

"QU'EST-CE QUE LE RISQUE HOSPITALIER ?"

AFGRIS – 10 octobre 2002

Annie PODEUR

Directrice de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne

C'est avec plaisir que j'ai accepté de participer à vos travaux sur la gestion des risques à l'hôpital.

Je m'adresse à un public averti : vous êtes des gestionnaires des risques ou, tout au moins, des référents identifiés sur vos établissements publics ou privés.

Mes propos n'ont d'autre prétention que de vous livrer les réflexions d'un directeur d'ARH, non seulement sur la définition du risque, mais également sur sa gestion dans les établissements de soins.

- Il s'agit d'un **regard extérieur** puisque, sans revenir sur les définitions, il est bien acquis que la gestion des risques est une clé du management interne des établissements de santé et ne saurait donc relever directement d'une autorité de régulation.
- Il s'agit du **regard d'un bétotien** qui a simplement eu l'avantage de découvrir cette dimension managériale dans une entreprise, plus précisément dans une grande entreprise publique et d'avoir pu explorer les expériences conduites dans quelques grands groupes industriels.

La comparaison entre l'établissement de santé et l'entreprise mérite d'être esquissée pour cadrer l'approche :

- les établissements de santé ne sont-ils pas des établissements autonomes, à l'instar des entreprises ? Certes, d'aucuns considéreront que les responsables d'un établissement de santé ne disposent pas d'une autonomie managériale. Pensent-ils vraiment que les établissements d'un grand groupe industriel aient plus de latitude dans la déclinaison du plan stratégique du groupe ?
- les établissements de soins sont des unités de production de services mobilisant, pour l'essentiel, des ressources humaines ; c'est également le cas de nombreuses entreprises du secteur tertiaire. Dans ce secteur, apparaît, plus qu'ailleurs, l'ardente obligation de développer une culture du risque, de responsabiliser chaque agent pour fiabiliser et sécuriser les processus.

- les établissements de santé en sont encore à une phase pionnière de gestion globale des risques, ce qui n'est pas très différent de la situation rencontrée dans la plupart des groupes industriels.

Le rapprochement s'arrête là. En effet, pour un établissement de santé, qu'il soit public ou privé, la gestion des risques ne consiste pas à optimiser la ressource pour accroître la performance, notamment financière, mais à contribuer à la réalisation de l'objectif premier : assurer des prises en charge de qualité, tant sur le champ de la prévention que du soin.

La finalité reste avant tout la qualité de soins apportés au malade et repose sur un atout majeur, **la conscience professionnelle** de la communauté hospitalière.

En conséquence, et même si l'état des lieux peut paraître modeste en première analyse, les établissements de soins disposent des atouts pour faire de la gestion des risques une clé du management partagée par cette même communauté hospitalière.

I. L'état "zéro" de la gestion des risques dans les hôpitaux

Au moment où se dessine, au sein des établissements, des projets grâce à quelques pionniers, dont vous êtes, il n'est pas inutile d'identifier ce qu'on pourrait appeler "l'état zéro de la gestion des risques dans les hôpitaux" :

- une vision parcellaire ;
- une gestion segmentée ;
- très rarement, une priorité managériale.

1. Une vision parcellaire

Sans revenir sur les définitions, et sans se perdre dans des débats sémantiques, on peut distinguer trois cercles concentriques de risques, ou bien encore trois étages de l'iceberg :

⇒ **Premier ensemble** bien identifié : **l'ensemble des risques** essentiellement sanitaires qui ont donné lieu à **l'édiction d'instructions**. A noter que ces textes, pour un grand nombre d'entre eux, concernent l'organisation à mettre en œuvre et, dans cette mesure, mobilisent les énergies, à la fois des équipes de direction, des médecins et des soignants, mais également des moyens financiers parfois considérables. (au-delà des risques sanitaires, à noter le risque incendie).

