité ainsi que par la part essentielle du facteur humain : l'hôpital accueille des patients, qui tous relèvent d'une situation particulière et dont la prise en charge repose principalement sur les personnels soignants.

La gestion des risques constitue par conséquent un enjeu majeur pour les responsables hospitaliers alors même qu'elle apparaît difficilement saisissable : si la finalité qui est celle d'une réduction maximale des niveaux de risques est clairement établie, la gestion des risques peut tout aussi bien désigner la gestion quotidienne des aléas de tout ordre survenant dans un service que la mise en œuvre de méthodes précises d'identification et d'analyse des risques. Ainsi, alors que certains conçoivent la gestion des risques sous l'angle de l'intervention et la définissent comme « un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire chaque fois que cela est possible les risques encourus », d'autres retiennent une approche plus proche de l'ingénierie, la définissant alors comme « un processus régulier, continu et coordonné intégré à l'ensemble de l'organisation qui permet l'identification, le contrôle et l'évaluation des risques ».

La démarche développée en 2006 par le Centre hospitalier de Longjumeau visant l'élaboration d'une cartographie des risques de l'établissement conçue comme un outil d'aide à la mise en œuvre d'une gestion globale des risques illustre l'importance accordée à la

¹ DHOS, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, 2004, p. 3

gestion des risques dans les établissements de santé en même temps que son évolution et la réflexion dynamique dont elle est l'objet actuellement. En effet, il est demandé aujourd'hui aux établissements de santé de s'intéresser aux méthodes de gestion des risques employées dans les secteurs industriels pour tenter d'atteindre un niveau de sécurité maximale.

Dès lors, où en est-on de la gestion des risques en établissement de santé ? Comment les concepts ont-ils évolué dans ce domaine et quel en a été l'impact sur le fonctionnement hospitalier ? Quels enseignements peut-on tirer de l'expérience de cartographie des risques menée au Centre hospitalier de Longjumeau ? En quoi cet outil peut-il permettre d'améliorer la performance de la gestion des risques ?

La méthodologie adoptée pour réaliser ce mémoire est présentée en préambule.

Nous verrons dans une première partie dans quelle mesure le renforcement et l'évolution des exigences de sécurité sanitaires applicables aux établissements de santé ont impacté l'organisation et le fonctionnement de ceux-ci. Puis nous étudierons dans une seconde partie la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques développée au Centre hospitalier de Longjumeau et les limites des résultats obtenus. Enfin, nous tenterons en troisième partie de mettre en évidence que cet outil, pour présenter une réelle utilité pour le Centre hospitalier de Longjumeau, doit être essentiellement conçu comme un levier d'amélioration du système de management des risques.

Préambule : Présentation de la méthodologie adoptée.

La méthode d'investigation retenue pour réaliser ce mémoire s'est articulée autour de trois axes.

La recherche documentaire

Cette première étape indispensable a permis de préciser les notions de risques, de gestion des risques, de management des risques, de se familiariser avec les concepts et les méthodes de gestion des risques (danger, événement indésirable, cause latente, cause patente, AMDEC, APR, HACCP...), de situer l'évolution de la gestion des risques hospitaliers par rapport aux expériences des hôpitaux à l'étranger et au secteur privé, de comprendre les nouveaux enjeux liés à la gestion des risques hospitaliers, de prendre connaissance d'expériences d'élaboration de cartographie des risques développées dans d'autres établissements.

Parmi les sources documentaires retenues figurent principalement les rapports et documents produits par les autorités sanitaires (DHOS, ANAES, HAS), les articles publiés dans la revue spécialisée *Risques et Qualité en milieu de soins*, les supports de formation à la gestion des risques de l'EHESP.

Les entretiens avec des experts extérieurs

L'ensemble de mes recherches et de mes travaux ont été encadrés par Pascale Ravé, gestionnaire de risques à l'hôpital militaire des Invalides et consultante du CNEH dans le domaine de la gestion des risques.

Les entretiens semi directifs réalisés avec les gestionnaires de risques des centres hospitalier d'Aulnay et de Dieppe visaient à connaître l'expérience d'autres établissements dans le domaine de la gestion des risques, à préciser l'impact de la procédure de certification dans ce domaine et à recueillir des avis sur l'opportunité et la faisabilité de l'élaboration d'une cartographie des risques.

Par ailleurs, la participation aux journées nationales de la Sofgres organisées en juin 2008 et la participation à l'atelier « élaboration d'une cartographie des risques » a permis une meilleure connaissance des réflexions en cours sur les outils de la gestion des risques.

L'enquête in situ

L'enquête in situ s'est appuyée sur quatre éléments.

Le premier élément est le recueil et l'analyse des documents internes (note d'orientation relative à la qualité et la gestion des risques, fiche projet « gestion des risques », rapports de certification, règlement intérieur des différentes structures participant à la gestion des risques, CPOM, projet médical, projet de soins, projet social, plan de formation...).

Le second élément est constitué par la participation aux structures en charge de la gestion des risques : Comité stratégique qualité, Comité de gestion des risques et des vigilances, cellule opérationnelle de gestion des risques, groupes de travail.

Le troisième élément est la réalisation d'entretiens semi directifs avec le Président du CLIN, le Président du Comité de gestion des risques et des vigilances, le responsable de la matériovigilance, un cadre et un responsable de la logistique dont certains sont retranscrits en annexe 6.

De plus, la réflexion développée est issue des échanges libres réalisés sur toute la période du stage avec l'équipe de direction, la directrice de la qualité, la chargée de mission qualité et gestion des risques, l'étudiante en stage issue d'une école d'ingénieur spécialisée dans les risques industriels.

Dans un premier temps, l'enquête in situ a consisté dans un travail d'analyse de la démarche menée et de l'organisation en place.

Parallèlement, sur les conseils de Pascale Ravé, un travail d'élaboration de la typologie des risques de l'établissement a été engagé en collaboration avec l'étudiante.

Enfin, la réflexion menée a abouti à une proposition d'évolution de l'organisation et du fonctionnement de la gestion des risques du Centre hospitalier de Longjumeau avec la présentation d'un nouvel organigramme et d'un outil de gestion élaboré à partir de la typologie des risques.

1^{ère} Partie : Le renforcement et l'évolution des exigences dans le domaine de la sécurité sanitaire impactent l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé, les conduisant à adapter leur système et leurs outils de management des risques.

Traduction d'une évolution de la perception du risque dans les sociétés occidentales, le dispositif de sécurité sanitaire applicable aux établissements de santé s'est renforcé et a évolué dans ses concepts, impactant l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé (A). Sous l'impulsion des recommandations de la Haute Autorité en santé et de la Direction de l'Hospitalisation et des soins, les établissements de santé sont aujourd'hui conduits à franchir une nouvelle étape, passant d'une gestion ciblée et éclatée des risques à une gestion globale et coordonnée, s'appuyant sur de nouveaux outils inspirés du secteur privé (B).

A. Les exigences de différentes nature dans le domaine de la gestion des risques hospitaliers se sont fortement renforcées depuis le milieu des années 1990, impactant l'organisation et le fonctionnement des établissements de santé.

Structures à risques, les établissements de santé occupent une place essentielle dans le dispositif national de sécurité sanitaire, qui n'a cessé de se renforcer depuis les années 1990 (1°). Ils ont ainsi intégré à des rythmes et selon des modalités variables ces exigences dans leur organisation et leur mode de fonctionnement (2°).

1°) Les établissements de santé, structures à risques, occupent une place essentielle dans le dispositif national de sécurité sanitaire qui n'a cessé de se renforcer et d'évoluer à partir des années 1990.

Structures à risques (a), les établissements de santé sont soumis à un système de sécurité sanitaire mixte combinant l'application de mesures réglementaires (b) et de dispositifs incitatifs (c) qui tendent à affirmer la place essentielle de la gestion des risques dans le management hospitalier.

a) L'hôpital, de part la nature de ses activités et ses modalités de fonctionnement, est une structure particulièrement génératrice de risques.

Le champ des risques en établissement de santé est vaste et diversifié au regard des domaines de risques concernés qui s'étendent des bâtiments et des installations aux conditions de travail des personnels et aux conditions de prise en charge des patients, au regard de la multiplicité et de l'hétérogénéité des situations à risques liées aux activités médicales et de soins qui varient en fonction des spécialités médicales, des caractéristiques des patients, des pratiques médicales et soignantes.

De plus, le fonctionnement hospitalier génère des risques spécifiques compte tenu de la multiplicité des métiers et des cultures professionnelles, de l'obligation de service continu intégrant une part importante d'activité non programmée, du rôle de formation assuré par les hôpitaux.

Par ailleurs, l'importance des niveaux de risque présents en établissement de santé est soulignée par les études épidémiologiques, l'analyse nationale des événements indésirables graves (EIG) réalisée par la DREES entre avril et juin 2004² ainsi que par les données des organismes assureurs et des vigilances sanitaires.

Les principales études épidémiologiques ont été réalisées aux Etats-Unis en 1984, 1991 et 1997. Pour l'*Institute of Médecine*, l'extrapolation des résultats des études américaines permet d'estimer le nombre annuel de décès liés à la survenue d'événements indésirables entre 40 000 et 100 000 par an pour l'ensemble des hospitalisations de court séjour, ce qui en fait la 8^{ème} cause de mortalité dans ce pays, avant les accidents de la route. En France, les enquêtes nationales de prévalence confirment l'importance du risque infectieux nosocomial, qui concernerait 6.4 % des hospitalisations de 1996 et 2001 et du risque médicamenteux, qui concernerait 10% des hospitalisations dont 30% avec des effets indésirables graves. L'étude de la DREES relève un nombre élevé d'EIG survenus au cours des hospitalisations (190 000) et d'admissions en établissement de santé ayant pour origine un EIG évitable (70 000). Les données récentes de la SHAM, principal organisme assureur des établissements hospitaliers confirment également l'importance du risque iatrogène qui représente 90% du nombre et du coût des sinistres, les spécialités les plus exposées en terme de fréquence et de gravité des risques étant l'obstétrique, l'anesthésie et les spécialités chirurgicales³.

² DREES, Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale, *Etudes et résultats*, mai 2005, n° 398.

³ ANAES, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, janvier 2003

b) La diversité et la criticité des risques hospitaliers expliquent que les établissements de santé se situent au centre du dispositif de sécurité sanitaire qui n'a cessé de se renforcer depuis le milieu des années 1990.

La gestion des risques dans les établissements de santé repose sur la réglementation des activités hospitalières à laquelle sont venus s'ajouter des dispositifs incitatifs et des dispositions affirmant sa place essentielle dans le management hospitalier.

Le référentiel « sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation version 5 juillet 2005 » fait l'inventaire des textes juridiques applicables aux établissements de santé en matière de sécurité sanitaire. Ces obligations réglementaires portent sur la sécurité d'utilisation des produits, les vigilances, la gestion du risque infectieux, les activités de soins, la sécurité des locaux et des personnes, la sécurité alimentaire, les fluides, la gestion des déchets ; le ministère de la santé, les Préfets, les Directeurs d'ARH, AFSSAPS exerçant un pouvoir de police sanitaire au travers des missions d'inspection, des autorisations d'activité, contrôlant le respect des textes législatifs et réglementaires.

Sans développer tous les aspects liés à la réglementation, l'instauration des vigilances sanitaires et de secteurs d'activité normés illustre le développement des règles de sécurité sanitaire au sein des établissements de santé.

Créées de manière quelque peu dispersée dans les années 1990, les vigilances (hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, biovigilance, réactovigilances, infectiovigilance) ont été réorganisées par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'homme, qui place les établissements de santé au cœur du dispositif de vigilance. En effet, ce sont les établissements de santé, qui au travers des professionnels de santé et des correspondants locaux de l'AFSSAPS, organisent le signalement, l'enregistrement, le traitement et la gestion des alertes relatifs aux événements indésirables ou aux effets inattendus liés à l'utilisation de produits de santé.

Les activités de soins considérées comme les plus à risques sont également désormais réglementées. On peut citer l'exemple de l'activité d'anesthésie, réglementée depuis 1994 et soumise à des conditions techniques de fonctionnement (consultation pré-anesthésique obligatoire, normes de surveillance clinique, surveillance continue post-interventionnelle...) et à des conditions techniques d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux employés.

c) Conçue dans un premier temps sous un angle strictement réglementaire, la gestion des risques hospitaliers s'est ensuite étendue à l'ensemble du fonctionnement des établissements de santé avec l'émergence de dispositifs incitatifs de différentes natures.

Un premier dispositif incitatif est constitué par les procédures d'accréditation puis de certification des établissements de santé développées avec la création de l'ANAES par les ordonnances du 24 avril 1996 intégrée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie au sein de la HAS.

Dès sa première version, le référentiel d'accréditation a établi des références et des critères d'évaluation portant sur la gestion des risques, exigences qui seront renforcées dans le second manuel d'accréditation publié en 2004. En préambule de la partie relative à l'organisation de la qualité et de la gestion des risques, il est ainsi précisé que « le système de management de la qualité doit viser à garantir la qualité des soins (...) pour ce faire, la démarche de gestion des risques va consister, au plan managérial, à impulser une politique et une culture de sécurité, à définir des responsabilités, permettant, in fine, d'avoir un impact sur les pratiques et, au plan technique, d'identifier les risques, de les analyser, puis de les réduire ». Sept références concernent ainsi la gestion des risques et notamment la référence 14 « la gestion des risques est organisée et coordonnée » intégrant l'identification, l'analyse a priori et a posteriori des risques, leur hiérarchisation et leur traitement. La procédure de certification a poursuivi cette tendance, la thématique de la gestion des risques ayant été identifiée par la HAS comme devant faire l'objet d'un examen approfondi. Cela s'est traduit dans les résultats des 216 premières procédures de certification analysées dans la revue *Risques et Qualité*⁴ : 5 critères relatifs à la gestion des risques font partie des 10 critères les plus fréquemment visés par les décisions de la Commission de certification et de nombreux établissements ont vu leur niveau de certification se dégrader en V2 dans le domaine de la gestion des risques. Ainsi, la HAS incite fortement les établissements à améliorer leurs démarches de gestion des risques au travers de la procédure de certification.

Ce dispositif incitatif à destination des établissements a été récemment complété par la mise en place de l'accréditation des médecins⁵ également organisée par la HAS. L'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissement de santé se définit comme « une démarche nationale de gestion des risques fondée sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables

⁴ DAUCOURT (V.), NACHIN (P.), La certification V2 : analyse des 216 premières procédures, *Risques et Qualité*, 2007, volume IV, n°3.

⁵ Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006.

porteurs de risques médicaux, sur l'élaboration et la mise en œuvre de recommandations » et concerne les spécialités à risques (chirurgiens et médecins exerçant une spécialité interventionnelle, une activité d'échographie ou de réanimation). La HAS présente ce dispositif comme participant à la gestion des risques des établissements par le développement d'une culture de gestion des risques et la mobilisation des acteurs.

Un second dispositif incitatif est constitué par le développement des objectifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans les contrats d'objectifs et de moyens liant les institutions sanitaires. Ainsi, les contrats entre l'Etat et les ARH ont inclus des objectifs relatifs à la gestion des risques, retenant notamment comme indicateurs le taux d'établissements de santé ayant signé un CPOM comprenant des items de gestion des risques parmi ceux accrédités avec des réserves dans ce domaine. De la même façon, les établissements sont incités à inclure des objectifs relatifs à la sécurité des soins dans les contrats de pôle.

Outre les dispositifs incitatifs institutionnels, les établissements de santé sont conduits à renforcer leurs démarches de gestion des risques dans le cadre de leurs relations avec les organismes assureurs et de l'évolution du droit de la responsabilité.

Les assureurs ont constaté une évolution très nette de la sinistralité des établissements de santé à partir des années 1990. Ainsi, entre 1989 et 1996, le nombre de déclarations de sinistres enregistré par la SHAM, principal assureur hospitalier a plus que doublé pendant que le coût des sinistres progressait de 300%. Face à ce constat, les assureurs ont relevé leurs primes d'assurances qui sont désormais négociées en fonction de l'appréciation portée sur l'efficacité de la gestion des risques dans l'établissement.

Parallèlement, les établissements et les responsables hospitaliers ont également vu s'étendre les possibilités d'engagement de leur responsabilité civile et pénale conférant une importance particulière à la gestion des risques.

Enfin, les dispositions relatives à la nouvelle gouvernance hospitalière issues de l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé visent à renforcer la place de la qualité et de la gestion des risques dans le management hospitalier. Ainsi, parmi ses nouvelles attributions, le conseil d'administration se voit confier la compétence de délibérer sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, traduisant l'importance stratégique de ce volet du projet d'établissement. De plus, les dispositions relatives à la nouvelle gouvernance instituent la sous-commission de la CME chargée de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins, « l'objectif étant d'améliorer

l'efficacité des politiques mises en œuvre dans ces domaines en plaçant toutes les instances spécialisées sous l'égide de la CME qui devient garante des mesures proposées »⁶.

D'abord envisagée sous un angle strictement réglementaire, la gestion des risques s'affirme désormais comme un élément essentiel et incontournable de la gestion hospitalière. Cette montée en puissance de la sécurité des soins a eu un impact significatif sur l'organisation et le fonctionnement de l'ensemble des établissements avec des traductions concrètes variables.

2°) Les établissements de santé ont progressivement intégré les nouvelles exigences relatives à la gestion des risques dans leur organisation et leur fonctionnement à un rythme et selon des modalités différentes.

Les établissements de santé ont progressivement intégré les nouvelles exigences relatives à la gestion des risques dans leurs politiques d'établissement (a), dans leur organisation, leur fonctionnement et dans les pratiques professionnelles (b) à un rythme et selon des modalités variables.

a) La grande majorité des établissements de santé a intégré la politique qualité et de gestion des risques dans le projet d'établissement, celle-ci pouvant être déclinée dans le projet médical, le projet de soins, le projet social. La gestion des risques influe ainsi sur les axes de formation, sur l'investissement, sur les procédures ou protocoles établis d'une manière plus ou moins explicite.

La politique développée au CHU d'Angers depuis 2005 illustre de manière exemplaire la nouvelle importance donnée à la démarche de gestion des risques. Celle-ci est en effet intégrée dans un projet Qualité – Risques – Evaluation (QRE), lui-même individualisé au sein du projet d'établissement et revendiqué comme élément central et structurant de celui-ci : toutes les politiques et actions de l'établissement sont ainsi abordées sous l'angle de la qualité et de la sécurité des soins.

b) Les établissements ont également fait évoluer leurs organisations, les compétences et les dispositifs opérationnels de gestion des risques.

⁶ Site du ministère de la santé, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, DHOS, décembre 2007.

Tous les établissements sont aujourd'hui dotés de services ou de cellules en charge de la qualité et de la gestion des risques et rattachés à une direction fonctionnelle.

Les personnels en charge de ces domaines sont en nombre et de compétences variables selon les hôpitaux. Le métier de gestionnaire de risques s'est développé, pouvant être occupé par un cadre administratif ou soignant spécifiquement formé voire par un ingénieur. Leur rôle va du traitement des fiches de signalement des événements indésirables à l'organisation de la gestion des risques dans l'établissement.

Les dispositifs opérationnels de gestion des risques s'organisent généralement au niveau de chaque secteur réglementé : dispositif incendie, anti-malveillance, prévention des risques professionnels, lutte contre les infections nosocomiales, dispositif de vigilances sanitaires, système de radioprotection..., avec au sein de chaque secteur une organisation plus ou moins formalisée en termes d'identification des responsabilités, d'élaboration et de mise en œuvre de programmes d'action, de moyens alloués.

En dehors des secteurs réglementés, des dispositifs plus transversaux se sont récemment développés avec le signalement et le traitement des événements indésirables, la coordination des vigilances et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour mieux identifier les risques non réglementés et développer une culture de sécurité, la majorité des établissements a mis en place un dispositif de signalement des événements indésirables définis comme « un changement non souhaité affectant le déroulement d'un processus »⁷ Ce dispositif repose sur la mise à disposition de l'ensemble des personnels hospitaliers de fiches leur permettant de signaler un risque potentiel ou un événement indésirable réalisé. Les modalités de mise en œuvre de ce dispositif sont variables en termes de formation des personnels, d'organisation du circuit de l'information, de traitement des fiches de risques.

Certains hôpitaux ont également souhaité mettre en place une coordination de la gestion des risques et des vigilances.

Ainsi, l'AP-HP a instauré à partir de 1997 un comité chargé de la coordination des vigilances et des risques sanitaires (COVIRIS), réunissant les responsables de vigilances, les présidents du CLIN, du Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, de la Commission du médicament, des directeurs des administrations centrales et des experts hospitaliers.

⁷ TRIADOU (P.), *Fascicule de formation ENSP*, 2007.

Au CHU de Nice, c'est en 1999 qu'est institutionnalisée la coordination des vigilances sanitaires et de la gestion des risques dont les attributions vont au-delà des vigilances réglementaires ayant pour axes de travail l'organisation du signalement des événements indésirables, la gestion de l'alerte, la sensibilisation et la formation des personnels, le développement de vigilances spécifiques (anesthésiovigilance, infectiovigilance, vigilances des pratiques infirmières...)⁸.

Enfin, sous l'impulsion de la seconde version du manuel d'accréditation, les établissements de santé ont été conduits à mettre en œuvre un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) portant notamment sur les risques liés aux soins (référence 45) débouchant fréquemment sur la constitution de groupes d'audit ou d'équipes de pilotage en charge de choisir les thèmes d'EPP et d'organiser le travail des groupes thématiques.

Sous l'impulsion des dispositifs réglementaires et incitatifs, les établissements de santé ont connu un important développement des démarches de gestion des risques en leur sein. Toutefois, ces démarches mises en œuvre dans les différents secteurs par des acteurs nombreux se développent souvent de manière parallèle, sans réelle coordination et sans mesure systématique des résultats atteints.

C'est pourquoi les établissements de santé sont aujourd'hui incités à franchir une nouvelle étape avec la mise en place d'une gestion globale et coordonnée des risques susceptible de s'appuyer sur des outils issus de la gestion d'entreprise.

⁸ GRIMAUD (D.), *La coordination des vigilances à l'hôpital*, ENSP, 2001

B. Les établissements de santé sont aujourd'hui conduits à franchir une nouvelle étape passant d'une gestion éclatée des risques à une gestion globale et coordonnée, véritable système de management des risques, s'appuyant sur de nouveaux outils telle la cartographie des risques.

Le constat réalisé aujourd'hui est celui d'une gestion des risques hospitaliers éclatée, sectorisée dont les résultats sont difficilement mesurables, incitant le ministère de la santé et la HAS à préconiser l'instauration d'un véritable système de management des risques basé sur une approche globale des risques (1°). Ces préconisations s'accompagnent d'une réflexion sur les outils pouvant faciliter la mise en œuvre d'une telle politique telle la cartographie des risques (2°).

1°) Face au constat d'une gestion éclatée des risques en établissement de santé, les autorités sanitaires recommandent la mise en œuvre d'une approche globale des risques permettant une priorisation des actions à mener.

Préconisées par les autorités sanitaires, l'approche globale des risques traduit une évolution importante de la conception de la gestion des risques dans les établissements de santé amenée à se transformer en un véritable système de management des risques (a). Dès lors il apparaît essentiel de mieux comprendre ce qu'elle recouvre et comment elle peut être mise en œuvre (b).

a) L'approche globale des risques hospitaliers, préconisée par l'ANAES, la HAS, la DHOS et les ARH traduit une évolution de la conception de la gestion des risques.

En janvier 2003, l'ANAES publie un document intitulé « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé ». En introduction, le constat est fait d'une gestion éclatée des risques : « dans les établissements de santé, de nombreuses démarches qu'elles soient d'origine professionnelle, managériale ou réglementaire, visent à maîtriser les différents risques identifiés. Elles sont le plus souvent conçues de manière thématique (risque incendie, malveillance, risque médicamenteux...). De plus les acteurs sont multiples : gestionnaires, soignants, médecins, ingénieurs, service juridique, médecine du travail, CHSCT...Cependant, cette approche des différents risques a conduit à une gestion éclatée. Or, l'absence d'une vision globale des risques rend la maîtrise difficile. Certains risques sont fortement pris en compte alors que d'autres le sont insuffisamment

malgré leur importance ». Ce constat la conduit à préconiser une approche globale des risques.

Cette réflexion est reprise par la DHOS qui publie le 29 mars 2004 une circulaire relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé qui retient « une approche transversale, coordonnée et pluridisciplinaire de la gestion des risques ». Cette circulaire confie un rôle d'accompagnement aux ARH chargées « de contribuer au développement des programmes de gestion des risques en favorisant le partage d'expérience, la mutualisation des compétences, la mise à disposition de méthodes et d'outils communs, la conduite d'actions en matière d'information, de formation et de sensibilisation aux risques », les ARH pouvant s'appuyer sur les CPOM. Ce rôle est confirmé en 2007 par le contrat triennal établi entre l'Etat et les ARH qui comprend parmi les six objectifs relatifs nationaux un objectif relatif à la qualité et la sécurité sanitaire, la contractualisation avec les établissements de santé pouvant porter sur l'item « élaboration d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques comprenant la coordination des vigilances »⁹.

Enfin, l'on retrouve cette même approche de la gestion des risques au sein du manuel pilote de certification pour la Version 2010 publiée en juin 2008. En effet, parmi les objectifs généraux et thématiques de cette troisième itération de la procédure de certification figure « le renforcement de l'efficacité de la procédure en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » ainsi que « le renforcement des exigences relatives à la mise en place d'un système de management de la sécurité sanitaire et au développement d'une culture de sécurité » et « l'affichage d'objectifs prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins ».

Ces objectifs se traduisent dans les références du manuel, notamment la référence 8, critère 8a niveau 2 qui précise « qu'un programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques est formalisé par une instance globale de la qualité et des risques » et référence 8, critère 8c niveau 4 selon laquelle « la pertinence de l'analyse des risques et l'efficacité des actions mises en œuvre sont mesurées périodiquement au sein de l'instance de gestion globale des risques ».

La consécration de l'approche globale des risques traduit ainsi une évolution des concepts avec des conséquences concrètes pour les hôpitaux. Il ne suffit plus de gérer au coup par coup les risques dans les différents secteurs d'activité, il s'agit désormais d'instaurer un véritable système de management des risques inspiré des secteurs industriels: « le management basique c'est établir des priorités, s'assurer qu'il y a des plans

d'action derrière chacune de ces priorités et qu'ils sont bien déployés dans l'entreprise du sommet jusqu'à la base, mesurer les résultats de manière systématique » (Carlos Gohn)¹⁰.

Les recommandations de l'ANAES et de la DHOS permettent de comprendre plus précisément ce que recouvre cette nouvelle approche des risques et ce qu'elle implique en terme de gestion.

b) Le document élaboré par l'ANAES, « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé » et celui publié par la DHOS en 2004 « recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé constituent les documents de référence pour définir la notion d'approche globale de la gestion des risques, ses atouts et déterminer comment elle peut être mise en œuvre au sein des établissements de santé sur un plan pratique.

On peut identifier trois composantes de l'approche globale des risques : la prise en compte de toutes les dimensions de la gestion des risques, de tous les types de risques et de tous les secteurs d'activité de l'établissement.

La gestion des risques est multidimensionnelle.

La dimension technique est certainement la plus évidente. La gestion des risques repose en effet sur des méthodes et outils qui font l'objet d'une abondante littérature : méthodes et outils d'identification des risques a priori et a posteriori, d'analyse et de hiérarchisation des risques, élaboration et suivi des plans d'actions.

La gestion des risques recouvre également une dimension managériale étant étroitement dépendante des modes de décision, de collaboration entre acteurs, de circulation de l'information et de définition des responsabilités.

La gestion des risques comprend enfin une dimension culturelle essentielle « un état d'esprit nouveau face aux risques »¹¹. Il s'agit de la prise de conscience au niveau individuel et collectif et à tous les niveaux hiérarchiques, de l'existence du risque, de son évitabilité, de la chaîne de sécurité à laquelle chacun participe, de la nécessité de passer de la culture de l'erreur et de la faute pour aller vers la transparence et l'apprentissage collectif.

⁹ Actualités, *Risques et Qualité*, 2007, volume IV n°3.

¹⁰ BALCET (B.), Le management des risques et de la sécurité en santé, *Gestions hospitalières*, juin/juillet 2008 p.392.

¹¹ DHOS, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, 2004

La notion d'approche globale conduit également à envisager tous les types de risques : le modèle très connu de J. Reason¹² distingue ainsi les défaillances latentes liées à la culture et à l'organisation de l'établissement (management, processus, équipements, formation, encadrement...), des défaillances patentes liées aux pratiques individuelles (erreurs de routine, d'activation ou de possession des connaissances).

Enfin, par opposition à une gestion des risques par secteurs, la notion de gestion globale et coordonnée des risques vise à inclure et à mettre en regard les risques présents dans l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement.

On perçoit ainsi les avantages liés à l'approche globale des risques : elle vise une connaissance poussée des risques de l'établissement permettant aux décideurs de définir des actions prioritaires et une gestion des risques intégrée au système de management et aux pratiques quotidiennes pour garantir sa performance.

Dès lors en quoi consiste sa mise en œuvre sur un plan pratique ? Les établissements peuvent se référer aux recommandations de l'ANAES et de la DHOS qui déterminent les principes et certains aspects pratiques de la mise en œuvre d'une démarche de gestion globale des risques.

Il apparaît qu'avant tout, cette démarche doit reposer sur un système de management adapté : engagement de la direction et du conseil exécutif, définition d'une organisation transversale s'appuyant sur les structures existantes pilotée par un gestionnaire de risques, clarification des responsabilités des différents acteurs, intégration de la gestion des risques dans le système d'information des établissements et organisation de la politique de communication.

Elle consiste, ensuite, dans l'élaboration d'un programme de gestion des risques.

L'élaboration de ce programme peut s'appuyer sur un bilan de l'existant réalisé à partir de différentes sources d'information : réclamations, contentieux, fiches de signalement des événements indésirables, document unique relatif aux risques professionnels, audits cliniques, organisationnels, centrés sur les pratiques, rapports d'inspection, procédure d'accréditation, visites de risques des assureurs, bases de données des assureurs et des autorités sanitaires... Ce bilan est également l'occasion d'identifier les acteurs engagés dans la gestion des risques et d'établir les points forts et les points faibles de l'établissement en matière de sécurité.

¹² ANAES, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, janvier 2003

A partir de ce bilan et en tenant compte des objectifs affichés au niveau institutionnel, l'élaboration du programme de gestion des risques consiste dans la définition d'objectifs et de plans d'actions qui peuvent concerner d'une part l'amélioration de la connaissance des risques et d'autre part le traitement des risques identifiés et évalués¹³, les actions de gestion des risques étant priorisées en fonction de la fréquence, de la gravité du risque, de la faisabilité des actions engagées, du coût estimé.

Les recommandations de la DHOS insistent par ailleurs sur l'importance de mobiliser les acteurs pour conduire le programme de gestion des risques : « la mobilisation des acteurs sur la dynamique de sécurité via la sensibilisation et la communication, la formation et le développement des compétences des professionnels, l'utilisation de méthodes et d'outils validés constituent des étapes incontournables pour conduire un programme de gestion des risques »¹⁴.

Enfin, elle préconise d'intégrer dès l'élaboration du programme d'action ses modalités d'évaluation et de suivi sur la base de tableaux de suivi, d'indicateurs et de rapport d'activité traduisant cette nouvelle exigence de mesure de la performance dans le domaine de la gestion des risques.

La mise en œuvre d'une démarche de gestion globale et coordonnée des risques hospitaliers constitue une nouvelle exigence à laquelle les établissements de santé doivent répondre. Toutefois, cette démarche apparaît complexe dans un milieu hospitalier où interviennent des acteurs multiples et où sont gérées des activités très diversifiées et à forte composante humaine. C'est pourquoi une réflexion s'est engagée au sein des établissements de santé sur les outils pouvant faciliter l'atteinte de ces nouveaux objectifs, mettant en évidence l'utilité de l'élaboration d'une cartographie des risques.

¹³ ANAES, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, 2003 p. 52, 53

¹⁴ DHOS, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, 2004, p. 29-32

2°) La cartographie des risques d'établissement, outil innovant dans le milieu hospitalier, facilite la mise en œuvre d'une gestion globale et coordonnée des risques.

La cartographie des risques d'établissement se présente comme l'outil tout indiqué pour la mise en œuvre d'une gestion globale des risques telle que définie par les autorités sanitaires (a). C'est pourquoi une réflexion est actuellement en cours dans de nombreux établissements sur ses conditions d'élaboration (b).

a) La cartographie des risques d'établissement se présente comme étant un outil tout indiqué pour la mise en œuvre d'une gestion globale des risques telle que nous venons de la définir.

La cartographie des risques se définit comme « la représentation d'un phénomène par une carte »¹⁵. La cartographie des risques d'établissement est par conséquent un mode de représentation et de hiérarchisation des risques d'une organisation. Utilisée comme outil de gouvernance par 60% des entreprises¹⁶, elle émerge comme un nouvel outil dans le monde hospitalier.

On peut identifier trois étapes dans l'élaboration d'une cartographie des risques d'établissement.

La première consiste à établir une typologie des risques de l'établissement c'est-à-dire à « classer les risques par classes homogènes exclusives les unes des autres »¹⁷.

Une fois recensés et classés, les risques sont analysés et évalués en fonction de leur fréquence, de leur gravité, de leur niveau de maîtrise. Cette évaluation permet de hiérarchiser les risques et de les qualifier d'acceptables, de tolérables ou de risques à surveiller ou d'inacceptables.

La troisième étape consiste dans la mise en carte ou *mapping*, les différents risques recensés étant représentés graphiquement avec des positions ou des dimensions représentatives des critères d'évaluation.

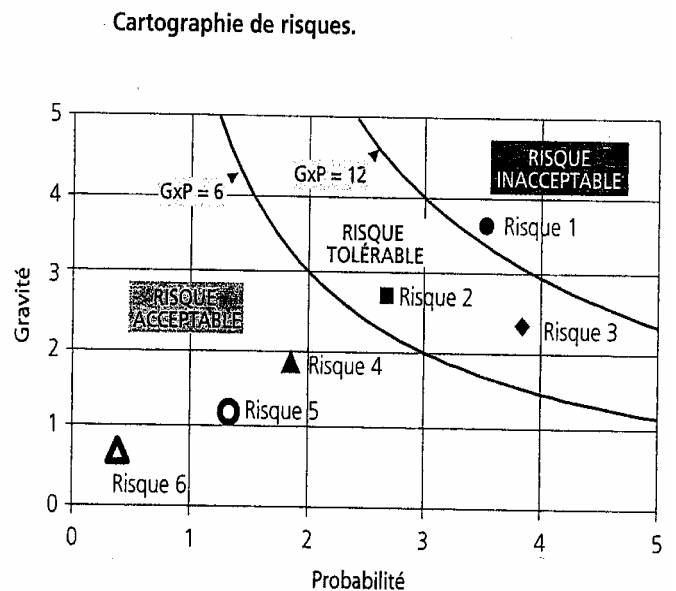
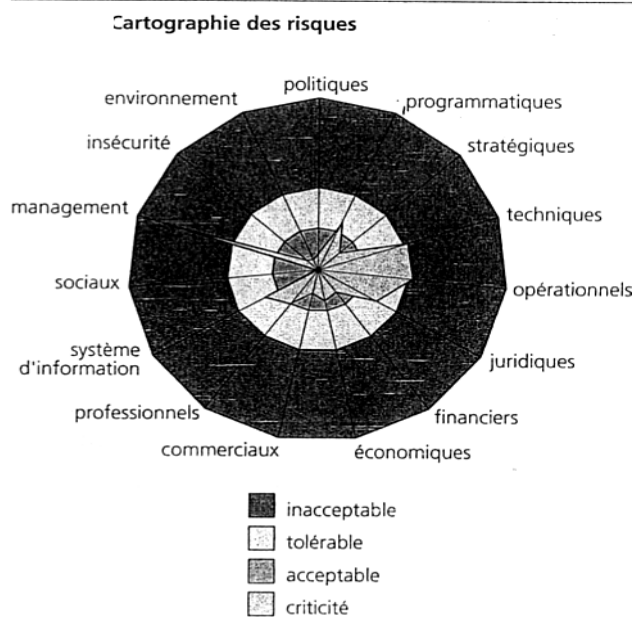
Les deux graphiques ci-dessous illustrent les différentes manières d'assurer une représentation graphique des risques¹⁸ :

¹⁵ Petit Larousse 2006.

¹⁶ MOULAIRE (M.), La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé, *Risques et Qualité*, 2007, volume IV, n°4, p. 221

¹⁷ DHOS, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, 2004, p. 45-53.

¹⁸ MOULAIRE (M.), La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé, *Risques et Qualité*, 2007, volume IV, n°4



L'on comprend ainsi en quoi la cartographie des risques constitue un outil utile dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche de gestion globale des risques : impliquant la mise en œuvre de méthodes d'identification, d'analyse des risques et de hiérarchisation des risques (dimension technique), elle offre aux responsables hospitaliers une vision globale des niveaux de risques dans l'ensemble des secteurs d'activité indiquant les domaines d'actions prioritaires (dimension managériale) et constitue un outil de communication et de sensibilisation à destination des professionnels (dimension culturelle).

C'est pourquoi bien que la cartographie des risques soit absente des recommandations de l'ANAES et de la DHOS, de nombreux établissements ont initié une réflexion sur la possibilité de recourir à un tel outil.

b) Les expériences menées à l'hôpital Necker Enfants Malades AP-HP et au Centre hospitalier d'Aubenas ainsi que le succès de l'atelier « cartographie des risques » organisé à l'occasion des journées nationales de la Sofgres illustrent le développement de la réflexion autour de cet outil d'aide à la mise en œuvre d'une gestion globale des risques.

La réflexion menée actuellement porte moins sur l'utilité de l'outil en lui-même qui semble acquise que sur ses modalités pratiques de conception dont dépendent la qualité et la crédibilité des données qu'il présente. Or le mode d'élaboration d'une cartographie des risques d'établissement ouvre un vaste champ de réflexion puisqu'il met en œuvre des approches nouvelles de la gestion de risques : approche globale car multidimensionnelle et appliquée à tous les secteurs d'activité de l'établissement, approche a priori des risques, approche évaluatrice et comparatiste des risques avec les notions de criticité et de niveau de maîtrise des risques.

Ainsi, les établissements de santé sont aujourd'hui incités à passer d'une gestion sectorielle et essentiellement réglementaire des risques à une gestion globale et coordonnée permettant de définir des priorités d'actions et de mesurer les résultats obtenus. La cartographie des risques, représentation graphique des risques de l'établissement, se présente comme un outil essentiel de la mise en oeuvre d'une gestion globale des risques. Relevant d'approches nouvelles des risques, cet outil fait l'objet de nombreuses réflexions quant à son mode de conception.

C'est pourquoi il apparaît particulièrement intéressant d'analyser la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques initiée au centre hospitalier de Longjumeau en 2006.

2^{ème} Partie : La démarche innovante développée par le centre hospitalier de Longjumeau d'élaboration d'une cartographie des risques d'établissement comme principal outil de la mise en œuvre d'une gestion globale et coordonnée des risques n'a permis d'atteindre que partiellement les résultats attendus.

Le Centre hospitalier de Longjumeau a initié en 2006 une démarche visant à l'élaboration d'une cartographie des risques de l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique qualité et gestion des risques et pour répondre aux recommandations établies par la HAS dans son rapport de certification (A.). Cette démarche s'est révélée complexe et n'a permis d'atteindre que partiellement les résultats escomptés, conduisant à réaliser un travail d'analyse des conditions d'élaboration de l'outil cartographie des risques (B).

A. Le Centre hospitalier de Longjumeau a initié une démarche visant à l'élaboration d'une cartographie des risques dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique qualité et gestion de risques et en réponse aux recommandations établies par la HAS dans son rapport de certification.

Renforcé par les dispositions de la note d'orientation relative à la qualité et à la gestion des risques de 2004, le système de management des risques du Centre hospitalier de Longjumeau se situe au centre des recommandations du rapport de certification de la HAS d'avril 2006 (1°). Pour améliorer la sécurité sanitaire de l'établissement et répondre aux recommandations de la HAS, l'hôpital de Longjumeau a initié une démarche visant à l'élaboration d'une cartographie des risques de l'établissement (2°).

1°) Renforcé par les dispositions de la note d'orientation relative à la qualité et à la gestion des risques de 2004, le système de management des risques du Centre hospitalier de Longjumeau se situe au centre des recommandations du rapport de certification de la HAS d'avril 2006.

Bien que renforcée par les dispositions de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement (a), la gestion des risques a fait l'objet de deux décisions de type 2 et d'une décision de type 1 dans le rapport de certification de la HAS rendu en avril 2006 (b).

a) Dans le cadre de la préparation de l'établissement à la seconde itération de la procédure d'accréditation, le Centre hospitalier de Longjumeau a adopté en 2004 une note d'orientation relative à la politique qualité et gestion des risques de l'établissement rappelant ses valeurs fondamentales parmi lesquelles figure la recherche d'une plus grande sécurité sanitaire et renforçant les structures en charge de la gestion des risques.

Le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques est ainsi confié à une nouvelle instance : le Comité Stratégique Qualité (CSQ). Le CSQ est composé de 16 personnes représentant, paritamment, la direction de l'établissement (équipe de direction et ingénieur en charge du patrimoine) et la communauté médicale (Président et Vice Président de la CME, Président du CLIN, Président du Comité de gestion des risques et des vigilances, Président du groupe d'audit interne, deux vigilants et le chef de service du département de l'information médicale), deux représentants des usagers étant invités une fois par an. Il se réunit au moins trois fois par an et a en charge le soutien et la promotion de la politique qualité de l'établissement au travers de la validation des projets d'amélioration de la qualité, le pilotage de la procédure de certification, la formation, l'information des professionnels et la communication sur les projets et les résultats de la politique qualité.

Il est créé un Comité de gestion des risques et des vigilances (CGRV) qui se voit confier la coordination de la gestion des risques et des vigilances, assisté d'une cellule opérationnelle de gestion des risques. Ce comité réunit, outre le président de la CME et certains membres de l'équipe de direction des médecins désignés en CME et des cadres de santé. Il a en charge de proposer au CSQ les orientations relatives à la politique de gestion des risques et des vigilances et la politique de communication, s'appuyant sur les travaux de la cellule opérationnelle de gestion des risques et de la pré-cellule en charge d'analyser les situations à risques, leurs causes et leurs conséquences en vue de proposer des actions préventives ou correctives¹⁹.

Enfin, la note prévoit la création d'un groupe d'audit interne dont la composition est pluridisciplinaire et qui est chargé de procéder à l'évaluation des modes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement conformément au programme annuel arrêté par le CSQ, de participer à la démarche de certification, de favoriser l'émergence et la pérennité d'une culture de l'évaluation.