⇒ **Deuxième sous-ensemble**, un peu plus large, qui correspond à **l'ensemble des risques iatrogènes** : il s'agit de la survenue d'évènements non désirés pour le patient, liés aux actes ou à l'organisation des soins médicaux. Le rapport MASSOL-WEBER précise qu'*"un événement indésirable ne peut être qualifié de iatrogène que lorsqu'il existe un lien de causalité possible entre un dommage et un soin médical ou paramédical et que les conséquences de cet événement sont anormales au regard de l'état de santé antérieur du patient, comme de l'évolution prévisible de son état"*.

Sur ce champ, les risques sont moins bien identifiés. Au nombre de ces derniers, on pourrait citer, par exemple, l'engorgement du service des urgences.

⇒ **Le troisième ensemble** recouvre une **vision globale des risques** et peut, dès lors, se raccrocher à la définition communément retenue par les gestionnaires du risque dans l'ensemble des organisations, c'est-à-dire *"tout événement susceptible de perturber la réalisation des objectifs de l'entreprise ou de l'organisation"*.

S'agissant d'un établissement de santé on peut, dans ce cas, reprendre la définition donnée par DURIEUX et considérer que les risques correspondent *"aux évènements susceptibles d'aboutir à une rupture de la continuité des soins, avec une dégradation plus ou moins importante de la qualité de soins"*.

Bien entendu, ce dernier ensemble, intègre des risques plus difficilement quantifiables en termes de fréquence et de gravité, mais qui peuvent se révéler très pénalisants pour l'établissement. On peut citer, entre autres :

- . le départ d'un ou plusieurs médecins ;
- . l'accroissement brutal de l'absentéisme du personnel soignant ;
- . une crise sociale, une grève ;
- . une perte d'image de l'établissement ; ...

Cette présentation, volontairement schématique et sans aucun doute simpliste met en évidence le prisme singulièrement rétréci de l'analyse des risques dans les établissements. Tous les moyens et toutes les énergies sont focalisés sur la partie émergée de l'iceberg.

Or, sans identification des risques, comment, ensuite, procéder à une vraie hiérarchisation qui ne corresponde pas seulement à des instructions venant de l'administration centrale mais, surtout, comment prévenir les risques majeurs par des plans d'actions adaptés ?

2. Une gestion segmentée

Dans la plupart des établissements, la gestion des risques reste très procédurale et, par suite, très cloisonnée. Il s'agit, pour l'essentiel, d'appliquer les nombreuses circulaires issues des différents bureaux de l'administration centrale ; quelques exemples permettent d'illustrer le propos :

- **la sécurité incendie** reste l'affaire des services techniques et de la direction des travaux, en lien avec les officiers préventionnistes ;
- **la sécurité alimentaire** est l'affaire de la direction de la logistique, et plus rarement de la direction de travaux, en lien avec les services vétérinaires et les services de la DDASS (au titre de ses compétences Etat) ;
- **La pharmacovigilance** reste le domaine du pharmacien ; ...

Cette gestion "verticale", en tuyaux d'orgue, est accentuée par la juxtaposition des réseaux régionaux et interrégionaux :

- Le réseau interrégional, animé par le CCLIN, dans le domaine de la lutte contre **les infections nosocomiales** ;
- le réseau régional **d'hémovigilance**, ...

Ces réseaux disposent de leurs propres systèmes d'alerte, et de gestion de crise.

3. La gestion des risques est rarement une priorité managériale

Ce constat n'est que la conséquence des deux premiers. En effet, la plupart des directeurs, très accaparés par la mise en place de démarches qualité au sein de leur établissement, devant les préparer à l'accréditation, ne sont pas parvenus à une maturation suffisante leur permettant de mesurer l'intérêt d'une gestion globale des risques, fondée sur :

- l'identification des risques ;
- une hiérarchisation de ces derniers ;
- une élaboration des plans d'actions correspondants, en lien avec la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Dès lors :