¹⁹ La composition et les missions précises du CSQ, du CGRV, de la cellule opérationnelle du CGRV et de la pré-cellule de traitement des fiches de risques sont accessibles en Annexe 3.

Cette organisation vise à garantir une gestion coordonnée et pluridisciplinaire des risques afin de garantir une sécurité sanitaire optimale. Cependant, elle a été jugée insuffisante par les experts de la HAS lors de la procédure de certification en avril 2006.

b) En effet, dans son rapport de certification, la HAS a rendu deux décisions de type 2 (suivi donnant lieu à une visite ou à un rapport ciblé) et une décision de type 1 (invitation à la poursuite de la démarche d'amélioration) concernant le système de management des risques.

Le Centre hospitalier de Longjumeau a obtenu des cotations insatisfaisantes dans le domaine de la gestion des risques pour les références suivantes :

Réf.6	L'établissement définit une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques.		Cotation
6a	La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques	En juin 2004 un comité de gestion des risques et des vigilances a été créé. Depuis sa création sa mission essentielle a constitué à encourager le signalement des événements indésirables. Une nouvelle orientation, liée à la deuxième procédure de certification, a été définie par les instances qui est celle de l'évaluation des pratiques professionnelles. Il n'existe pas d'objectifs hiérarchisés en matière de gestion des risques.	C
Réf13	Un système de management de la qualité est en place		
13 b.	Le programme d'amélioration continue de la qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps.	Le programme d'amélioration continue de la qualité n'est pas formalisé en termes d'objectifs précis et mesurables dans le temps.	C
Réf14	La gestion des risques est organisée et coordonnée		
14b	Des dispositions sont en place pour identifier et analyser a priori les risques	Une démarche structurée d'identification et d'analyse globale des risques a priori est à développer. Elle permettra de mettre en place un programme annuel reposant sur une classification et une hiérarchisation de tous les risques.	C
14d	Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter	Les résultats issus des analyses des risques a posteriori permettent de les traiter mais une hiérarchisation n'a pas été définie. Les risques a priori sont à identifier afin de rendre effective la gestion de l'ensemble des risques. Les actions de gestion des risques sont à prioriser avec des objectifs précis.	C
Ref15	Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel		
15 d	La coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques est assurée.	La coordination des vigilances entre elles et la gestion des risques sont assurées par le CGRV. La définition d'actions correctives et préventives n'est pas assurée globalement, elle reste sous la responsabilité des services. L'établissement devra définir le programme global de gestion des risques en coordination avec les vigilances.	C

La HAS a donc rendu deux décisions de type 2 et une décision de type 1 au regard de ces références :

Décisions de type 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir les priorités et les objectifs en matière de gestion des risques (réf 6a) ▪ Mettre en place des dispositions pour identifier, analyser les risques, afin de les hiérarchiser et de les traiter (14b et 14d)
Décisions de type 1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formaliser, structurer la politique globale de gestion des risques et poursuivre sa mise en œuvre.

Pour répondre aux recommandations de la HAS et notamment à celles de type 2 qui font l'objet d'une visite de suivi à un an, le Centre hospitalier de Longjumeau s'est fixé l'objectif « d'élaborer une cartographie des risques de l'établissement afin de définir des priorités d'actions dans le domaine de la gestion des risques » pour la période allant de juin 2006 à avril 2007 et celui « de structurer une politique globale et coordonnée de gestion des risques » pour 2010²⁰.

Dès lors, comment la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques d'établissement a-t-elle été menée au Centre hospitalier de Longjumeau et avec quels résultats ?

2°) Pour garantir une sécurité sanitaire optimale au sein de l'établissement et répondre aux recommandations de la HAS, le Centre hospitalier de Longjumeau a engagé une démarche innovante visant à l'élaboration d'une cartographie des risques.

La présentation de la démarche développée au Centre hospitalier de Longjumeau dès juin 2006 conduit à envisager les objectifs fixés (a), les modalités de mise en œuvre en termes de pilotage, de définition et d'application de la méthode de conception (b) et les résultats atteints (c).

a) L'objectif principal de la démarche engagée est de répondre aux recommandations de type 2 du rapport de certification de la HAS, c'est-à-dire mettre en place des dispositions pour identifier, analyser les risques afin de les hiérarchiser et de les traiter et définir des priorités d'actions.

L'« équipe de suivi V2 – gestion des risques » a ainsi fixé l'objectif « d'atteindre un recensement des risques à la fois approfondi et étendu à l'ensemble des secteurs de l'hôpital. L'atteinte de cet objectif est décliné en quatre étapes opérationnelles : créer une

²⁰ Document interne au Centre hospitalier de Longjumeau : fiche projet « gestion des risques », juin 2006.

typologie des risques propre à l'établissement ; identifier les risques ; hiérarchiser les risques ; prioriser les risques dans le cadre d'une cartographie»²¹.

L'élaboration d'une cartographie des risques s'est ainsi imposée comme l'étape indispensable pour être en mesure de mettre en œuvre une gestion globale et coordonnée des risques telle que préconisée par la HAS.

b) Si l'ensemble des acteurs du groupe de pilotage « équipe V2 gestion des risques » s'est ainsi accordé sur le choix de l'outil, celui de la méthode de conception s'est avéré plus complexe.

Le Président du CLIN, membre du groupe, souligne « les difficultés rencontrées au démarrage de la démarche, liées aux hésitations sur les définitions, la méthode, sur les appréciations portées sur retours d'expérience d'hôpitaux plus avancés dans la démarche que le Centre hospitalier de Longjumeau, sur la nécessité de recourir à une aide extérieure »²².

Après une formation dispensée sur site aux membres du groupe de pilotage intitulée « Management des risques : conduite à tenir post V2 », une méthode de recensement, de classement et de hiérarchisation des risques a finalement été définie ainsi qu'un calendrier prévisionnel allant d'octobre 2006 à avril 2007, date de la visite ciblée de experts visiteurs, validés par le CSQ.

Il est acté que le pilotage de la démarche relève de l'équipe de suivi V2 gestion des risques, qui présente et fait valider les bilans d'étape des actions engagées par le CSQ. Pour définir une méthode d'élaboration de la cartographie des risques, le groupe de pilotage s'est inspiré des recommandations de la DHOS et du retour d'expérience de l'expérience menée à l'hôpital Necker Enfants Malades, AP-HP.

La méthode suivie comprend trois étapes²³.

La première étape a consisté en la définition « d'une typologie des risques se présentant sous la forme d'un ensemble de domaines à risques ». Le Centre hospitalier de Longjumeau a retenu une approche par processus en identifiant 8 domaines à risques comprenant des sous domaines :

²¹ Document interne au Centre hospitalier de Longjumeau : fiche projet « gestion des risques », juin 2006.

²² Entretien avec le Président du CLIN du 9 septembre 2008, Annexe 6.

²³ Document interne au Centre hospitalier de Longjumeau : fiche projet « gestion des risques », juin 2006.

Domaine 1	Prise en charge, coordination et continuité des soins	Exemple de sous domaines pour le domaine 6
Domaine 2	Hygiène et environnement	
Domaine 3	Dossier patient et système d'information	
Domaine 4	Sécurité des personnes et des biens	
Domaine 5	Gestion des compétences et des effectifs	
Domaine 6	Prescriptions, circuit du médicament et dispositifs médicaux	
Domaine 7	Locaux, matériels, équipement	
Domaine 8	Finances	
		prescriptions
		Circuit du médicament
		Circuit des dispositifs médicaux à usage unique
		Processus de stérilisation des dispositifs médicaux

La seconde étape a consisté dans l'organisation du recensement des risques par domaines. Ce recensement s'est opéré en deux temps.

Dans un premier temps il a été demandé aux chefs de service, médecins et cadres de santé d'identifier les principales situations à risques rencontrées. Le contenu du message envoyé par courriel était le suivant : « parmi les situations à risques que vous rencontrez dans vos pratiques relatives à la prise en charge du patient, pouvez-vous en citer trois qui vous paraissent présenter le plus de risques en terme de fréquence et / ou de gravité ». Ce courriel était accompagné d'une présentation de la démarche et d'un glossaire. Malgré plusieurs relances, aucun médecin ni chef de service n'a répondu à l'enquête. Seuls les cadres, après avoir réuni leurs équipes, ont transmis au groupe de pilotage les situations à risques identifiées.

Après examen des documents reçus, une nouvelle demande de recensement a été adressée à de nombreux services dont il s'est avéré qu'ils avaient évoqué des situations à risques exceptionnelles ou ne concernant pas directement leurs pratiques. Comme le souligne la cadre du service de chirurgie «la plupart des équipes soignantes ont identifié des situations à risques liées à l'action ou aux pratiques des autres personnels de l'établissement et non relevant de leurs propres pratiques ». Ainsi, les trois situations à risque retenues par l'équipe soignante d'un service de médecine concernent : le mode de prescription des chimiothérapies par le personnel médical, l'absence d'entretien des colonnes de cartracks ainsi que des vitres et des volets au dessus des paillasses qui relève de la responsabilité du personnel d'entretien».

Cette première phase du recensement a été complétée dans un second temps par le travail des groupes constitués pour chaque domaine de risques. Ces groupes ont été chargé d'identifier, en détaillant les différentes étapes du processus étudié, les situations potentiellement à risques. Ce travail a nécessité des réunions nombreuses et a suscité des questions relatives à la faisabilité et à l'opportunité d'un recensement exhaustif des risques compte tenu notamment de la forte composante humaine de l'activité hospitalière et de la

finalité d'une telle démarche. La personne responsable des activités logistiques souligne ainsi «qu'une telle démarche est très éloignée de ses habitudes de travail en ce qu'elle consiste à identifier des risques potentiels sans mettre immédiatement en regard des actions correctives ». Un médecin membre du groupe de pilotage insiste quant à lui sur « l'impossibilité et l'inutilité d'une telle démarche de recensement exhaustif des risques pour une activité de soins pour laquelle chaque situation est particulière ».

Ce travail a abouti à un recensement des situations à risques de l'établissement associées à des risques potentiels. Les risques recensés apparaissent à la fois très variés et très hétérogènes. Ainsi, alors que l'arrêt d'approvisionnement en carburant est associé au risque de non fonctionnement des véhicules, l'interruption d'approvisionnement en fluides médicaux est associée au risque d'accident médical ; le mauvais nettoyage et désinfection du matériel de service alimentaire (plateaux, cloches, assiettes, couverts) sont associés au risque de toxi-infection alimentaire.

La seconde étape de la démarche a consisté dans la hiérarchisation des situations à risques recensées. Elle a été réalisée au sein des groupes de travail spécialisés par domaines de risques sur la base des échelles de cotation définies par la direction qualité présentées en annexe 1, l'objectif étant de déterminer la criticité de chaque risque en multipliant les indices de fréquence, de gravité et de maîtrise des risques. Ce travail a ensuite donné lieu à un passage en revue des cotations définies par le groupe de pilotage. Cette phase a également nécessité de nombreuses réunions et suscité des questions au regard de l'hétérogénéité et de la criticité très élevée d'une majorité de risques identifiés.

Concernant la troisième étape d'élaboration de la cartographie des risques, le CSQ, prenant acte des difficultés de cotation des risques, a finalement décidé de ne pas se fonder sur une évaluation chiffrée des risques et de ne retenir que trois ou quatre situations à risques estimées comme critiques dans chaque domaine de risques : « le CSQ s'appuie sur les travaux menés et sur son expertise propre pour déterminer les risques à sélectionner au titre de la cartographie des risques 2007 en vue d'un traitement prioritaire ». Ce document intitulé cartographie des risques ne constitue pas une représentation graphique des risques²⁴. Il s'agit des principales situations à risques qui constituent les axes prioritaires du programme de gestion des risques 2008.

²⁴ Annexe 2 Cartographie des risques 2007 du Centre hospitalier de Longjumeau.

c) Quels ont été les résultats de cette démarche d'élaboration d'une cartographie des risques ?

Compte tenu des objectifs fixés, les résultats obtenus sont d'abord à apprécier au regard du rapport de la visite ciblée des experts visiteurs de la HAS rendu en avril 2007. Les résultats obtenus sont les suivants :

6a	Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques sont définis et hiérarchisés de manière concertée entre la direction et les instances. Ils sont communiqués aux professionnels	A
14b	L'établissement met en œuvre une démarche structurée d'identification des risques a priori. Les responsabilités sont définies pour l'identification et le signalement. L'analyse de ces risques n'est pas finalisée.	B
14d	Des actions de réduction des risques sont hiérarchisées et initiées pour certains domaines de risques, sans programme global d'actions de réduction des risques formalisé	C

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité afin de « généraliser à l'ensemble des domaines identifiés les actions de réduction des risques dans le cadre d'un programme formalisé ».

On peut par conséquent considérer que le travail conduisant à l'élaboration d'une cartographie des risques a permis d'atteindre l'objectif principal : permettre à l'établissement de définir des axes prioritaires d'actions de réduction des risques, base du futur programme global de gestion des risques.

Au-delà de la satisfaction des critères de certification, deux autres modes d'appréciation des résultats de la démarche peuvent être retenus : l'appréciation portée par les professionnels engagés dans l'élaboration de la cartographie des risques et l'appréciation au regard de l'utilisation actuelle du travail réalisé.

Tous les professionnels ayant participé à la démarche soulignent le caractère limité des résultats obtenus tant en terme d'amélioration du système de management des risques que d'amélioration de la gestion des risques identifiés. Au cours des entretiens, le qualificatif « d'usine à gaz » revient très fréquemment, puisque la démarche très chronophage a eu peu d'aboutissement concret : les situations à risque retenues dans la cartographie des risques étaient en effet soit des situations déjà identifiées comme critiques avant la création de l'outil, soit traitées sous l'impulsion d'autres facteurs telles les visites des services d'inspection. Les acteurs s'accordent également à souligner le caractère confidentiel de la démarche qui n'a impliqué qu'un nombre restreint de personnes, une vingtaine environ et le sentiment partagé

d'incompréhension et de découragement face à ce travail titanesque de recensement et de cotation des risques.

Certains professionnels nuancent toutefois leurs appréciations, mettant en évidence l'intérêt d'une analyse globale et pluridisciplinaire des risques permettant « une mise en commun des points de vue émanant des différentes catégories professionnelles » et « la prise de conscience générale de la multiplicité et de la diversité des risques ; l'intérêt également de l'approche par processus qui a permis d'améliorer la prévention de certains risques concernant le circuit du linge, la prise en charge des patients décédés, la sécurisation du service des urgences la nuit »²⁵.

L'utilisation faite du travail réalisé en 2007 et 2008 constitue un élément complémentaire d'appréciation des résultats de la démarche menée.

Le Centre hospitalier de Longjumeau s'est appuyé sur la cartographie des risques pour déterminer les grands axes du programme 2008 de gestion des risques. Il apparaît cependant, comme l'ont souligné les acteurs, que la priorité donnée à de nombreuses actions résulte autant du travail d'identification et d'analyse des risques développé dans le cadre de l'élaboration de la cartographie des risques que des visites d'inspection ou des visites de risques de l'organisme assureur intervenus postérieurement. D'autre part, au moment d'actualiser le programme de prévention des risques, la question se pose du mode d'identification des risques critiques à nouveau: le travail réalisé en 2006 et 2007 n'a pas été actualisé et aucun professionnel ne souhaite le reprendre compte tenu de son caractère chronophage et des résultats incertains de la démarche.

Admise très facilement comme outil central de mise en œuvre d'une gestion globale et coordonnée des risques, la cartographie des risques d'établissement suscite de nombreuses questions quant à son mode d'élaboration et d'exploitation. Dès lors quelle analyse peut-on faire de la démarche menée au centre hospitalier de Longjumeau au regard de l'objectif attendu d'une amélioration du système de management des risques ? L'expérience longjumelloise remet-elle en cause la faisabilité et donc l'opportunité de recourir à cet outil ?

²⁵ Annexe 6 Entretien avec le Président du CLIN

B. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques d'établissement et les résultats limités obtenus interrogent les modalités de conception de cet outil.

L'analyse de la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques d'établissement (1°) met en évidence les enjeux liés à la conception et à l'utilisation de cet outil d'aide à la mise en œuvre d'une gestion globale et coordonnée des risques (2°).

1°) L'analyse de la démarche menée au Centre hospitalier de Longjumeau met en évidence une focalisation des acteurs sur la production de l'outil.

Cette focalisation des acteurs sur la production de l'outil s'exprime tant dans les modalités de lancement de la démarche (a) que dans ses conditions de mise en œuvre (b).

a) La démarche a été lancée à la suite du rapport de certification et s'est inscrite dans la perspective de la visite ciblée intervenant à un an.

Le Centre hospitalier de Longjumeau a été parmi les premiers établissements visités dans le cadre de la procédure de certification. La gestion des risques constituant un objectif général et thématique prioritaire de cette nouvelle procédure, il apparaît que les experts visiteurs ont été particulièrement exigeants dans les appréciations portées sur le système de management des risques.

Faisant l'objet d'une décision de type 2, le Centre hospitalier de Longjumeau a initié une démarche devant lui permettre de présenter des résultats dans un délai d'un an : l'objectif a donc été d'identifier, d'analyser et de hiérarchiser les risques de l'établissement sur cette période afin de déterminer les axes d'actions prioritaires et répondre ainsi aux recommandations de la HAS. S'appuyant sur l'expérience de l'hôpital Necker Enfants Malades AP-HP, les membres du groupe de travail ont axé leur réflexion sur la production de l'outil cartographie des risques.

b) La focalisation sur la construction de l'outil a orienté les conditions de mise en œuvre de la démarche, c'est-à-dire les conditions de recensement et de hiérarchisation des risques.

La demande de recensement des risques qui s'adressait aux cadres et au personnel médical s'est réalisée sans véritable communication sur la démarche ni accompagnement méthodologique : le recensement des risques s'est donc présenté comme une demande

ponctuelle pour disposer à l'instant t d'une information. La réflexion n'a ainsi pas été axée sur la sensibilisation des professionnels comme le souligne le fait que les médecins n'aient pas participé à la démarche de recensement des risques dans les services.

De la même façon, l'accent n'a pas été mis sur la définition de concepts et de méthodes visant à développer une approche et un langage commun de la gestion des risques. Or il existe un « gouffre culturel » entre le nombre restreint de professionnels formés et sensibilisés aux concepts et méthodes de la gestion des risques et une majorité d'entre eux qui intègrent dans leurs pratiques quotidiennes des éléments en lien avec la gestion des risques mais sans que cela soit véritablement formalisé.

Ainsi, le débat ne s'est pas engagé en amont sur la manière d'objectiver les risques et leur niveau de maîtrise conduisant les acteurs à s'interroger au cours de la démarche sur la part de ressenti dans l'analyse des risques, sur le niveau de détail de recensement des risques.

Le travail de cotation des risques souligne également cette focalisation de la démarche sur la production de l'outil. L'évaluation de la criticité des risques s'est appuyée sur une échelle de cotation intégrant la fréquence, la gravité et le niveau de maîtrise du risque. Cependant, la problématique du mode d'objectivation du risque n'a pas été résolue : les acteurs se sont heurtés à l'hétérogénéité des risques, à la tentation de les surévaluer, à l'importance à nouveau du ressenti dans la cotation des risques.

Ainsi, une démarche ayant mobilisé une vingtaine de personnes pendant environ 160h a conduit à l'élaboration d'un outil peu connu et contesté dans son contenu car jugé non objectif, un outil pouvant également difficilement faire l'objet d'une actualisation. On perçoit ainsi mieux au travers de cette analyse les enjeux liés à la mise en œuvre d'une démarche d'élaboration d'une cartographie des risques d'établissement.

2°) Les enjeux liés à l'élaboration d'une cartographie des risques résident moins dans la production de l'outil que dans les perspectives de gestion qu'offrent ses conditions de conception.

L'analyse de la démarche développée au Centre hospitalier de Longjumeau souligne l'intérêt de disposer d'un outil de gestion des risques pérenne (a) et partagé (b).

a) Le premier enjeu lié à une démarche d'élaboration d'une cartographie des risques apparaît ainsi comme la définition de moyens et de méthodes pérennes d'identification et d'analyse des risques, pour disposer des données nécessaires à la construction de l'outil.

En effet, la gestion des risques est nécessairement évolutive en fonction de l'apparition de nouveaux secteurs d'activité réglementés, de l'apparition de nouveaux risques liés aux nouvelles technologies, des résultats des évaluations des pratiques professionnelles, des visites de risques... L'élaboration de la cartographie doit donc nécessairement s'appuyer sur une organisation de la gestion des risques définissant des modes d'identification, d'analyse et de suivi des risques intégrés au fonctionnement quotidien de l'établissement. Sans cette organisation, la cartographie des risques apparaît comme un outil figé, dont la production est extrêmement lourde.

b) Le second enjeu mis en évidence par l'analyse de la démarche menée par le Centre hospitalier de Longjumeau est la production d'un outil de gestion partagé par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Dès lors que la cartographie des risques vise à permettre à la direction stratégique de l'établissement de définir les actions prioritaires de réduction des risques, les méthodes de conception de l'outil doivent être connues et partagées par tous : pour présenter un réel intérêt, l'outil doit présenter une hiérarchisation des risques considérée comme fondée et valable.

L'analyse de la démarche d'élaboration de la cartographie des risques au Centre hospitalier de Longjumeau souligne ainsi que les modalités de conception de l'outil sont essentielles pour que celui-ci puisse se révéler réellement utile dans le cadre de la mise en œuvre d'une gestion globale et coordonnée des risques. En quoi l'élaboration d'un tel outil est-il toujours opportun pour l'établissement ? Comment concevoir une cartographie des risques de telle sorte qu'elle réponde aux fonctionnalités attendues ?