- **la gestion des risques est vécue comme une contrainte réglementaire** devant permettre à l'établissement de satisfaire aux contrôles de conformité, conduit notamment par les corps d'inspection de l'Etat (Cf. les inspections en cours sur les dispositifs de stérilisation avant octroi des autorisations) ;
- **la gestion des risques est rarement associée à la démarche qualité** : le responsable qualité est souvent un directeur-adjoint, alors que les personnes référentes sur le CLIN, la pharmacovigilance, la matériovigilance, sont des médecins ou des soignants. Pourtant, force est de constater que les deux démarches répondent aux mêmes caractéristiques d'une progression en boucle et sont, de fait, indissociables.
- **la gestion des risques n'est pas non plus intégrée dans la négociation des contrats d'assurance**, qu'il s'agisse de la responsabilité civile applicable à l'établissement ou de la responsabilité médicale encourue par un médecin libéral exerçant dans une clinique. Or, sans qu'il y ait automaticité de la prise en compte, les assureurs sont généralement réceptifs au dispositif de prévention et de réduction des risques au sein des établissements.
- enfin, **sur le champ de la communication et des relations avec les usagers, l'instruction de plaintes** est au mieux assurée en lien avec la commission de conciliation (devenant "commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge"); elle n'est généralement **pas identifiée comme un moyen d'alerte**, voire d'identification de risques ;
- **par ailleurs, les dispositifs de gestion de crise obéissent le plus souvent à des impératifs externes et réglementaires** (mise en œuvre des plans "blancs", ...) et prennent plus rarement en compte la survenue d'un événement grave au sein de l'établissement.

Pour autant, et en guise de transition, je crois qu'il faut savoir distinguer les ferments d'une évolution envisageable à moyen terme. Au risque de méconnaître d'autres expériences innovantes conduites sur divers points du territoire, je citerai quelques signes :

- à l'échelon de la région de Haute-Normandie, la création d'un réseau associant plus d'une vingtaine d'établissements, GERICHO, initié par le CHU de Rouen ;

- le travail déjà réalisé par quelques pionniers, que j'ai le plaisir de côtoyer dans le groupe de travail animé par Brigitte HAURY et Anne BROYARD à la DHOS ;
- l'accroissement progressif des "disciples" de la gestion des risques ayant suivi des formations universitaires communes à l'ensemble des gestionnaires de risques, et donc capables d'être les référents dans les établissements de santé.

II. Comment faire de la gestion des risques un outil de management partagé par la communauté hospitalière ?

D'emblée, il me paraît important de préciser que les ARH ne peuvent jouer qu'un rôle modeste d'accompagnement et d'aide à une acculturation auprès des personnels, qu'il s'agisse des responsables administratifs, des médecins ou des soignants. Les modalités relèvent donc pour l'essentiel de la **dynamique interne de l'établissement**,

- avec une condition : un effort massif d'information et de sensibilisation ;
- et une modalité : la diffusion progressive de la démarche, sans brûler les étapes, et par essaimage des expériences réussies.

1. Un effort massif et sensibilisation et de formation

Il convient de promouvoir à cet égard, trois niveaux de formation :

- ⇒ **la sensibilisation à l'égard de la communauté médicale et des cadres administratifs ou infirmiers** : il s'agit de contribuer à une diffusion de la démarche, tant au stade de la formation initiale que de la formation continue ; pour éviter que cette nouvelle approche ne soit un "gadget" et créer les conditions d'une vraie mobilisation managériale, la démarche gestion des risques doit être vulgarisée à l'occasion de tous les stages relatifs au management : formations à l'analyse stratégique, à la démarche qualité, à la contractualisation interne, ...