3^{ème} Partie : Au regard de l'étude des expériences menées dans d'autres établissements de santé, l'élaboration d'une cartographie des risques peut constituer un outil central de la gestion globale des risques au Centre hospitalier de Longjumeau dès lors qu'elle est conçue comme un levier pour en structurer l'organisation et le fonctionnement.

L'étude de deux expériences connues de cartographie des risques d'établissement développées par l'hôpital Necker Enfants Malades AP-HP, et le Centre hospitalier d'Aubenas conduit à prendre un certain recul vis-à-vis des méthodes suivies pour préconiser le recours à cet outil essentiellement comme un levier d'amélioration du système de management des risques du Centre hospitalier de Longjumeau (A.). Aussi, la proposition pour l'établissement porte-t-elle sur une évolution de l'organisation et du fonctionnement de la gestion des risques pensée sur la base des problématiques posées par l'élaboration de la cartographie des risques (B.).

A. L'analyse des expériences connues de cartographie des risques conduit à préconiser de concevoir cet outil essentiellement comme un levier d'amélioration du système de management des risques permettant la mise en œuvre d'une gestion globale des risques.

Le Centre hospitalier de Longjumeau doit prendre du recul par rapport aux expériences connues de cartographie des risques également centrées sur la production de l'outil (1°). En effet, pour présenter une utilité réelle pour l'établissement, l'outil doit être essentiellement conçu comme un levier d'amélioration du système de management des risques (2°).

1°) Le Centre hospitalier de Longjumeau doit prendre du recul par rapport aux expériences connues de cartographie des risques centrées sur la production de l'outil.

La démarche de l'hôpital Necker Enfants Malades AP-HP est une démarche aboutie et participative mais qui repose sur un processus long et assez lourd (a). Celle du Centre hospitalier d'Aubenas est particulièrement intéressante car elle s'appuie sur un système de gestion des risques présenté comme performant (b).

a) La démarche de cartographie des risques menée par l'hôpital Necker est une démarche aboutie et participative mais reposant sur un processus long et assez lourd.

Elle a été initiée dans des conditions presque identiques à celles du Centre hospitalier de Longjumeau. En effet, alors que la gestion des risques est affichée comme un objectif principal de la politique qualité et sécurité 2001-2004 de l'établissement et qu'ont été instaurés une structure de coordination des vigilances et un système de signalement des événements indésirables, le rapport d'accréditation de l'ANAES de 2002 formule une réserve portant sur « la mise en place d'une politique globale de gestion des risques impliquant les instances médicales ».

L'établissement décide alors d'élaborer une cartographie des risques couvrant l'ensemble de ses d'activités conçue comme « un outil d'aide à la construction d'une gestion globale de gestion des risques »²⁶. L'objectif est d'identifier et de hiérarchiser les principaux risques de l'établissement pour définir un programme d'actions prioritaires et des objectifs qualité et gestion des risques dans le cadre de la contractualisation interne.

La démarche aboutissant à l'élaboration d'une cartographie des risques s'est déroulée sur dix mois. La principale source d'identification des risques a été les entretiens réalisés avec les responsables des « centres de risques » (directeurs, coordinateurs médicaux et paramédicaux des fédérations de gestion clinique, encadrement médical et paramédical, personnes référentes dans le domaine de la gestion des risques) complétée par une brève analyse des sources documentaires (rapport d'accréditation, rapports d'inspection, rapport du médecin du travail, bilan d'activité du CLIN...).

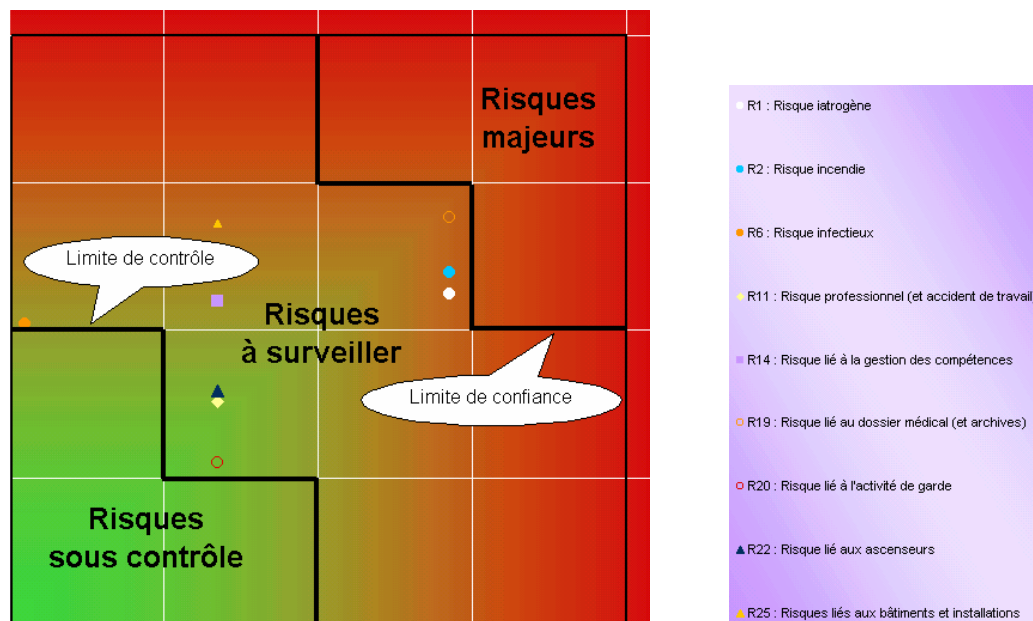
Cela a abouti à identifier 205 risques et 25 risques principaux tels le risques infectieux, le risque iatrogène, le risque lié à la gestion des compétences, au dossier médical, aux installations et aux bâtiments...

²⁶ Support de présentation de la cartographie des risques du groupe hospitalier Necker Enfants Malades.

Ces risques ont été hiérarchisés en fonction de leur gravité, de leur fréquence, de leur niveau de maîtrise estimé au regard de plusieurs classes de risques ou types de dommages : dommages aux personnes, dommages aux biens et à l'environnement, aux informations, conséquences juridiques, financières, d'image. Après un travail préparatoire collectif et interactif, la cotation définitive des risques a été établie en séminaire de direction. La méthode employée et la représentation graphique des risques sont illustrées par les documents ci-dessous :

CARACTERISATION des PRINCIPAUX RISQUES recensés à l'hôpital NECKER ENFANTS MALADES Attribuer la valeur 1, 2, 3 ou 4 à chaque type de fréquence, gravité et degré de maîtrise	RISQUE SÉCURITÉ						RISQUE SOCIAL		RISQUE INFO		RISQUE RESPON		RISQUE IMAGE		RISQUE FINANCIER		Niveau de maîtrise
	Patients Public		Personnel		Biens		Ressources humaines management		Intégrité des données		Responsabilité		Réputation		Exploitation Investissements		
	fréquence	gravité	fréquence	gravité	fréquence	gravité	fréquence	gravité	fréquence	gravité	fréquence	gravité	fréquence	gravité	fréquence	gravité	
R1 : Risque iatrogène	3	4									3	4	3	4	2	4	3
R2 : Risque incendie	2	4	2	4	2	4	1	1	1	3	2	4	2	4	1	4	3
R3 : Risque infectieux	4	4	3	4	2	3	3	2			4	4	3	3	3	4	1
R4 : Risque professionnel (et accident de travail)			3	4			3	3			3	4	1	1	2	2	2
R5 : Risque lié à la gestion des compétences	3	4	2	3	2	3	3	3			3	4	3	4	2	2	2
R6 : Risque lié au dossier médical (et archives)	4	3	1	1	4	2	4	2	4	3	3	3	2	2	3	2	3
R7 : Risque lié à l'activité de garde	1	3	1	2			1	2			1	3	1	3	1	2	2
R8 : Risque lié aux ascenseurs	2	3	2	2			3	2			2	3	3	3	2	2	2
R9 : Risques liés aux bâtiments, installations	3	4	3	3	3	3	3	3	1	1	3	4	4	4	4	4	2

Ce travail de cartographie des risques a abouti à la définition de plans d'actions pour traiter les risques les plus critiques et à la mise en œuvre « d'une politique de gestion des risques structurée et lisible pour l'ensemble des professionnels et clairement affichée dans le projet d'établissement de Necker ».



Cette démarche présente l'intérêt d'avoir mobilisé de nombreux professionnels et d'avoir abouti à un document de représentation graphique des grandes familles de risques faisant l'objet d'une véritable reconnaissance institutionnelle et garantissant la lisibilité des grands axes de la politique de gestion des risques.

Il apparaît cependant que l'élaboration de la cartographie des risques résulte d'une démarche assez lourde puisque étalée sur dix mois et nécessitant de très nombreuses réunions de travail.

De plus, l'identification et la hiérarchisation des risques repose essentiellement sur une mobilisation des professionnels à un moment donné sans que des méthodes d'objectivation et de suivi des risques soient définies.

Au final, la démarche développée par l'hôpital Necker présente un intérêt limité pour le Centre hospitalier de Longjumeau : l'aspect participatif de la démarche et le mode de pilotage ont permis d'aboutir à l'élaboration d'un document partagé. Cependant, compte tenu de la lourdeur de la démarche, il apparaît impossible de réengager le Centre hospitalier de Longjumeau dans un tel travail dont les résultats demeureraient incertains.

b) La démarche de cartographie des risques du Centre hospitalier d'Aubenas présente l'intérêt de préciser les conditions d'identification et de hiérarchisation des risques, essentielles pour assurer la crédibilité de l'outil.

Cette démarche est expliquée dans un article publié dans la revue *Risques et qualité*²⁷ et a été présentée à l'occasion des journées nationales de la Sofgres.

Le Centre hospitalier d'Aubenas a expérimenté l'outil cartographie des risques dans le domaine des risques professionnels puis il a étendu la démarche de classement et de hiérarchisation des risques à l'ensemble de l'établissement.

La première étape consistait dans la classification des risques : le choix a été fait de retenir des grandes classes de risques correspondant à l'organisation existante en matière de gestion des risques dans le cadre de laquelle des modes d'identification et d'évaluation des risques sont déjà institués. Ainsi, « le risque incendie est évalué par un indicateur spécifiquement développé dans l'établissement ; le risque infectieux est évalué par des enquêtes de prévalence et par l'indicateur composite Icalin ; le risque électrique fait l'objet d'une analyse exhaustive avec un indicateur de synthèse ; le risque anesthésique est évalué

²⁷ MOULAIRE (M.), La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé, *Risques et Qualité*, 2007, volume IV, n°4

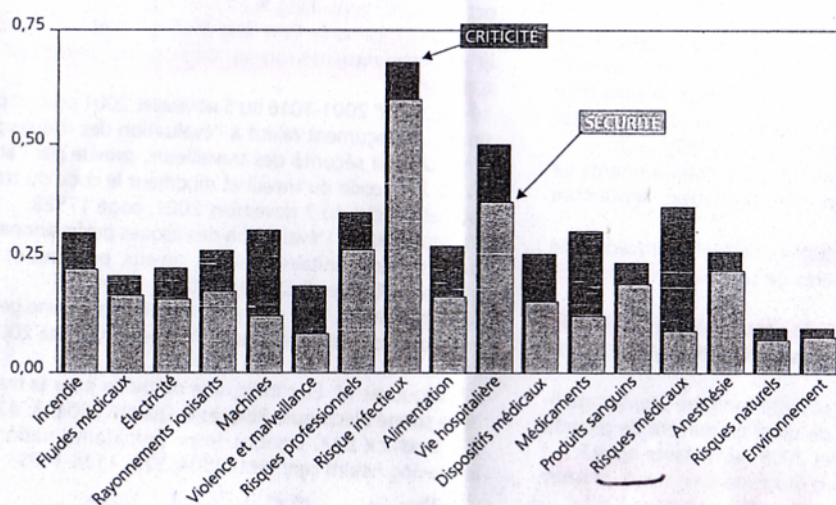
par un indicateur issu d'une AMDEC ; les risques de la vie hospitalière, les risques liés aux soins et à l'activité médicale (erreur de diagnostic, suivi clinique insuffisant, complication, absence d'information...) font l'objet de déclarations au moyens de fiches d'événements indésirables mises en place et exploitées collégialement depuis plus de quatre ans et alimentant une base de données conséquente ».

« Pour chaque famille de risques, plusieurs risques sont évalués en fréquence, en gravité pour ne retenir que la criticité la plus élevée représentative de la famille de risque. L'indice de fréquence est calculé par une fonction logarithmique de la fréquence réelle des événements indésirables relevée dans l'établissement ou est déduit des statistiques nationales. Cette criticité moyenne est pondérée par le calcul du niveau de maîtrise du risque calculé à partir des indicateurs de l'établissement, des indicateurs nationaux ou des notes obtenues au cours de la procédure de certification ».

Ces éléments font enfin l'objet d'une représentation graphique présentée ci dessous et « fournissent des pistes pour prioriser des actions d'amélioration dans le cadre d'un programme global de gestion des risques ».

Figure 9 - Exemple de cartographie globale des risques hospitaliers.

Criticité et sécurité se lisent sur une même échelle à gauche de 0 à 1. Les risques peuvent être hiérarchisés selon ou selon le décalage entre la criticité et la sécurité.



L'expérience du Centre hospitalier d'Aubenas met en évidence que la crédibilité et la confiance dans l'outil sont liées à l'existence de méthodes d'identification et d'évaluation des risques intégrées au fonctionnement quotidien de l'établissement, ce qui n'existe pas actuellement de manière généralisée au Centre hospitalier de Longjumeau.

Notons cependant que si les méthodes utilisées présentent un intérêt certain pour le Centre hospitalier de Longjumeau, la problématique de l'identification et de l'évaluation des risques non réglementés, en particulier les risques médicaux, demeure en ce qu'il apparaît

difficile de les fonder principalement sur les fiches de déclaration d'événements indésirables. En effet, en dehors des systèmes de déclaration systématiques qui existent pour les chutes, les fugues, les escarres, les actes de violence, le signalement des événements indésirables reste aléatoire et le plus souvent lié au contexte particulier d'un service ou d'une situation.

Il apparaît ainsi, au regard de l'analyse de la démarche menée au Centre hospitalier de Longjumeau et de celles développées dans d'autres hôpitaux, que l'utilité de cet outil dans la mise en œuvre d'une gestion globale des risques est fonction de la qualité des modes d'identification et d'évaluation des risques. Or ceux-ci doivent être intégrés au fonctionnement de la structure et non faire l'objet d'une démarche ponctuelle, particulièrement lourde et dont les résultats sont incertains. La démarche d'élaboration d'une cartographie des risques interroge donc la performance du système de management des risques et doit par conséquent être conçue comme un levier d'amélioration de celui-ci.

2°) Pour présenter une réelle utilité au Centre hospitalier de Longjumeau, la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques doit être conçue comme un levier d'amélioration du système de management des risques.

Le système de management des risques se définit comme « un processus régulier, continu et coordonné intégré à l'ensemble de l'organisation qui permet l'identification, le contrôle et l'évaluation des risques »²⁸.

Les différentes étapes de conception d'une cartographie des risques d'établissement (a) et ses applications en terme de définition d'actions prioritaires et de communication (b) permettent d'analyser et de faire évoluer le système de management d'une structure.

a) Les étapes de recensement, de classement et de hiérarchisation des risques conduisent à s'interroger sur les rôles et les responsabilités des différents acteurs, sur leurs modalités de collaboration, sur les méthodes de gestion employées, sur la circulation de l'information, sur le circuit décisionnel.

En effet, les questions posées sont les suivantes : qui identifie et analyse les niveaux de risques ? Selon quelles modalités ? Qui gère les risques ? Comment évaluer les résultats de la politique de gestion des risques ? Comment l'information circule-t-elle et qui prend les décisions ?

²⁸ DHOS, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, 2004

b) Les développements de la cartographie des risques permettent également d'identifier des problématiques essentielles pour la gestion des risques concernant la lisibilité et la visibilité de la politique de la gestion des risques en interne et en externe, l'évaluation de ses résultats, son intégration dans la politique de l'établissement.

Ainsi, au regard des problématiques posées par l'élaboration d'une cartographie des risques, comment améliorer le système de management des risques du Centre hospitalier de Longjumeau ?

B. Une démarche d'élaboration d'une cartographie des risques comme outil de la mise en œuvre d'une gestion globale des risques n'a de sens au Centre hospitalier de Longjumeau que si elle conduit à une évolution de son système de management des risques.

La gestion des risques au Centre hospitalier de Longjumeau relève de démarches et d'acteurs nombreux entraînant un manque de lisibilité en terme de responsabilité, d'actions, d'articulation avec les démarches complémentaires relatives à la qualité et à l'évaluation des pratiques professionnelles (1°). La proposition pour le Centre hospitalier de Longjumeau porte par conséquent sur l'évolution de l'organisation et du fonctionnement de la gestion des risques sur la base du levier d'action constitué par la cartographie des risques (2°).

1°) La gestion des risques au Centre hospitalier de Longjumeau relève de démarches et d'acteurs nombreux et non systématiquement articulés.

L'organisation et le fonctionnement actuels de la gestion des risques relève de démarches et d'acteurs nombreux (a) entraînant un manque de lisibilité en terme de responsabilité, d'actions prioritaires, d'articulation avec des démarches complémentaires (b).

a) Les acteurs intervenant dans le domaine de la gestion des risques sont nombreux.

Certains acteurs ont spécifiquement en charge la gestion des risques²⁹ : le Conseil stratégique qualité, le Comité de gestion des risques et des vigilances qui s'appuie sur sa cellule opérationnelle et sur la pré-cellule qui assure le premier traitement des fiches de signalement des événements indésirables, la Sous Commission de la CME qui coordonne les travaux des groupes spécialisés (CLIN, CLUD, COMEDIMS, CSTH, CGRV, CLAN, Commission des gaz médicaux), les vigilants, le CHSCT. D'autres structures ont une partie de leurs fonctions se rattachant à la gestion des risques : la COPS, la Commission des admissions non programmées, la CRUQPEC, le groupe d'audit interne, la Commission de formation médicale continue, les directions fonctionnelles.

Chacun de ces acteurs est ainsi chargé de l'élaboration d'un programme d'actions. Or si l'articulation de ces programmes est recherchée, elle n'est pas systématique.

b) Les points d'ancrage de l'élaboration d'une cartographie évoqués précédemment permettent d'identifier les points faibles de l'organisation actuelle qui constituent des obstacles à la mise en œuvre d'une gestion globale des risques.

Le premier point concerne la définition des rôles et des responsabilités : le Centre hospitalier de Longjumeau ne dispose pas d'organigramme relatif à la gestion des risques permettant de disposer d'une vision globale et synthétique de la place des différents acteurs ; de plus, le fonctionnement actuel apparaît complexe avec des rôles et des programmes d'actions susceptibles de se superposer entre le Comité stratégique qualité, le Comité de gestion des risques et des vigilances et la Sous commission de la CME.

Le deuxième point est lié à la lisibilité de la politique de gestion des risques et à son articulation avec les autres politiques institutionnelles : les démarches de gestion des risques professionnels et des autres risques sont distinctes, les actions prioritaires ne sont pas clairement affichées, le suivi et l'évaluation des programmes apparaît complexe, les articulations entre la gestion des risques, la qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ne sont pas clairement établies.

La proposition pour la Centre hospitalier de Longjumeau porte par conséquent sur les axes d'amélioration de l'organisation et du fonctionnement de la gestion des risques sur la base d'un levier d'action qui est la conception d'une cartographie des risques.

2°) La proposition pour le Centre hospitalier de Longjumeau porte sur l'évolution de l'organisation et du fonctionnement de la gestion des risques sur la base du levier d'action constitué par la cartographie des risques³⁰.

Les recommandations énoncées dans ce mémoire pour le Centre hospitalier de Longjumeau portent sur l'évolution de l'organisation et du fonctionnement de la gestion des risques (a) et son dispositif d'accompagnement (b).

a) La proposition d'évolution de l'organisation et du fonctionnement de la gestion des risques vise à aboutir à une organisation simplifiée, responsabilisante, adaptée au fonctionnement de l'établissement et articulée avec les démarches complémentaires mises en œuvre.

Un premier élément est l'articulation entre la gestion des risques, la qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles compte tenu de la complémentarité de ces trois démarches : l'on peut en effet considérer que la sécurité est le premier niveau de la qualité d'un service et que l'EPP constitue un des modes d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins. L'EPP constitue d'autre part un biais à privilégier pour engager plus avant les acteurs dans la gestion des risques. Envisager en communs ces trois politiques offre donc une plus grande visibilité des actions menées ainsi qu'une plus grande efficacité. Si ces trois politiques doivent continuer d'exister individuellement, l'organisation proposée est une organisation commune à la qualité, à la gestion des risques et à l'EPP, on parlera ainsi de politique ou d'organisation QRE.

Un second élément réside dans la simplification de l'organisation : les fonctions stratégiques sont ainsi confiées au Conseil exécutif, les fonctions de pilotage à un comité QRE entraînant la suppression du Comité stratégique qualité, du Comité de gestion des risques et des vigilances et de sa cellule opérationnelle.

Un troisième élément est la volonté de se baser sur les structures existantes et les responsabilités déjà définies, l'établissement n'ayant pas la possibilité de dégager de nouveaux moyens en équivalent temps plein et en formation, dédiés à la gestion des risques.

Enfin, l'organisation proposée vise à clarifier les responsabilités et le circuit de l'information et à prendre en compte l'organisation en pôles de l'établissement.

²⁹ Voir l'organigramme non officiel de la gestion des risques en annexe 3.

³⁰ L'ensemble de la proposition présentée à l'équipe de direction du Centre hospitalier de Longjumeau est accessible en Annexe 5.

Au regard de ces objectifs, l'organisation proposée inscrite dans l'organigramme présenté en annexe 5 est la suivante :

Une organisation simplifiée et intégrant les trois domaines de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

- Le rôle décisionnel appartient au **Conseil d'administration** après avis ou information auprès des instances.
- Le rôle stratégique de validation et d'évaluation de la politique QRE et des plans d'actions est assuré par le **Conseil exécutif**.
- Le rôle de pilotage de la démarche QRE relève d'un comité unique : le **Comité QRE**.

- Composition : l'objectif poursuivi est d'assurer à la fois la représentativité et le caractère opérationnel du comité ainsi qu'une certaine continuité avec l'organisation antérieure.

Membres permanents à voix délibérative : le Président (un médecin), le président de la Sous-commission de la CME, les correspondants locaux des vigilances, le médecin du travail, l'ingénieur responsable du patrimoine et de la sécurité, le Président du groupe d'audit interne, le Président de la Commission de la FMC.

Membres permanents à voix consultatives : le Directeur Qualité, le Directeur des soins, le chargé de mission qualité et gestion des risques.

Membres invités : toute personne responsable dans le domaine de la qualité, de la gestion des risques en fonction des thèmes abordés.

- Rôle : il pilote la procédure de certification ; il propose les orientations de la politique QRE de l'établissement et les actions de communication dans ce domaine; il prépare les négociations du volet QRE du CPOM ; il assure une gestion QRE centralisée et coordonnée au travers la présentation des études et analyses réalisées dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques diligentées par les structures opérationnelles, les programmes d'actions, le traitement des fiches de risques faisant état de risques critiques.
 - Périodicité : le Comité QRE se réunit une fois par mois.
- La Direction qualité a en charge la préparation, la centralisation et la coordination des dossiers ainsi que le soutien méthodologique des professionnels engagés dans la démarche.

Une organisation qui responsabilise les acteurs et qui prend en compte la mise en place des pôles d'activité.

La gestion opérationnelle des démarches QRE transversales relève des structures opérationnelles existantes et des professionnels ou groupes experts dont les domaines d'actions et les responsabilités sont clairement établis. Au sein des pôles, la gestion de la qualité et des risques est confiée au responsable et au cadre de pôle.

- **Les structures participant aux démarches QRE** (Sous Commission de la CME, CLIN, CLUD, CHSCT, COMEDIMS, COPS, Commission des admissions non programmées, Commission FMC, CRUQPC, directions fonctionnelles) : leurs domaines d'actions et responsabilités ainsi que leurs liens sont précisés sur la base de la typologie des risques présentée dans le cadre du dispositif d'accompagnement ci-après.

Leur rôle :

- Ils sont destinataires des documents QRE (politique et programme d'action QRE, contrats d'objectifs).
- Ils définissent des programmes d'actions dans leur domaine de responsabilité en lien avec la politique QRE et les actions prioritaires par le Comité QRE.
- Ils informent le Comité QRE des actions menées et des résultats obtenus, notamment au travers de la présentation de leur programme d'actions et de leur rapport d'activité comportant un volet QRE clairement identifié.
- Ils s'appuient sur les professionnels de santé ou les groupes experts identifiés pour disposer des informations nécessaires et mettre en œuvre les programmes d'actions définis.

- **Les groupes experts et professionnels exerçant des responsabilités dans la conduite des démarches QRE**

Ex de groupes experts : équipe opérationnelle d'hygiène, cellule de gestion des risques, groupes de travail relatif au dossier patient,...

Ex de professionnels transversaux : la personne responsable en radioprotection, les vigilants, le médecin du travail, le responsable de la sécurité...

Les professionnels : les cadres de santé, les responsables de service.

Leur domaine de responsabilité est défini sur la base de la typologie des risques.

Leur rôle consiste à évaluer et suivre les niveaux de risque et de qualité dans leur domaine de responsabilité pour déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre :

- Ils définissent et mettent en œuvre les méthodes d'identification et d'analyse des risques ou les études qualité à mener.
- Ils définissent le niveau de criticité et le niveau de maîtrise des risques.
- Ils proposent les actions de gestion des risques et les actions qualité prioritaires
- Ils proposent des indicateurs de suivi des résultats et des événements sentinelles.
- Ils formulent des propositions pour l'actualisation de la typologie des risques.

Ces professionnels et groupes experts collaborent pour assurer ces missions, les liens entre eux sont clairement établis.

Si les domaines d'action des structures, des professionnels et des groupes experts responsables des démarches QRE sont identifiés sur la base de la typologie des risques, leurs responsabilités ne se limitent cependant pas aux risques mais s'étend à la qualité. On peut en effet considérer que la gestion des risques constitue le niveau premier de la qualité du service rendu aux patients et des conditions de travail des personnels.

- **Les référents QRE de pôle** sont les responsables et les cadres de pôle.

Leur rôle :

- Négocier les objectifs du volet qualité des contrats de pôle (objectifs communs et objectifs spécifiques),
- Mettre en place l'organisation et les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs avec l'aide des structures et professionnels agissant de manière transversale dans l'établissement,
- Assurer l'application des procédures ou des programmes d'action QRE transversaux, informer les responsables transversaux des situations à risques et des actions mises en œuvre.
- Proposer des études ou des actions.

L'objectif est de confier la gestion de la qualité et des risques au quotidien aux pôles qui pourront bénéficier pour la mise en œuvre de leurs actions de structures et responsables transversaux clairement identifiés.

Cette organisation s'appuie sur les structures et les responsabilités professionnelles déjà établies dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques tout en précisant les rôles et les circuits d'information entre acteurs.

La mise en place d'une nouvelle organisation s'appuie sur un dispositif d'accompagnement notamment fondé sur les étapes de l'élaboration d'une cartographie des risques.

b) La mise en place d'une nouvelle organisation s'appuie sur un dispositif d'accompagnement.

Le dispositif d'accompagnement est basé sur trois outils complémentaires (la typologie des risques, l'outil de gestion QRE et la cartographie des risques) et des principes de mise en œuvre de la démarche.

La typologie des risques qui conduit à recenser et à classer les risques en classes homogènes présente trois avantages : elle facilite l'identification des personnes responsables ou personnes ressource pour les différents risques, elle crée un langage

commun sur les risques, elle permet de disposer d'informations détaillées sur les risques qui peuvent ensuite être synthétisées par familles de risques.

La réalisation d'une typologie des risques s'opère en deux étapes qui comportent chacune une série de choix.

La première consiste à regrouper les risques par famille. Le choix a été fait de limiter le périmètre des risques aux risques aux personnes en tant qu'ils peuvent être considérés comme les risques les moins acceptables. Quinze familles de risques ont été retenues, inspirées de celles identifiées par le Centre hospitalier d'Aubenas, compte tenu de la lisibilité offerte aux professionnels et aux usagers.

Liste des familles de risques retenues :

A. RISQUE INCENDIE	F. RISQUES PROFESSIONNELS	K. RISQUES LIES AUX MEDICAMENTS, AUX DISPOSITIFS MEDICAUX ET AUX DMI
B. RISQUES LIES AUX FLUIDES MEDICAUX	G. RISQUE INFECTIEUX	L. RISQUES LIES AUX PRODUITS SANGUINS
C. RISQUE ELECTRIQUE	H. RISQUE ALIMENTAIRE	M. RISQUES MEDICAUX
D. RISQUE DE RADIATIONS/RAYONNEMENT	I. RISQUES LIES AU PARCOURS DU PATIENT	N. RISQUES NATURELS
E. RISQUES LIES AUX MACHINES	J. RISQUES LIES AUX RESSOURCES	O. RISQUES LIES À L'ENVIRONNEMENT

La seconde étape consiste à recenser les risques de l'établissement par familles et sous familles de risques. Le choix a été fait d'organiser les sous-familles de risques sur la base d'une approche par processus et d'opérer un recensement des dangers. Si l'on considère que le risque est le résultat de l'exposition d'une cible à un danger, le recensement des dangers permet en effet de raisonner sur les causes du risque.

Un extrait de la typologie des risques permet de mieux comprendre le mode de classement retenu. La totalité de la typologie proposée est disponible en pièce annexe du mémoire.

		Dangers	Cibles	
B. RISQUES LIES AUX FLUIDES MEDICAUX	Toxicité	BA Fluides à forte ou faible toxicité	> Personnel	
	Approvisionnement	BB Retard ou absence de distribution	> Patient	
		BC Interruption approvisionnement	> Patient	
	Conservation	BD Fluides altérés	BD-01 Température	> Patient
			BD-02 Substitution	> Patient
			BD-03 Contamination	> Patient
			BD-04 Périmé	> Patient
		BE Erreur étiquetage		> Patient
		BF Conteneur percé		> Patient
		BG Défaillance des systèmes de surveillance		> Patient > Personnel
Installation	BJ Installation non-conforme	> Patient > Personnel		
Distribution	BH Interruption distribution	> Patient		
	BI Pression du fluide	> Personnel		

Les dangers recensés sont les dangers généralement présents en milieu hospitalier complétés par les dangers spécifiques au Centre hospitalier de Longjumeau identifiés sur la base du travail de recensement opéré en 2006.

Ce recensement s'appuie sur de nombreux documents : le document unique, le rapport d'activité du CLIN, le bilan d'activité du Comité de gestion des risques et des vigilances, le rapport d'activité de la médecine du travail, les tableaux de bord des services, une étude sur la sécurité des installations, la littérature générale.

Dans le cadre de la nouvelle organisation proposée, la typologie des risques permet d'être en mesure d'identifier les risques pris en charge par les différents professionnels, groupes experts ou structures afin de clarifier les responsabilités et les liens entre acteurs. La typologie des risques constitue ainsi la base de l'outil de gestion proposé.

Le second outil proposé consiste dans un outil opérationnel de gestion des risques dont les objectifs sont les suivants : définir pour chaque danger les personnes et structures responsables ; faciliter l'évaluation des niveaux de risques en développant un mode de raisonnement commun aux acteurs ; faciliter la centralisation et la synthèse des informations. L'outil de gestion se présente sous la forme suivante :

famille de risques	Professionnels et structures responsables	El Potentiels ou avérés	Conséquences	Cible	Pôles - activité	Actions de réduction des risques		Démarches Qualité	Fréquence	Gravité	Criticité	Niveau de maîtrise	Nouvelles actions	Indicateurs
						Prévention	Protection							
Listes des dangers	à déterminer	à compléter	à compléter	Patient Personnel Famille	Danger présent	<ul style="list-style-type: none"> - veille réglementaire - formation - protocoles - équipement - dialogue 	<ul style="list-style-type: none"> - action sur la gravité, donc actions pour diminuer les conséquences/ dommages - veille réglementaire - formation - protocoles - équipement - dialogue 	A compléter						A déterminer

Cet outil de gestion a vocation à être utilisé par les acteurs à chaque niveau de responsabilité : par la direction qualité et le comité QRE pour centraliser les informations ; par les professionnels, groupes experts et structures responsables pour identifier leur domaine de responsabilité, leur rôle dans le processus global de gestion des risques, pour faciliter le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre, pour faciliter la transmission d'informations et les échanges entre acteurs ; par les référents QRE de pôle pour identifier les personnes et les structures ressource, pour faciliter la surveillance et de traitement des risques.

Les conditions précises de mise en œuvre de l'outil devront faire l'objet d'une réflexion plus approfondie mais l'on peut dès à présent identifier cinq axes de réflexion :

1. La mise en œuvre d'un outil informatique

Pour faciliter l'utilisation de l'outil de gestion, l'acquisition d'une application informatique adaptée apparaît souhaitable : l'objectif est que l'outil de gestion soit alimenté par les responsables transversaux ainsi qu'au niveau des pôles et qu'il soit alimenté et qu'il alimente d'autres documents en rapport (ex : le document unique, les tableaux de bord des pôles...).

Ex : les accidents de travail enregistrés par le médecin du travail doivent alimenter directement le document unique et l'outil de gestion des risques.

2. La détermination des conséquences envisageables de la réalisation du risque.

Pour simplifier la saisie des informations, il est possible de travailler avec un médecin sur les types de conséquences corporelles et psychologiques liées à la réalisation du danger (ex : altération des fonctions respiratoires, altération des fonctions motrices,...)

3. Classement des actions de prévention et de protection.

On peut identifier 5 types d'actions :

- formation
- protocoles et procédures
- équipement collectif
- équipement individuel
- dialogue, groupe de parole.

4. L'évaluation de la criticité du risque.

L'évaluation de la fréquence, de la gravité et du niveau de maîtrise des risques doit s'appuyer sur des échelles qui peuvent être communes aux acteurs ou adaptées au type de risque traité.

5. La mise en place d'indicateurs

Sous l'impulsion de la HAS, les établissements de santé sont conduits à mettre en place entre 4 et 11 indicateurs qualité dès 2008. Les prochains indicateurs issus du projet COMPAQ qui devraient être validés par la HAS portent sur la gestion du risque patient.

La typologie des risques et le fonctionnement de l'outil de gestion permettront d'établir une cartographie des risques puisque les risques seront recensés et évalués « en routine » dans le cadre de l'organisation mise en place.

Il appartiendra au Comité QRE d'identifier les principaux risques au regard de leur criticité, de la faisabilité des actions à mettre en œuvre, des impacts financiers et en terme d'image pour en assurer une représentation graphique. Ce travail permettra de définir des priorités d'actions dans le cadre d'un programme global de gestion des risques.

Enfin, au-delà des préconisations concernant les outils accompagnant la mise en place de la nouvelle organisation de la gestion des risques, il apparaît nécessaire d'évoquer deux principes de mise en œuvre de la démarche. En effet, tant l'expérience du Centre hospitalier de Longjumeau que celle de Necker et du Centre hospitalier d'Aubenas

soulignent la nécessité que cette démarche soit portée à un niveau stratégique par la direction, le Président de la CME et par les responsables de pôles et qu'elle s'accompagne d'une politique de communication et de formation à destination de l'ensemble des professionnels.

Ainsi, au travers des propositions réalisées pour le Centre hospitalier de Longjumeau, l'on conçoit de quelle façon l'outil d'aide à une gestion globale des risques que constitue la cartographie des risques d'établissement peut être un levier fort d'amélioration du système de management des risques.

Conclusion

Les exigences dans le domaine de la gestion des risques hospitaliers se sont renforcées et ont évolué passant d'une approche axée sur le respect de la réglementation dans les différents secteurs d'activité à une approche globale des risques visant à appréhender l'ensemble des risques de l'établissement pour établir des priorités d'action.

La cartographie des risques d'établissement, à travers les étapes de construction de l'outil (classement, évaluation, hiérarchisation des risques) et l'utilisation qui peut en être faite en terme de lisibilité de la politique menée et donc de communication, constitue l'outil indiqué pour la mise en œuvre d'une gestion globale des risques.

Cependant, si l'élaboration de cet outil repose sur une mobilisation ponctuelle des acteurs pour identifier et évaluer les risques, la procédure à mettre en œuvre se révèle particulièrement lourde et incertaine.

Aussi, l'élaboration de la cartographie des risques conduit-elle à s'intéresser au système de management des risques pour déterminer la façon d'intégrer au fonctionnement de l'établissement des méthodes d'identification et d'évaluation des risques permettant de disposer de données crédibles et partagées afin d'être en mesure de définir des priorités d'action.

L'on comprend ainsi en quoi la cartographie des risques peut être conçue comme un levier d'évolution du système de management des risques du Centre hospitalier de Longjumeau.

Certes les évolutions du système de management des risques et la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement proposés implique un travail important en terme de conception et d'installation de l'outil informatique, de formation en interne, d'accompagnement individualisé des acteurs dans un monde hospitalier en perpétuel mouvement. L'objectif visé est cependant l'instauration d'un mode de fonctionnement pérenne et partagé de la gestion des risques permettant de répondre à l'exigence d'une approche globale des risques pour atteindre à terme une maîtrise optimale des risques.

Bibliographie

Ouvrages

- DUPONT (M.), ESPER (C.), PAIRE (C.), *Droit hospitalier*, Dalloz, 2005, 824 p.
- GRIMAUD (D.) (coordination), *La coordination des vigilances à l'hôpital*, ENSP, 2001, 101 p.
- JEZEQUEL (N.), RAYMOND (J-L), *Risques et vigilances sanitaires*, Les Etudes Hospitalières, 2002, 335 p.
- POULLAIN (I.), LESPY (F.), *Gestion des risques, Guide pratique à l'usage des cadres de santé*, Ed. Lamarre, coll. Fonction cadre de santé, 2002, 139 p.
- SFEZ (M.), TRIADOU (P.), *Qualité et gestion des risques en établissement de santé*, Ed. Lamarre, Coll. Fonction cadre de santé, 2005, 95 p.

Articles de revues

- BALCET (B.), Le management des risques et la sécurité en santé, *Gestions hospitalières*, Juin / Juillet 2008, p. 392 – 398.
- DRESS, Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale, *Etudes et résultats*, mai 2005, n° 398, p.1 – 15.
- JEANBLANC (G.), DURAND-ZALESKY (I.), Evaluation des pratiques professionnelles en perspective de la procédure de certification : retour d'expérience d'un centre universitaire, *Risques et Qualité*, 2008, volume V n°2 p. 73 – 88.
- MINVIELLE (E.), Compaqh, développement des indicateurs en matière de qualité et de sécurité hospitalière, *Risques et Qualité*, 2007, volume VI, n°4 p. 196 – 204.
- NACHIN (P.), DAUCOURT (V.), La certification V2 : analyse des 216 premières procédures, *Risques et Qualité*, 2007, volume IV, n°3, p.136 – 142.

Rapports

- ANAES, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, 2003.
- DHOS, *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, 2004.

Sites Internet

- HAS, Manuel pilote V2010, disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c-661996/manuel-pilote-v2010>.
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, Dossiers la santé de A à Z, dossiers relatifs à « la sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable en juin 2005 », au « circuit du médicament », aux « risques sanitaires dans les établissements de santé », disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/>.
- MEAH, Dossiers thématiques relatifs aux « déchets », à « l'imagerie », au « dossier du patient », à la « prise en charge des escarres », à la « restauration », <http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/>.

Liste des annexes

- ANNEXE 1 Echelles de cotation (gravité, fréquence, maîtrise) utilisées au Centre hospitalier de Longjumeau.
- ANNEXE 2 Cartographie 2007 des principaux risques liés à l'activité ou à la structure du Centre hospitalier de Longjumeau.
- ANNEXE 3 Organigramme non officiel de la gestion des risques du Centre hospitalier de Longjumeau 2008.
- ANNEXE 4 Organigramme proposé de la gestion des risques au Centre hospitalier de Longjumeau.
- ANNEXE 5 Proposition d'une nouvelle organisation de la gestion des risques pour le Centre hospitalier de Longjumeau.
- ANNEXE 6 Entretiens avec les acteurs engagés dans la démarche de gestion des risques au Centre hospitalier de Longjumeau et avec les gestionnaires de risques des centres hospitaliers d'Aulnay et de Dieppe.

**ANNEXE 1 Echelles de cotation (gravité, fréquence, maîtrise)
utilisées au Centre hospitalier de Longjumeau.**

Document 3

CERTIFICATION 2005 – PREPARATION VISITE DE SUIVI V2 – Echéance avril 2007

Groupe « GESTION DES RISQUES »

Objectif : Structurer une politique globale et coordonnée de gestion des risques

ECHELLES DE COTATION
(gravité, fréquence, maîtrise)

Grille de gravité :

Indice	Gravité	Description
2	Supportable	Défaillance qui nuit au bon fonctionnement d'un processus en causant des dégradations de performances négligeables sans toutefois présenter de risques pour l'homme
4	Réversible	Défaillance qui nuit au bon fonctionnement d'un processus en causant des dégradations de performances légères sans toutefois présenter de risques pour l'homme
6	Irréversible	Défaillance qui perturbe gravement le fonctionnement d'un processus en causant des dégradations de performances importantes et ne présentant toutefois que des risque négligeables de mort ou de blessure pour l'homme
8	fatale	Défaillance qui perturbe gravement le fonctionnement d'un processus en causant des dégradations de performances notables et/ou présentant des risques importants de mort ou de blessure pour l'homme

Grille de fréquence :

Indice	Fréquence	Description
1	Exceptionnelle	Plus d'une défaillance par an et moins d'une défaillance par mois
2	Peu fréquent	Plus d'une défaillance par mois et moins d'une défaillance par semaine
3	Fréquent	Plus d'une défaillance par semaine et moins d'une défaillance par jour
4	Très fréquent	Plus d'une défaillance par jour

Grille de maîtrise :

Indice	maîtrise	Description
4	On découvre le risque	Aucune action en place – étude en cours – actions inefficaces...
3	On est en alerte	Quelques actions mais insuffisantes – veille mais sans action...
2	On a tout prévu	Plans d'actions en place avec indicateurs...
1	On sait faire face, bonne maîtrise	Plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue ...

ANNEXE 2 Cartographie 2007 des principaux risques liés à l'activité ou à la structure du Centre hospitalier de Longjumeau.

CARTOGRAPHIE 2007 DES PRINCIPAUX RISQUES
LIES A L'ACTIVITE OU A LA STRUCTURE
DU CENTRE HOSPITALIER DE LONGJUMEAU

A l'issue d'une phase de consultation organisée par le groupe de travail « suivi de la certification – gestion des risques », le **Comité stratégique qualité a validé le 21 février 2007, la cartographie suivante**, en vue de l'élaboration du **programme pluriannuel de prévention des risques demandé par la Haute Autorité de Santé.**

Rappel des décisions de la HAS de type II, faisant l'objet d'une **visite de suivi à un an prévue le 26 avril 2007** :

- Définir les priorités et les objectifs en matière de gestion des risques
- Mettre en place des dispositions pour identifier, analyser les risques afin de les hiérarchiser et de les traiter

Rappel des décisions de la HAS de type I, faisant l'objet d'une **visite à 4 ans (2009)** :

- Mettre en œuvre et évaluer un programme d'amélioration continue de la qualité incluant une gestion documentaire organisée
- Evaluer le programme d'amélioration de la qualité et de prévention des risques

Domaine 1 : Prise en charge, coordination et continuité des soins

Référents :

Situation à risque	Risque
Insuffisante disponibilité de lits en aval pour les urgences	Engorgement du service, prise en charge inadaptée, perte d'activité par transfert
Organisation des blocs opératoires et obstétrical	Défaut de prise en charge
Interfaces urgences/services cliniques/ plateau technique	Défaut de prise en charge

Domaine 2 : Hygiène et environnement

Référents :

Situation à risque	Risque
Hygiène générale insuffisante des locaux et systèmes de transport interne	Risque infectieux, image dégradée
Modalités de stockage et d'évacuation du linge sale et des déchets d'activités de soins	Risque infectieux
Insuffisante maîtrise de la chaîne du chaud et du froid	Risque de toxi-infections alimentaires collectives

Domaine 3 : Dossier patient et systèmes d'information

Référents :

Situation à risque	Risque
Traçabilité bénéfice/risque insuffisante	Défaut qualité du dossier

Domaine 4 : Sécurité des personnes et des biens

Référents :

Situation à risque	Risque
Sécurisation et gestion des accès insuffisante	Fugue, intrusion, malveillance
Situations d'agressivité	Altercation, atteinte corporelle, dégradation des biens

Domaine 5 : Gestion des compétences et des effectifs

Référents :

Situation à risque	Risque
Soins relevant du rôle de l'AS effectués par l'ASH (glissement de tâche)	Erreur, mauvaise prise en charge
Gestion de l'absentéisme ponctuel dans les services	Sous-effectif, surcharge d'activité, retard de prise en charge
Gestion des absences de nuit par rappel à domicile	Stress, sous effectif

Domaine 6 : Prescriptions, circuit du médicament et DM

Référents :

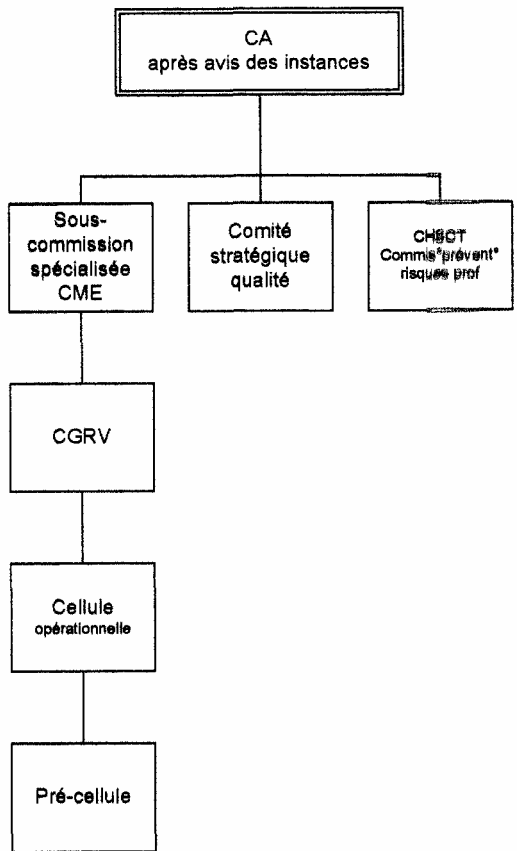
Situation à risque	Risque
Prescription écrite non informatisée pour certains services	Moindre sécurisation du circuit
Sécurisation du circuit du médicament incomplète au stade de l'administration	Risque d'erreur de patient
Traçabilité des dispositifs médicaux implantables non exhaustive	Perte d'information Perte financière
Traçabilité à l'instrument en stérilisation centrale non effective	Perte d'information Risque infectieux

Domaine 7 : Locaux, matériels et équipements

Référents :

Situation à risque	Risque
Vétusté des équipements de transports internes (ascenseurs, cartracks, tube 500, etc..)	Dysfonctionnement, retard et/ou perturbation de l'activité
Difficulté d'accès des personnes à mobilité réduite	Pénibilité, inaccessibilité
Ergonomie inadaptée de certains locaux (sous dimensionnés, peu accessible aux personnes à mobilité réduite, ...)	Absence de confidentialité, prise en charge inadaptée, désorganisation, promiscuité, manque d'hygiène, agressivité

**ANNEXE 3 Organigramme non officiel de la gestion des
risques du Centre hospitalier de Longjumeau 2008.**



Sous-commission spécialisée CME

- Pour répondre aux attributions qui lui ont été confiées, la sous-commission spécialisée de la CME coordonne les travaux des groupes de travail spécialisés dans l'établissement.
 - Elle assure également la coordination des vigilances sanitaires réglementaires
 - Pour remplir ses missions : elle est destinataire des rapports annuels d'activité et programmes d'actions des différents groupes de travail spécialisés, elle transmet ces rapports d'activité à la CME assortis de l'avis qu'elle a émis, elle examine et se prononce sur les travaux, les décisions et les projets conduits par les groupes, visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins

Comité stratégique qualité

Le CSQ impulse, soutient et promeut la politique qualité de l'établissement. A ce titre il est chargé de :

- déterminer les projets d'amélioration qualité
- garantir le bon déroulement de la procédure de certification,
- impulser la gestion documentaire,
- veiller à la prise en compte des besoins de formation des acteurs de la démarche qualité,
- informer et communiquer sur les objectifs et les résultats de la politique qualité

Comité des gestion des risques et des vigilances

Le CGRV propose au CSQ les orientations relatives à la politique de gestion des risques et des vigilances, et la communication dans ce domaine;
 - Il participe à la définition d'orientations pour la formation en lien avec les directions concernées, il met en place une gestion centralisée et coordonnée des risques et des vigilances, il constitue un réseau de correspondants dans l'établissement, il est informé des procédures, il établit son rapport annuel d'activité

La cellule opérationnelle du CGRV

La cellule opérationnelle est chargée d'analyser les situations à risques, leurs causes et leurs conséquences, de proposer des actions correctives ou préventives et des évaluations, des rédiger des procédures, d'élaborer un bilan annuel d'activité, de mettre en œuvre un plan de communication auprès du personnel, d'organiser des rencontres avec les professionnels

La pré-cellule de traitement des fiches de risques

La pré-cellule procède à une pré-analyse des fiches de risques et un classement selon leur niveau de criticité.

Composition

- Membres de droit : le Directeur ou son représentant - le Président de la CME
- 5 représentants de la CME désignés en son sein au titre du collège des experts
- 11 experts dont 5 experts médicaux (désignés par la CME), -- 2 représentants paramédicaux (désignés par la CSIRMT),
- 4 experts désignés au titre des catégories autres par la CME et CSIRMT,
- 6 experts membres de droit dont 4 correspondants locaux des vigilances et le responsable de l'ECHO,
- 2 représentants de l'établissement de transfusion sanguine référent,
- un représentant du CTE,
- un représentant du CHSCT

- Le CSQ est composé de 16 personnes représentant, paritairment la direction de l'établissement et la communauté médicale.
 Les représentants de la Direction sont :
- le Directeur,
 - l'équipe de direction
 - le président de la CME,
 - le vice-président de la CME,
 - le président du CLIN
 - le président du CGRV
 - le président du groupe d'audit interne
 - 2 correspondants locaux des vigilances réglementaires
 - le responsable du DIM

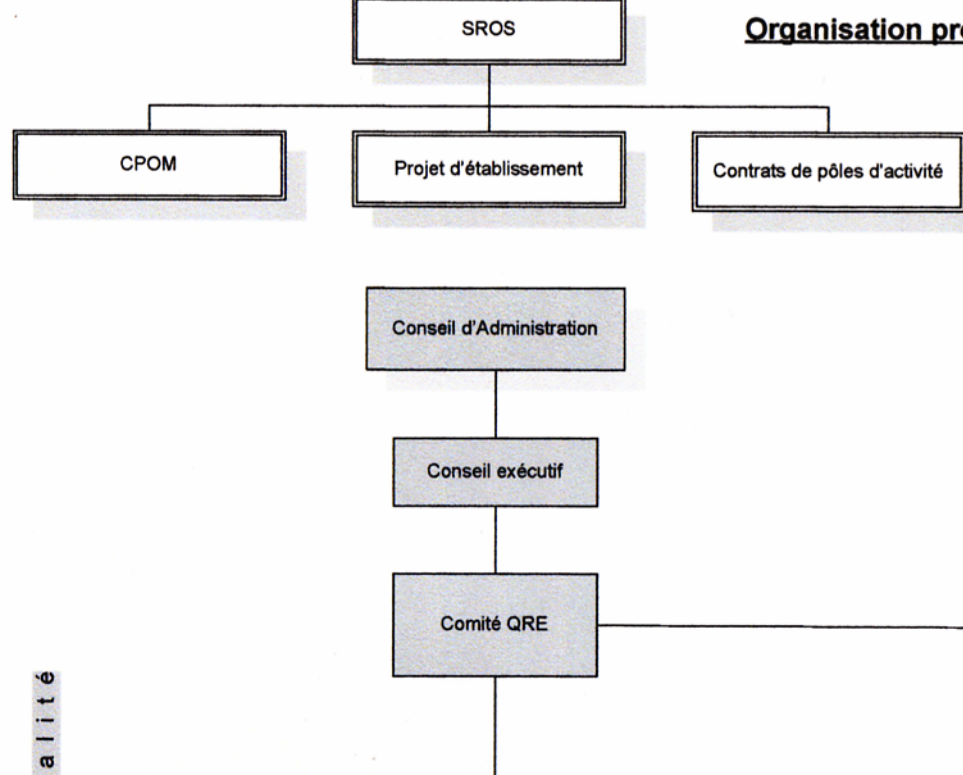
- Membres à voix délibératives :
- le Président de la CME,
 - les membres de la cellule opérationnelle
 - 2 cadre de santé
 - 5 médecins désignés par la CME
 - un cadre administratif
 - un cadre supérieur médico-technique
- Membres à voix consultative (membres de la cellule opérationnelle) :
- le Directeur ou son représentant
 - le Directeur de la clientèle, qualité et affaires générales,
 - le chargé de mission qualité et gestion des risques

- le président du CGRV (médecin)
- le vice-président du CGRV (cadre supérieur)
- le Directeur de la clientèle, qualité et affaires générales
- le Directeur des soins
- les correspondants locaux des vigilances
- le Président du CLIN
- le cadre hygiéniste
- le responsable de la sécurité et patrimoine
- le médecin du travail
- le chargé de mission qualité et gestion des risques

- Un médecin (le président du CGRV)
- un cadre de santé
- le chargé de mission qualité et gestion des risques

**ANNEXE 4 Organigramme proposé de la gestion des risques au
Centre hospitalier de Longjumeau.**

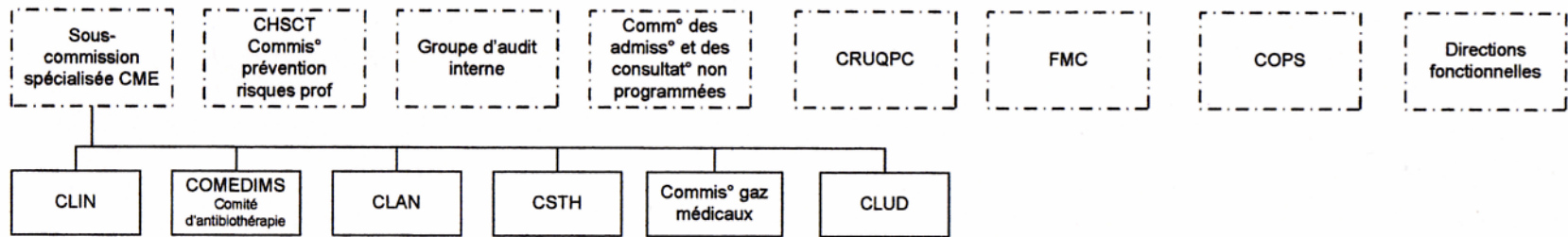
OPERATIONNEL ORGANISATIONNEL PILOTAGE STRATEGIQUE DECISIONNEL



LA DIRECTION QUALITE
Missions : elle assure la préparation, la centralisation et la coordination des dossiers ainsi que le soutien méthodologique

LE COMITE QRE
Missions : Il a un rôle de pilotage de la démarche QRE. Il pilote la procédure de certification, propose les orientations de la politique QRE et les actions de communication, prépare les négociations du volet QRE du CPOM, assure une gestion QRE centralisée et coordonnée.
Composition :
 - *Membres permanents à voix délibérative :* le président (un médecin), le président de la sous-commission CME, les correspondants locaux des vigilances, le médecin du travail, l'ingénieur responsable du patrimoine et sécurité, le président du groupe d'audit interne, le président de la commission FMC
 - *Membres permanents à voix consultative :* Le Directeur qualité, le Directeur des soins, le chargé de mission qualité et gestion des risques
 - *Membres invités :* tout professionnel responsable dans le domaine de la qualité et gestion des risques, en fonction des thèmes abordés

Comités participant aux démarches QRE (ils définissent des programmes d'actions en lien avec la politique QRE et les actions prioritaires par le comité QRE. Ils informent le comité QRE des actions menées et des résultats obtenus. Ils s'appuient sur les professionnels de santé ou les groupes experts identifiés pour disposer des informations nécessaires et mettre en œuvre les programmes d'actions définis) :



Les groupes experts et professionnels exerçant des responsabilités dans la conduite des démarches QRE (ils évaluent et suivent les niveaux de risque et de qualité dans leur domaine de responsabilité pour déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre, ils établissent des modes de collaboration adéquats) :

Les responsables transversaux : le responsable de la sécurité, les correspondants locaux des vigilances, la cellule de traitement des fiches de risques, l'EOH, le référent en radioprotection PCR, le médecin du travail

Les responsables au sein des pôles d'activité : responsables et cadres supérieurs de chaque pôle, les chefs de service, les cadres

La Direction de la qualité

ANNEXE 5 Proposition d'une nouvelle organisation de la gestion des risques pour le Centre hospitalier de Longjumeau.

Proposition pour un nouveau fonctionnement pour la qualité, la gestion des risques et l'évaluation des pratiques professionnelles au Centre hospitalier de Longjumeau.

Introduction

La qualité, la gestion des risques et l'évaluation des pratiques professionnelles sont trois démarches complémentaires devenues essentielles pour les établissements de santé, sous l'impulsion des procédures de certification de la HAS et des circulaires du Ministère de la santé. Le rapprochement annoncé entre la HAS et les ARH/ARS pour inscrire la certification dans la régulation hospitalière va dans le sens d'un renforcement de la place de ces démarches dans la politique d'établissement.

Le CHL, qui a été parmi les premiers établissements à avoir été accrédité puis certifié, doit être en mesure d'intégrer ces nouvelles exigences pour développer son activité dans des conditions favorables.

L'organisation sur laquelle reposent les démarches qualité – gestion des risques constitue un facteur essentiel de la performance de celles-ci. En effet, une bonne organisation permet de mobiliser les compétences nécessaires, d'assurer une meilleure circulation de l'information, de faciliter la mise en œuvre des actions et de leur suivi, de favoriser le développement d'une culture de sécurité et de qualité des soins.

La présente note a pour objet de présenter la proposition d'un nouveau fonctionnement de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles au CHL.

Plan de la note

- I. Etat des lieux du fonctionnement actuel de la qualité et de la gestion des risques
 - A. Fonctionnement actuel de la qualité et la gestion des risques.
 - B. Points forts et axes d'amélioration.

- II. Proposition d'un nouveau fonctionnement de la qualité et de la gestion des risques
 - A. Les enjeux liés à l'évolution de l'organisation actuelle.
 - B. Présentation de la nouvelle organisation proposée.

I. Etat des lieux du fonctionnement actuel de la qualité et de la gestion des risques.

A. Fonctionnement actuel de la qualité et gestion des risques.

1. La politique qualité et gestion des risques du CHL.

La politique de la qualité et de la gestion des risques du CHL est définie par une note d'orientation de 2004 complétée par une note sur la prévention et la gestion des risques de 2007.

La note de 2004 :

- rappelle les valeurs fondamentales de la politique qualité :
 - recherche d'une plus grande sécurité sanitaire,
 - qualité de la prise en charge,
 - satisfaction des patients et de leurs proches,
 - reconnaissance du travail fourni par les professionnels, introduction de méthodes de management participatives et multidisciplinaires.

- détermine une organisation adaptée (cf Annexe 1) :
 - Comité stratégique qualité
 - Comité de gestion des risques et des vigilances
 - Le groupe d'audit interne

La note d'orientation sur la prévention et la gestion des risques de 2007 :

- Répond à l'objectif d'une plus grande sécurité sanitaire affirmé dans la note de 2004 et fait suite aux recommandations inscrites dans les rapports de certification des procédures V1 et V2, à savoir :
 - Mettre en place des dispositions pour identifier, analyser les risques afin de les hiérarchiser et de les traiter (ref 14b-d)
 - Définir des priorités et des objectifs en matière de gestion des risques (réf 6a)
 - Formaliser, mettre en œuvre et évaluer la politique globale de prévention et de gestion des risques (réf 50)

- Définit une démarche de prévention et de gestion des risques
 - Mise en place d'une « équipe suivi V2 » en charge du pilotage de la démarche.
 - Objectif : assurer un recensement des risques approfondi et étendu à l'ensemble des secteurs de l'hôpital pour évaluer les risques identifiés et mettre en œuvre un programme global de gestion des risques.
 - Résultats de la démarche : élaboration d'une typologie des risques (8 domaines de risques), identification des risques critiques dans le cadre d'une cartographie, élaboration du programme de gestion des risques.

2. Le fonctionnement actuel de la qualité et de la gestion des risques au CHL (Annexe 1).

Les démarches qualité et gestion des risques relèvent de nombreux acteurs qui définissent et mettent en oeuvre des programmes d'actions dans différents domaines, la direction de la Qualité jouant un rôle de coordination des actions menées.

Les différents domaines d'action sont :

- La qualité et la gestion des risques : les propositions d'actions et les résultats obtenus sont présentés et validés par le CSQ ou par le Comité de gestion des risques et des vigilances. Un plan d'action qualité a été établi en juillet 2005, faisant suite à l'autoévaluation réalisée dans le cadre de la procédure de certification V2, avec la création de groupes de travail.
- La gestion des risques : les propositions d'actions et résultats obtenus sont présentés et validés par le Comité de gestion des risques et des vigilances. Un programme de prévention des risques a été établi en 2008, pour assurer le suivi des recommandations de la HAS et de la SHAM dans le domaine de la gestion des risques.
- Le traitement opérationnel des risques : il est assuré au sein de la pré-cellule et de la Cellule opérationnelle de gestion des risques, notamment par le traitement des fiches de risque.
- Les risques professionnels : le document unique et le programme de prévention des risques professionnels sont élaborés et actualisés par la commission des risques professionnels sur la base des visites de risques réalisées par des membres de cette commission ou par les membres du CHSCT. Le CHSCT est consulté sur ces documents pour avis.
- L'évaluation des pratiques professionnelles : les programmes sont élaborés et mis en oeuvre par le Groupe d'audit interne pour les évaluations pluridisciplinaires et par la Commission de la formation médicale continue concernant les évaluations individuelles.

Plus largement, les structures intervenant dans le domaine de la qualité, de la gestion des risques et de l'EPP sont nombreux : CSQ, Sous commission de la CME, Comité de gestion des risques et des vigilances, Cellule opérationnelle de gestion des risques, pré-cellule de gestion des risques, CLIN, CLAN, CLUD, vigilants, CHSCT, COMEDIMS, Groupe d'audit interne, Commission de la FMC et de manière indirecte COPS, Commission des admissions non programmées, CRUQPC ; chacun des acteurs ayant la charge de l'élaboration et de la mise en oeuvre de programmes d'actions.

La Direction de la Qualité est chargée d'initier, de formaliser, de coordonner, d'assurer le suivi et l'évaluation de certains programmes d'actions.

B. Point forts et axes d'amélioration de cette organisation

1. Les points forts de l'organisation actuelle

Le fonctionnement actuel dans le domaine de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles (QRE) a permis aux acteurs d'être sensibilisés à l'importance et aux méthodes des démarches QRE.

Les démarches QRE sont intégrées au fonctionnement institutionnel par l'identification de volets qualité et gestion des risques dans le projet médical, le projet de soins, le projet social, dans le plan annuel de formation des personnels.

2. Les axes d'amélioration

- Il n'existe pas d'organigramme relatif à la qualité et la gestion des risques permettant de disposer d'une vision globale et synthétique de l'organisation en place (rapport de certification 2006).
- Le fonctionnement actuel apparaît complexe avec des rôles et des programmes d'action qui se superposent (ex : entre le CSQ et le CE, entre la Cellule opérationnelle de gestion des risques, le CGRV et la Sous-Commission de la CME).
- Les liens entre la qualité et la gestion des risques ne sont pas clairement établis. De plus, il existe une organisation spécifique à la gestion des risques encore elle-même distincte de la gestion des risques professionnels.
- Les actions qualité - gestion des risques, en dehors de celles répondant aux recommandations HAS, sont décidées et mises en œuvre au coup par coup, en fonction de l'apparition ou de la réapparition des problèmes.
- L'organisation actuelle rend complexe la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation des programmes d'actions.
- Enfin, l'organisation actuelle ne tient compte que partiellement de l'organisation de l'établissement en pôles d'activité.

II. Proposition d'un nouveau fonctionnement de la qualité et de la gestion des risques

A. Les enjeux liés à la mise en place d'une nouvelle organisation de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles (QRE).

- Assurer une plus grande lisibilité et visibilité de la politique QRE et être en mesure de rendre compte des résultats obtenus dans ce domaine.
- Répondre aux recommandations de la HAS dans le cadre de la procédure V2 et préparer la troisième itération de la procédure de certification en 2010.
 - Le manuel pilote de la procédure de certification V 2010 prévoit ainsi : Chapitre 1 management de l'établissement, Partie 3 management de la qualité et de la sécurité des soins qui prévoit, Référence 8 Programme global et coordonné de management de la qualité et des risques.
- Intégrer de façon cohérente les démarches complémentaires de qualité, gestion des risques et d'EPP.
- Intégrer les démarches QRE dans la gestion quotidienne de l'établissement en favorisant la formation et la responsabilisation des acteurs.
- Faciliter le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre.
- Prendre en compte l'organisation en pôle de l'établissement.

Répondre à ces enjeux implique la définition d'une nouvelle organisation susceptible d'intégrer les acquis du fonctionnement actuel.

B. Présentation de la nouvelle organisation proposée (Annexe 2).

1. Une organisation simplifiée et intégrant les trois domaines de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

- Le rôle décisionnel appartient au **Conseil d'administration** après avis ou information auprès des instances.
- Le rôle stratégique de validation et d'évaluation de la politique QRE et des plans d'actions est assuré par le **Conseil exécutif**.
- Le rôle de pilotage de la démarche QRE relève d'un comité unique : le **Comité QRE**.
 - Composition : l'objectif poursuivi est d'assurer à la fois la représentativité et le caractère opérationnel du comité ainsi qu'une certaine continuité avec l'organisation antérieure. (cf Annexe 2).
 - Membres permanents à voix délibérative* : le Président (un médecin), le président de la Sous-commission de la CME, les correspondants locaux des vigilances, le médecin du travail, l'ingénieur responsable du patrimoine et de la sécurité, le Président du groupe d'audit interne, le Président de la Commission de la FMC.
 - Membres permanents à voix consultatives* : le Directeur Qualité, le Directeur des soins, le chargé de mission qualité et gestion des risques.
 - Membres invités* : toute personne responsable dans le domaine de la qualité, de la gestion des risques en fonction des thèmes abordés.
 - Rôle : il pilote la procédure de certification ; il propose les orientations de la politique QRE de l'établissement et les actions de communication dans ce domaine; il prépare les négociations du volet QRE du CPOM ; il assure une gestion QRE centralisée et coordonnée au travers la présentation des études et analyses réalisées dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques

diligentées par les structures opérationnelles, les programmes d'actions, le traitement des fiches de risques faisant état de risques critiques.

➤ Périodicité : le Comité QRE se réunit une fois par mois.

- La Direction qualité a en charge la préparation, la centralisation et la coordination des dossiers ainsi que le soutien méthodologique des professionnels engagés dans la démarche.

2. Une organisation qui responsabilise les acteurs et qui prend en compte la mise en place des pôles d'activité.

La gestion opérationnelle des démarches QRE transversales relève des structures opérationnelles existantes et des professionnels ou groupes experts dont les domaines d'actions et les responsabilités sont clairement établis. Au sein des pôles, la gestion de la qualité et des risques est confiée au responsable et au cadre de pôle.

- **Les structures participant aux démarches QRE** (Sous-Commission de la CME, CLIN, CLUD, CHSCT, COMEDIMS, COPS, Commission des admissions non programmées, Commission FMC, CRUQPC, directions fonctionnelles) : leurs domaines d'actions et responsabilités ainsi que leurs liens sont précisés sur la base de la typologie des risques.

Leur rôle :

- Ils sont destinataires des documents QRE (politique et programme d'action QRE, contrats d'objectifs).
- Ils définissent des programmes d'actions dans leur domaine de responsabilité en lien avec la politique QRE et les actions priorisées par le Comité QRE.
- Ils informent le Comité QRE des actions menées et des résultats obtenus, notamment au travers de la présentation de leur programme d'actions et de leur rapport d'activité comportant un volet QRE clairement identifié.
- Ils s'appuient sur les professionnels de santé ou les groupes experts identifiés pour disposer des informations nécessaires et mettre en œuvre les programmes d'actions définis.

- **Les groupes experts et professionnels exerçant des responsabilités dans la conduite des démarches QRE**

Ex de groupes experts : équipe opérationnelle d'hygiène, cellule de gestion des risques, groupes de travail relatif au dossier patient,...

Ex de professionnels transversaux : la personne responsable en radioprotection, les vigilants, le médecin du travail, le responsable de la sécurité...

Les professionnels : les cadres de santé, les responsables de service.

Leur domaine de responsabilité est défini sur la base de la typologie des risques. Leur rôle consiste à évaluer et suivre les niveaux de risque et de qualité dans leur domaine de responsabilité pour déterminer les actions prioritaires à mettre en œuvre :

- Ils définissent et mettent en œuvre les méthodes d'identification et d'analyse des risques ou les études qualité à mener.
- Ils définissent le niveau de criticité et le niveau de maîtrise des risques.
- Ils proposent les actions de gestion des risques et les actions qualité prioritaires
- Ils proposent des indicateurs de suivi des résultats et des événements sentinelles.
- Ils formulent des propositions pour l'actualisation de la typologie des risques.

Ces professionnels et groupes experts collaborent pour assurer ces missions, les liens entre eux sont clairement établis.

Si les domaines d'action des structures, des professionnels et des groupes experts responsables des démarches QRE sont identifiés sur la base de la typologie des risques, leurs responsabilités ne se limitent cependant pas aux risques mais s'étend à la qualité. On peut en effet considérer que la gestion des risques constitue le niveau premier de la qualité du service rendu aux patients et des conditions de travail des personnels.

- **Les référents QRE de pôle** sont les responsables et les cadres de pôle.

Leur rôle :

- Négocier les objectifs du volet qualité des contrats de pôle (objectifs communs et objectifs spécifiques),
- Mettre en place l'organisation et les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs avec l'aide des structures et professionnels agissant de manière transversale dans l'établissement,
- Assurer l'application des procédures ou des programmes d'action QRE transversaux, informer les responsables transversaux des situations à risques et des actions mises en œuvre.
- Proposer des études ou des actions.

L'objectif est de confier la gestion de la qualité et des risques au quotidien aux pôles qui pourront bénéficier, pour la mise en œuvre de leurs actions, de structures et de responsables transversaux clairement identifiés.

Cette organisation s'appuie sur les structures et les responsabilités professionnelles déjà établies dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques tout en précisant les rôles et les circuits d'information entre acteurs.

3. Le dispositif d'accompagnement de la mise en œuvre de la nouvelle organisation.

Le dispositif d'accompagnement de cette nouvelle organisation consiste dans l'élaboration d'un outil central, la **typologie des risques**. La typologie des risques permet de construire un **outil de gestion** facilitant la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des démarches QRE ainsi que la priorisation des actions au travers de l'élaboration d'une **cartographie des risques**. Ces outils et leurs conditions de mise en œuvre sont présentés en **annexe 3**.

La mise en place d'une nouvelle organisation et de nouveaux modes de fonctionnements doit être accompagnée par une politique de communication et de formation à destination des acteurs impliqués.

4. Mode de mise en œuvre de cette nouvelle organisation et proposition de calendrier.

Cette nouvelle organisation dans le domaine de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles constituera la première partie de la politique QRE et du programme d'actions actualisés.

La mise en œuvre de cette nouvelle organisation comprend plusieurs étapes :

Novembre/décembre : présentation de la politique et du programme QRE 2008/2010 actualisés au CSQ et validation par le Conseil d'Administration après avis des instances (CME, CTE, CHSCT).

Décembre / février :

- Dissolution du CSQ, du CGRV, de la cellule opérationnelle de gestion des risques remplacés par le Comité QRE.
- Identification des domaines de responsabilité des structures, des professionnels et groupes experts sur la base de la typologie des risques et passage en revue de cette typologie.
- Travail sur l'outil informatique support de la gestion des risques (logiciel de gestion des risques).
- Communication relative à la nouvelle organisation.

Avril/novembre 2009 : négociation du volet QRE des contrats de pôle ; implantation de l'outil de gestion ; application effective de la nouvelle organisation.

Conclusion

La nouvelle organisation proposée présente de nombreux avantages :

- Simplification de l'organigramme : dissolution du CSQ, du CGRV, de la Cellule opérationnelle de gestion des risques remplacés par le Comité QRE.
- Continuité avec l'organisation actuelle : assurée par les membres du Comité QRE et le maintien d'une cellule de traitement des risques signalés.
- Clarification des circuits d'information et des responsabilités.
- Affirmation du rôle du des pôles dans la gestion de la qualité et des risques.

Les objectifs poursuivis sont :

- Mettre en place un système de management de la qualité et des risques global et coordonné pour évaluer la qualité et la sécurité des soins et être en mesure de prioriser les actions à mettre en oeuvre.
- Etre performant dans la mise en oeuvre des démarches QRE.

La mise en œuvre des modes de fonctionnement proposés implique la mobilisation de moyens matériels et humains :

- L'introduction de nouveaux outils permettant de clarifier les responsabilités des acteurs et d'assurer une centralisation et un traitement de l'information implique la mobilisation de moyens informatiques et humains (travail lié à la finalisation et à l'implantation de l'outil, formation à son utilisation).
- L'affirmation des responsabilités professionnelles dans le domaine de la gestion des risques et de la qualité conduit à reconnaître le temps consacré à ces activités.

L'adhésion des acteurs est une dimension clé de la réussite du projet :

Comme tout processus de changement, l'introduction de nouveaux outils et modes de fonctionnement nécessite une évolution des « mentalités » et des façons de faire. La mise en œuvre effective de la nouvelle organisation implique donc une adhésion claire et renouvelée dans le temps de l'équipe de direction et des membres activement investis dans la démarche QRE.

Le thème de la responsabilité des acteurs doit être abordé.

La problématique de la mise en cause de la responsabilité de l'établissement et des professionnels de santé est très peu abordée par les guides ou articles relatifs à la gestion des risques ou à la qualité.

Pourtant, les nouvelles exigences dans le domaine QRE vont dans le sens d'une meilleure connaissance des niveaux de risque et de qualité et par conséquent d'une plus grande transparence de la gestion. Les acteurs peuvent craindre que leur responsabilité soit plus facilement mise en cause, ce qui peut entraîner des réflexes de protection juridique susceptibles de créer des blocages dans la gestion hospitalière.

Il est par conséquent important que cette problématique soit abordée lors de la discussion relative à la nouvelle organisation proposée.

ANNEXE 6 Entretiens avec les acteurs engagés dans la démarche de gestion des risques au Centre hospitalier de Longjumeau et avec les gestionnaires de risques des centres hospitaliers d’Aulnay et de Dieppe.

Grille d’entretien avec les personnes engagées dans la démarche d’élaboration d’une cartographie des risques.

Entretien avec la Présidente du CLIN.

Entretien avec le Président du Comité de gestion des risques et des vigilances.

Grille d’entretien avec les gestionnaires de risques d’autres établissements de santé.

Entretien avec le gestionnaire de risques du Centre hospitalier d’Aulnay, Christophe Démocrite.

Entretien avec la gestionnaire de risques du Centre hospitalier de Dieppe, Isabelle Poullain.

<p style="text-align: center;">Grille d'entretien avec les personnes ayant participé à la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques</p>
--

Personnes concernées :

Les responsables de domaines de risques

Les membres du comité de gestion des risques et des vigilances

Objet : faire un état des lieux et une analyse de la démarche menée au sein de l'établissement et déterminer son impact (démarche d'identification a priori des risques, de hiérarchisation, de mise en œuvre d'un programme de prévention et de gestion des risques).

Déroulement et analyse de la démarche.

- Quel a été votre rôle ou responsabilité dans cette démarche ?
- Quels étaient les objectifs poursuivis ?
- Comment avez-vous travaillé ?
- Quels sont selon vous les résultats obtenus ? (ex : meilleure identification et connaissance des risques, meilleure appréhension globale des risques dans l'établissement, meilleure GDR, meilleure sensibilisation/développement d'une culture de risque) ?
- Quelle appréciation générale portez-vous sur cette démarche et sur ses résultats ?

Votre propre appréhension de la GDR dans votre domaine de responsabilité.

- Avez-vous identifié les risques relevant de votre responsabilité ?
- Comment gérez vous ces risques ?
- Comment assurez-vous une coordination avec les autres acteurs ?
- Quels outils utilisez-vous ?

Votre vision de la gestion des risques dans un établissement de santé

- Comment envisagez-vous la gestion des risques au sein de l'établissement de santé ? (gestion a priori, a posteriori, comment hiérarchiser, définition des responsabilités pour les risques non réglementaires).
- Qu'est-ce que signifie selon vous une gestion globale et coordonnée des risques ?

Entretien avec le Président du comité de gestion des risques et des vigilances (CGRV).

Déroulement et analyse de la démarche

La démarche d'élaboration d'une cartographie des risques a fait suite aux recommandations de la HAS. En effet, si l'établissement disposait de programmes d'actions dans certains domaines (identito-vigilance, désinfection...) et des réponses ponctuelles étaient apportées aux fiches de risques, l'hôpital ne mettait pas en œuvre de programme d'actions de gestion de risques globalisé.

La personne en charge de la gestion des risques et le Président du CGRV ont été à l'origine du projet d'élaboration d'une cartographie des risques, l'objectif étant d'avoir une vision globale des risques de l'établissement permettant de les hiérarchiser et d'élaborer ainsi un programme global de gestion des risques.

Ce sont également eux qui ont élaboré la méthode de réalisation de la cartographie : demande aux cadres et aux chefs de service d'identifier trois risques majeurs dans leur domaine d'intervention, définition des domaines de risques et des responsables de domaines, classement des risques identifiés par domaine, hiérarchisation en groupe de travail des risques identifiés en fonction de leur fréquence et de leur gravité potentielles. Cette démarche a été présentée et validée en Comité de gestion des risques et des vigilances et en Comité stratégique qualité.

Les difficultés ont émergé au moment de la mise en œuvre :

- le recensement des risques réalisé par les cadres de proximité portait une forte part de ressenti : la tendance a été de déclarer les risques liés à l'organisation des autres services ou liés au matériel ou aux effectifs et non aux pratiques et à l'organisation même des services.
- Les chefs de services malgré plusieurs relances n'ont pas participé au recensement des risques. Ils ont cependant participé au travail de hiérarchisation (anesthésistes, pharmaciens, urgentistes, vigilants).
- Le travail de hiérarchisation s'est révélé chronophage et n'a pas permis de prioriser les risques : la gravité des risques identifiés a été surévaluée, un très grand nombre de situations à risque ayant été considérées comme comportant un risque de mort (ex : la présence d'un placard en bois au bloc opératoire pouvant entraîner une infection nosocomiale avec un risque de mort pour la patiente).

Face à ces difficultés, le Comité stratégique qualité, après avoir un temps pensé à un nouveau travail de cotation (mais les mêmes travers surgissaient à nouveau) a décidé d'identifier les principaux risques pour établir une cartographie par domaine et élaborer un programme de gestion des risques.

Au final, le Président du CGRV souligne que cette démarche peut être qualifiée « d'usine à gaz », sans apport réel pour une meilleure gestion des risques ou pour le développement d'une culture de risque dans l'établissement. Il met en cause la méthode utilisée : celle notamment d'un recensement des risques par les cadres. Il voit dans l'identification de « responsables de domaines de risques » la seule évolution positive liée à la démarche : les fiches de risques traitées sont désormais classées par domaine et adressées aux responsables.

Votre propre appréhension de la GDR dans votre domaine de responsabilité.

Le Président du comité de gestion des risques et des vigilances participe aux travaux de la cellule opérationnelle de gestion des risques qui traite les fiches de risques et au CGRV.

Dans son action au quotidien, et notamment à travers le traitement des fiches de risques, il essaye de sensibiliser les médecins à la gestion des risques.

Votre vision de la gestion des risques dans un établissement de santé

La gestion des risques doit reposer sur une analyse approfondie des événements indésirables graves et sur la mise en place d'une gestion a priori des risques.

Sur la gestion du risque médical en particulier, il considère que les médecins ne s'intéressent pas encore à cette problématique : lors des staffs médicaux la gestion des risques n'apparaît pas comme une problématique majeure. Les médecins, à la différence des acteurs de l'industrie aéronautique n'ont pas encore acquis une culture de sécurité : « ne serait-ce pas parce qu'à la différence du pilote d'avion, ils ne risquent pas de mourir avec leur patient ? ».

Pour conduire les médecins vers cette culture de sécurité, le Président du comité de gestion des risques affirme que la porte d'entrée est l'évaluation des pratiques professionnelles, qu'il s'agisse d'une évaluation collective réalisée dans le cadre de la procédure de certification ou des évaluations individuelles des pratiques professionnelles. Ainsi, les évaluations des pratiques professionnelles dans des spécialités à risques incluent-elles la déclaration d'un certain nombre d'événements indésirables.

Des évaluations des pratiques professionnelles ont été réalisées dans le cadre de la certification (ex : sur la prise en charge des patients hébergés, la prise en charge de l'hémorragie digestive, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux) donnant lieu à des plans d'actions : actions immédiates, actions à moyen terme, actions à long terme.

Le prochain chantier sera celui des évaluations individuelles, dont la commission de la formation a la responsabilité. Ces évaluations pourront être complétées par la mise en place de revues de dossiers, de revues mortalité-morbidité, par l'identification d'événements sentinelles.

La coordination de la gestion des risques doit se poursuivre dans le cadre du CGRV où sont représentés : les pôles, les vigilants, les directions.

Le Sous-commission de la CME, qui se réunit 4 fois par an, a également son rôle à jouer pour assurer la synthèse des travaux des différents comités.

Entretien avec la Présidente du CLIN.

Déroulement et analyse de la démarche.

- Quel a été votre rôle ou responsabilité dans cette démarche ?
 - o En tant que Président de CLIN : **membre du groupe de pilotage** « suivi V2 GDR » constitué pour préparer la visite de suivi prévue en avril 2007
 - o En tant que membre de l'EOH et du CGRV: participation aux **groupes de travail** chargés de répondre aux réserves de la HAS portant sur l'hygiène (restauration circuit du linge, local centralisé DASRI, protocoles de nettoyage)
 - o Co-responsable, avec le Directeur des soins et le Directeur de la DPL, de la conduite générale du travail lié à la gestion des risques pour le **domaine 2** (hygiène et environnement)

- Quels étaient les objectifs poursuivis ?
 - o Répondre aux réserves ciblées du rapport de certification V2 d'avril 2006
 - o Etablir une « *cartographie des risques « a priori »* » sur l'ensemble de l'établissement
 - o Proposer une hiérarchisation et un programme pluriannuel de gestion des risques, avec des indicateurs de suivi

- Comment avez-vous travaillé ?
 - o **Beaucoup de temps perdu** les premiers mois : hésitations sur les définitions, la méthode, les retours d'expérience d'hôpitaux plus avancés que le nôtre dans cette démarche, la nécessité ou non d'une aide extérieure...
 - o Finalement : décision d'une journée de **formation** à l'attention des membres du groupe de pilotage dit « élargi ». Formation dispensée sur site le 27 septembre 2006, par société Opta (Management en santé et médico-social), sur le thème : « Management des risques : conduite à tenir Post V2 ». Bilan de la journée : objectif imparfaitement atteint : les participants déjà formés à la qualité et la GDR n'ont rien appris en matière de méthodologie, et les plus novices ont regretté le côté trop théorique des sujets traités.
 - o Démarrage réel du travail : octobre 2006, jusqu'à fin du 1^{er} trimestre 2007.
 - o Une cartographie de **9 domaines à risques** a été définie par la cellule GDR. Des responsables ont été désignés et des groupes de travail constitués pour chacun d'entre eux. Leur objectif était de recenser, en sollicitant si besoin toutes les personnes ressources nécessaires, l'ensemble des situations à risque pouvant exister dans chacun de ces domaines, et de définir précisément les risques découlant de ces situations (quelles que soient la nature et les personnes supportant les conséquences éventuelles de ces risques : patients, soignants, structure, environnement, responsables légaux ...). Toutes les situations évoquées, quelles qu'en soient l'importance et le périmètre, ont été prises en considération, pour refléter au mieux la participation de toutes les unités et catégories de personnels
 - o Il a ensuite été procédé à une tentative de hiérarchisation des risques répertoriés, visant à dégager des priorités pour l'élaboration d'un programme d'actions d'amélioration. A cette fin, une cotation chiffrée de la fréquence de survenue, de la gravité, et du niveau de maîtrise des situations à risque, a été réalisée, le produit de ces trois chiffres aboutissant à un score de criticité sensé refléter la priorisation des actions à mener. Les cotations étaient attribuées initialement par les membres de chaque groupe de travail, puis revues par le

groupe de pilotage. Selon les groupes, et en fonction du ressenti des professionnels interrogés, un certain nombre de **disparités d'appréciation des cotations** a rapidement été mis à jour, conduisant parfois à des incohérences d'interprétation.

- Prenant acte de ces difficultés, et devant la complexité des conclusions suggérées par ce travail, le CSQ a finalement décidé, en février 2007, de ne retenir que les trois à quatre situations à risque jugées prioritaires dans chaque domaine, et de les inscrire dans un plan d'actions qualité qui constituerait le socle des mesures à mettre en œuvre en vue de la prochaine visite de certification.

- Quels sont selon vous les résultats obtenus ? (ex : meilleure identification et connaissance des risques, meilleure appréhension globale des risques dans l'établissement, meilleure GDR, meilleure sensibilisation/développement d'une culture de risque) ?
- Quelle appréciation générale portez-vous sur cette démarche et sur ses résultats ?

Sur la démarche :	
Points positifs :	Points négatifs :
<ul style="list-style-type: none"> • Aspect participatif intéressant, mise en commun d'approches et de points de vue émanant de catégories professionnelles diverses. • Prise de conscience générale de la multiplicité et la diversité des « risques » ou situations à risque existant au sein d'un établissement de soins, dans des domaines parfois méconnus. • Implication de toutes les personnes occupant des postes de responsabilité dans l'établissement, dans la démarche qualité rendue nécessaire par la certification. • Individualisation des notions de risque « <i>a priori</i> » et d'évènement indésirable déjà survenu, dans l'appréhension globale de la gestion des risques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup trop de temps perdu en hésitations sur la méthode, puis en reprises du travail déjà fait mais non approuvé par le CSQ. • Objectifs et périmètre du travail probablement mal cernés au départ, compte tenu du temps imparti. • Manque de discernement dans les situations à risque évoquées par l'ensemble des acteurs interrogés, aboutissant parfois à une juxtaposition de risques majeurs et de dysfonctionnements particuliers, relevant plus d'un défaut d'organisation ou d'un non respect des consignes par certains professionnels. • Confusion entre la réalité du « risque » identifié et la notion plus générale de « qualité » d'une prestation (ex : défaut de nettoyage des locaux ou zones de circulation générale dans l'établissement ⇒ il s'agit plus un défaut d'image générale et de qualité d'hygiène de l'établissement qu'un réel « risque infectieux ») • Absence d'homogénéité dans l'attribution des cotations (fréquence / gravité / niveau de maîtrise) permettant d'apprécier la criticité des différents risques. • Sentiment de frustration de certains participants des groupes de travail devant le côté très « épuré » du rapport final, par rapport aux nombreux thèmes évoqués et au temps consacré en réunions.

Sur les résultats :	
Points positifs :	Points négatifs :
<ul style="list-style-type: none"> • Avancée manifeste sur certains dossiers (circuit du linge, circuit du médicament, hygiène alimentaire, traçabilité des actes, prise en charge des patients décédés, sécurisation du service des urgences la nuit...) • Systématisation d'une réflexion préalable sur la sécurité et l'anticipation des risques dans toute nouvelle conduite de projet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à maintenir l'investissement des professionnels dans la durée. • Sentiment de découragement de certains acteurs devant la lenteur ou l'impossibilité de mise en oeuvre des mesures correctives, face à des situations déjà évoquées depuis longtemps (vétusté des locaux et des équipements, problèmes d'accessibilité de l'établissement, hygiène des locaux, difficultés de fonctionnement au bloc opératoire...) • Difficulté à percevoir une continuité dans le management des dossiers à moyen et long terme, et l'évolution des priorités compte tenu d'autres impératifs rencontrés par l'établissement.

Votre propre appréhension de la GDR dans votre domaine de responsabilité.

- Avez-vous identifié les risques relevant de votre responsabilité ?
 - Les risques relevant de la responsabilité du Président de CLIN sont multiples et souvent co-assumés avec d'autres responsables de l'établissement en fonction des situations (Directions, encadrement, soignants).
 - L'identification des risques dans le domaine de la prévention du risque infectieux lié aux soins repose sur plusieurs principes :
 - Connaissance et actualisation de la réglementation opposable quand elle existe, ou, à défaut, des recommandations de bonnes pratiques émanant des groupes d'experts
 - Connaissance de la structure, de ses spécificités, contraintes ou limites (architecturales par exemple), qui peuvent conditionner des risques spécifiques
 - Connaissance des pratiques professionnelles, de leurs exigences, des risques inhérents à ces pratiques, des écarts pouvant éventuellement exister avec les recommandations.
 - Les risques identifiés peuvent être de plusieurs natures :
 - Liés à la structure : inadéquation des installations avec les activités pratiquées
 - Liés aux personnels : mauvaises pratiques par méconnaissance, négligence, absence de formation, défaut d'encadrement, non respect des consignes, tâches réalisées par des personnels non habilités
 - Liés aux matériels : matériel défectueux ou non disponible
 - Liés aux procédures : procédures inexistantes ou obsolètes
 - Liés à l'organisation : absence de dispositif mobilisable en cas d'urgence, absence de système de veille sanitaire, mauvaise répercussion des messages d'alerte ou de vigilance émanant des tutelles...

- Comment gérez vous ces risques ?

- Il ne faut jamais être seul. La gestion des risques est un travail d'équipe, à la fois dans l'appréciation d'un risque hypothétique, et dans la décision de la conduite à tenir face à un risque avéré. Une approche multi professionnelle permet une meilleure exhaustivité de l'analyse des risques.
 - Nécessité de collaboration avec les autres secteurs de responsabilité et professionnels compétents dans différents domaines : Direction Qualité (++), Direction des soins, CME, Direction patrimoine et logistique, services techniques, cellule communication ...
 - Réalisation régulière d'évaluations sur les thèmes identifiés comme à risque, le cas échéant avant et après identification d'un dysfonctionnement et mise en place de mesures correctives.
- Comment assurez-vous une coordination avec les autres acteurs ?
 - Quels outils utilisez-vous ?
 - Outils de communication écrite : rapports d'évaluation, projets de travail avec fiches d'avancement, documents de procédures ou d'instruction, courriers, journal interne de l'établissement...
 - Outils de communication orale : demandes d'interventions lors de réunions institutionnelles (réunions de cadres, CSIRMT, conseil de bloc, staffs de services) ou d'instances...

Votre vision de la gestion des risques dans un établissement de santé

- Comment envisagez-vous la gestion des risques au sein de l'établissement de santé ? (gestion a priori, a posteriori, comment hiérarchiser, définition des responsabilités pour les risques non réglementaire).
- Qu'est-ce que signifie selon vous une gestion globale et coordonnée des risques ?

L'analyse réalisée met en lumière la difficulté d'une démarche qui, jusqu'à une période récente, n'était pas coutumière de nos établissements, en dehors de secteurs d'activité bien spécifiques pour lesquels la gestion du risque lié à un acte bien précis était pris en considération (anesthésie, obstétrique, chirurgie). Dans tous ces domaines, toute erreur ou insuffisance se solde par des conséquences immédiates sur la santé humaine, et l'exigence des patients, assistés en cela par les compagnies d'assurance, a fait considérablement évoluer la prise en compte des risques liés aux soins ces dernières années.

L'identification des risques jalonnant la chaîne de production d'un produit ou d'un service, et les moyens mis en œuvre pour les maîtriser, s'inscrivent dans une démarche générale de recherche de « qualité ». Cette notion, initialement à but commercial, a pour objectif essentiel la satisfaction du client à une prestation qui lui est fournie. Ainsi, l'hôpital est progressivement devenu une entreprise de production de « soins » dispensés à des patients qui sont, de fait, devenus des clients. Cette évolution, si l'on peut s'en réjouir à de nombreux égards, ne doit pas faire oublier l'un des principaux éléments qui nous distingue d'un site de production industriel : le support de notre travail reste l'humain, et la qualité « ressentie » par le patient est un subtil mélange entre qualité technique, sécurité des installations, compétence des opérateurs, et qualité des échanges humains et du réconfort apporté. C'est l'essence même et le fondement de toute profession de santé.

La notion même de risque inhérent aux soins est une donnée fondamentale qui fait partie intégrante de l'histoire et de l'évolution de la médecine. Risque évalué, risque calculé, risque

maîtrisé, risque accepté, mais risque jamais définitivement éliminé. De nombreuses spécialités médicales utilisent quotidiennement des « scores de risque », combinant plusieurs critères d'évaluation de l'état général d'un patient, afin d'aider à la prise de décision la mieux adaptée à chaque situation clinique.

Si certains risques ont été considérablement réduits au fil des années (mortalité infantile, risque anesthésique...), d'autres ont en revanche émergé au fur et à mesure des progrès techniques (risque infectieux lié aux greffes d'organes, risques iatrogènes divers ...). La gestion des risques dans un établissement de santé est une recherche permanente d'équilibre entre ce qui est maîtrisable *a priori*, ce qui est réajustable *a posteriori*, et ce qui est inévitable. Une parfaite connaissance du milieu, de l'environnement, des activités pratiquées, de la qualité des professionnels, et des exigences réglementaires dans les domaines dont il a la charge, sont bien évidemment nécessaires pour un gestionnaire de risque.

La gestion globale des risques dans une structure telle qu'un établissement de soins est une nécessité, en même temps qu'une entreprise fastidieuse et délicate. Elle doit reposer sur une structure pyramidale, dirigée par un responsable légal décisionnaire, et s'appuyer sur un réseau de professionnels motivés, rigoureux, et impliqués dans la démarche de gestion des risques. Ces professionnels doivent être reconnus, et pouvoir représenter les principaux domaines de risques, dans leurs secteurs de compétence respectifs. Un organigramme doit définir précisément les rôles et responsabilités de chacun, ainsi que les interfaces avec les commissions institutionnelles de l'établissement (CGRV, CSQ, sous commission spécialisée de CME..). Une méthodologie de travail commune doit être établie et adoptée par tous, avec des objectifs de travail clairement énoncés, dans des délais fixés. Une meilleure collaboration devrait être établie avec les gestionnaires de l'établissement, de manière à évaluer les dépenses inhérentes à certains travaux de maîtrise de risque, apprécier leur faisabilité au regard des contraintes budgétaires de l'établissement, décider le cas échéant de leur report et des mesures transitoires à mettre en œuvre dans l'attente.

La coordination du travail d'identification, d'évaluation, et de gestion des risques au sein d'un établissement de santé est primordiale, si l'on considère la multiplicité des disciplines et secteurs concernés. Elle doit être assurée par une personne rigoureuse, méthodique, ayant une bonne connaissance de la structure, capable de fédérer et de motiver les participants. La coordination permet d'assurer une cohérence globale dans la prise en compte des risques, de façon à prioriser les mesures à mettre en œuvre de façon claire, argumentée, consensuelle. Cette coordination doit aussi permettre une utilisation rationnelle des compétences et du temps que chacun consacre à cette tâche, et d'éviter les redondances des sujets traités.

Entretiens avec gestionnaires de risques ou directeur de la qualité/gestion des risques des établissements.

1. Comment la gestion des risques est-elle organisée au sein de votre établissement ? (Personnel dédié, gestion a priori, gestion a posteriori, personnes responsables des risques, définition des priorités, programmes d'action...)

2. Avez-vous eu des recommandations de la HAS concernant la politique de GDR (références 14/15) ? Quelles sont les mesures que vous avez adoptées pour y répondre ? Quelle méthode ? Quels résultats ?

3. Comment préparez-vous la V2010 ? (Référence 8 p32 du manuel version pilote + développement d'une culture du risque?)

4. Qu'est-ce que selon vous une cartographie des risques ? A quoi doit-elle servir ? Comment l'élaborer ? En quoi peut-elle être un outil de gestion opérationnelle des risques ?

Entretien avec M. Démocrite, gestionnaire de risques au CH d'Aulnay

1. Comment la gestion des risques est-elle organisée au sein de votre établissement ? (Personnel dédié, gestion a priori, gestion a posteriori, personnes responsables des risques, définition des priorités, programmes d'action...)

L'élaboration et la mise en œuvre d'une démarche structurée de gestion des risques ont été initiées en 2005 dans le cadre de la préparation à la procédure de certification. Une instance de pilotage (composée du directeur de la qualité, de la communication et des systèmes d'information, des vigilants et des représentants de la CME) et une cellule opérationnelle de gestion des risques (composée d'un technicien supérieur et d'un cadre supérieur de santé) ont été constituées.

En 2008, cette organisation a évolué avec l'identification d'un côté d'un responsable qualité/communication et de l'autre d'un responsable de la gestion des risques. Le gestionnaire de risques, Mr. Démocrite, a exercé en tant qu'infirmier puis comme cadre avant d'entreprendre un diplôme universitaire en gestion des risques à l'Université Paris V.

Les domaines de responsabilité du gestionnaire de risques sont :

- sécurité sanitaire : gestion des risques réglementés transversaux ou par service (certification des services).
- événements indésirables (recueil des déclarations, analyse, archivage, définition des actions mises en œuvre sur le terrain).
- participation aux réunions institutionnelles concernant la gestion des risques (CLIN, EOH, CHSCT)
- risques professionnels (élaboration du document unique, élaboration et suivi des plans d'action).
- Gestion des crises qui s'opère à partir du plan blanc à l'exception des risques liés à l'eau et l'air qui relèvent de plans d'action spécifiques pilotés par l'EOH.

L'établissement ne dispose pas de programme annuel ou pluriannuel formalisé de gestion des risques. Celui-ci consiste en la compilation des plans d'actions définis et mis en œuvre au regard des objectifs fixés dans chaque domaine de risques réglementés ou faisant suite aux analyses des événements indésirables graves. L'établissement ne dispose pas d'un système de cotation commun à l'ensemble de l'établissement ni d'échelles pour coter les événements indésirables signalés.

La gestion des risques professionnels et celle des autres risques sont distinctes.

D'une manière générale, l'objectif du gestionnaire de risques est celui d'une implication systématique des personnels de l'hôpital dans la gestion des risques avec :

- une information annuelle des responsables de pôles, cadres et personnels hospitaliers sur les événements indésirables : nombre de déclarations, types d'événements signalés, mesures mises en œuvre.
- une forte présence dans les services pour analyser les événements indésirables et déterminer les actions à mettre en œuvre.

2. Avez-vous eu des recommandations de la HAS concernant la politique de GDR (références 14/15) ? Quelles sont les mesures que vous avez adoptées pour y répondre ? Quelle méthode ? Quels résultats ?

Les experts visiteurs ont coté A toutes les références relatives à la gestion des risques pour l'établissement.

3. Comment préparez-vous la V2010 ? (Référence 8 p32 du manuel version pilote + développement d'une culture du risque?)

Nous avons plusieurs axes de travail :

- Sur la gestion des risques professionnels : le document unique a été élaboré de manière empirique par les membres du comité de gestion des risques professionnels (représentants du personnel, personnes responsables des risques réglementés). L'objectif est de disposer de données permettant d'objectiver les risques identifiés et leur cotation. Une grille comprenant 25 risques va être communiquée aux services pour qu'ils puissent actualiser régulièrement le document sur la base des accidents du travail survenus, de la durée des arrêts de travail consécutifs à ces accidents et de la mise en œuvre d'actions correctrices. Ces informations seront recoupées avec les données disponibles à la médecine du travail et aux ressources humaines.
- Pour la préparation de la procédure de certification de 2010 : la mise en œuvre d'analyse a priori des risques va être engagée dans des services pilotes (bloc opératoire, réanimation...) pour être étendue progressivement à d'autres services, sans toutefois concerner l'ensemble des processus de l'établissement. L'objectif est que chaque pôle définisse et soit responsable de sa politique qualité-gestion des risques : définition des objectifs qualité-gestion des risques propres au pôle, responsabilité de la mise en œuvre des actions décidées au niveau du pôle et au niveau transversal. Le gestionnaire de risques et les personnes responsables de la gestion des risques transversaux ayant une fonction support (méthode, diffusion des retours d'expérience, informations) et une fonction de suivi du respect et de la mise en œuvre des actions, grâce notamment au suivi des indicateurs.

L'objectif est le développement d'une culture de responsabilité au sein de l'établissement ce qui suppose que les professionnels s'approprient les méthodes et les objectifs de la gestion des risques.

Pour assurer une centralisation des données simplifiée et ainsi faciliter le suivi des actions et résultats obtenus par le gestionnaire de risques et la direction, l'acquisition d'un logiciel de gestion des risques est en cours ainsi que la mise en place d'indicateurs qualité, conformément aux instructions de la HAS.

4. Qu'est-ce que selon vous une cartographie des risques ? A quoi doit-elle servir ? Comment l'élaborer ? En quoi peut-elle être un outil de gestion opérationnelle des risques ?

L'élaboration d'une cartographie des risques n'est pas envisagée. Recenser l'ensemble des risques de l'établissement n'apparaît pas réalisable, en dehors des risques réglementés. L'objectif premier est la mise en œuvre d'une gestion des risques partant du terrain pour assurer le développement d'une culture de risque.

Entretien avec Isabelle Poullain, responsable de la qualité et de la gestion des risques au CH de Dieppe.

Présentation

Mme Poullain est titulaire d'un master en qualité et gestion des risques de l'Ecole Centrale et a réalisé une thèse sur la gestion intégrée des risques en établissement de santé.

1. Comment la gestion des risques est-elle organisée au sein de votre établissement ? (Personnel dédié, gestion a priori, gestion a posteriori, personnes responsables des risques, définition des priorités, programmes d'action...)

La mise en place d'une démarche qualité – gestion des risques a débuté en 2001 en même temps que la démarche d'auto évaluation. Mme Poullain s'est appuyée stratégiquement sur l'autoévaluation pour faire un état des lieux sur les démarches existantes en gestion des risques, travailler avec les vigilants pour qu'ils perçoivent l'utilité d'une coordination des vigilances et identifier les points forts et faibles de l'organisation existante.

Le service qualité / gestion des risques a été créé en 2003. Il est actuellement composé de :

- Mme Poullain, ingénieur en gestion des risques, responsable qualité, certification, correspondant du projet Compaqh,
- Une IDE qui a reçu une formation spécifique,
- Un agent administratif formé dans le service notamment au logiciel de gestion des risques et à l'évaluation de la satisfaction des patients.

En 2004, le nouveau Directeur de l'établissement a décidé de rattacher le service qualité et gestion des risques à la direction des soins qui assure également la direction du pôle et la direction de la qualité gestion des risques. Le corps médical a difficilement accepté ce nouveau rattachement.

Les structures de la qualité gestion des risques ont été mises en place pour le développement de la démarche de certification V2 :

- comité de pilotage intégrant la cellule qualité gestion des risques composé du Directeur, du Directeur de la stratégie, du Président de la CME, des responsables de chapitre du manuel d'accréditation.

Puis, une cellule EPP qualité a pris le relais de ce comité de pilotage. Cette cellule est composée du Directeur de la qualité gestion de risques, du Président de la CME, du médecin en charge des EPP, du gestionnaire de risques. Elle a en charge la définition d'un programme d'action qualité gestion des risques, de définir les thèmes et la méthode des EPP pour une présentation à la sous-commission de la CME qui n'est réunie qu'une fois par an pour valider les orientations définies.

Le suivi des fiches de risques et de l'état d'avancement du programme d'actions qualité gestion des risques est assuré par le service en charge de la qualité gestion des risques. Ce service a mis au point un outil de suivi de l'ensemble des projets et programmes d'actions mis en œuvre en qualité gestion des risques. Cet outil permet d'avoir une vision globale des actions menées, de leur état d'avancement, pour éventuellement regrouper des thématiques redondantes ou relancer les groupes qui sont en difficulté.

La gestion quotidienne relève des cadres de santé de chaque service et des responsables des autres services qui suivent une « fiche de route » rappelant leurs responsabilités en matière d'organisation, de qualité et de gestion des risques.

Le programme de gestion des risques est défini en début d'année, il évolue tout au long de l'année en fonction des nouvelles priorités identifiées sur la base du recueil des événements indésirables, des plaintes, des événements graves survenus dans d'autres établissements, en fonction des priorités fixées au niveau national. C'est la cellule qui, sur la base des informations apportées par le gestionnaire de risques définit les priorités en matière de gestion des risques.

2. Avez-vous eu des recommandations de la HAS concernant la politique de GDR (références 14/15) ? Quelles sont les mesures que vous avez adoptées pour y répondre ? Quelle méthode ? Quels résultats ?

Le CH de Dieppe n'a eu aucune recommandation concernant la gestion des risques. Mme Poullain, face aux questions des experts relatives à l'absence de cartographie des risques dans l'établissement a expliqué la position du CH : il existe une cartographie partielle des risques, celle-ci étant en constante évolution. De plus, elle a interrogé les experts : comment faire une cartographie exhaustive, pour quelle utilisation, y a-t-il un établissement de santé qui soit en capacité d'élaborer cette cartographie ?

4. Qu'est-ce que selon vous une cartographie des risques ? A quoi doit-elle servir ? Comment l'élaborer ? En quoi peut-elle être un outil de gestion opérationnelle des risques ?

Mme Poullain juge l'établissement d'une cartographie des risques chronophage et inadéquate dans la mesure où les risques dans l'établissement sont en constante évolution. Le gestionnaire ne peut établir qu'une cartographie partielle et mouvante.

Mme Poullain estime que la gestion des risques doit se baser sur des démarches complémentaires de gestion a priori et a posteriori des risques. Elle contestait la position de la Direction qui était de se baser essentiellement sur le signalement des événements indésirables comme mode objectif d'identification des risques.