- ⇒ **la sensibilisation de l'ensemble des soignants**, au travers des actions mises en œuvre par l'ANFH pour le secteur public et PROMOFAP pour les établissements privés ; à l'instar des propositions faites pour les managers, il s'agit, lors des formations spécialisées (lutte contre les infections nosocomiales, sensibilisation à la démarche qualité, gestion des vigilances, gestion de la sécurité incendie...),
- de resituer les pratiques professionnelles par rapport à la démarche de gestion des risques (identification et hiérarchisation des risques, plans d'actions de prévention ou de réduction de ces risques) ;
 - de responsabiliser chaque agent sur sa pratique individuelle, et de viser l'apprentissage de la transparence, en écartant tout risque de sanction ; ce dernier point est tout particulièrement important pour la réussite de la démarche.
- ⇒ **l'organisation d'une formation diplômante pour un ou plusieurs médecins, cadres infirmiers ou responsables administratifs**, ayant vocation à devenir les référents de l'établissement sur la démarche, et à constituer le groupe projet ; dans ce cadre, les formations dispensées par les universités ou quelques écoles spécialisées, hors environnement sanitaire, présentent l'intérêt d'une ouverture intellectuelle et d'une capacité à appréhender plus globalement les risques, au-delà de la partie émergée de l'iceberg des risques sanitaires, régis par des textes réglementaires.

2. **Le choix du pragmatisme et d'une diffusion progressive**

Créer une nouvelle culture, faire évoluer les mentalités, supposent du temps et l'acceptation d'évolutions différenciées selon les établissements. Schématiquement, il est possible de distinguer deux catégories d'établissements :

- **les établissements ayant déjà intégré une démarche d'amélioration continue de la qualité sur les principaux processus**, et notamment les processus de soins. Dans ces structures, le personnel doit déjà avoir :
 - intégré la notion de responsabilité individuelle par rapport à une démarche collective ; chaque agent se sent partie prenante des actions mises en œuvre ;
 - appris à identifier les dysfonctionnements et à interroger constamment sa pratique professionnelle.

Par ailleurs, la démarche qualité est déjà appropriée par les responsables à la fois administratifs et médicaux, qui se sentent prêts à aller plus loin et à porter un projet sur plusieurs années.

⇒ **les établissements qui en sont encore à la préparation de leur accréditation** et à la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Pour ces derniers, il paraît illusoire de vouloir brûler les étapes en s'engageant d'emblée dans un nouveau projet "gestion des risques".

En revanche, il ne peut y avoir que des avantages à ce que le comité de pilotage sur la qualité associe d'emblée les responsables de la gestion des différents risques sanitaires identifiés, conformément aux textes réglementaires (président du CLIN, pharmacien) et, le cas échéant, les personnes ressources (cadre infirmier ayant éventuellement suivi une formation diplômante sur la gestion des risques, ...), afin d'assurer une certaine cohérence, et de préparer la mise en place ultérieure d'un nouveau projet.

Dans les deux cas, **le projet d'établissement et la signature du contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH peuvent constituer des leviers de mobilisation** :

⇒ **pour les établissements qui ne sont pas prêts à s'engager dans une démarche de gestion des risques**, ces deux leviers permettent de prendre date et de s'assurer d'une progression sur la démarche qualité ;

⇒ **pour les établissements ayant déjà mis en place une démarche d'amélioration continue de la qualité**, le diagnostic médico-administratif préalable au projet d'établissement et les choix d'organisation interne devront logiquement tenir compte de l'identification et de la hiérarchisation des risques, ainsi que les possibilités réelles de prévention ou de réduction de ces mêmes risques.

La gestion des risques devient alors une composante de l'analyse stratégique et constitue, en phase de mise en œuvre du projet d'établissement, un ensemble de clignotants pouvant justifier certaines inflexions apportées aux orientations prédéfinies.

Au stade de la négociation du contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH, il convient de définir les objectifs opérationnels et les actions, assortis d'un calendrier et des moyens mis en œuvre pour la conduite du projet.

En phase d'exécution, la revue annuelle de contrat doit être l'occasion de faire un point sur les différents risques et sur la mise en œuvre des plans d'actions correctifs.

Pour autant, la teneur du dialogue sera corrélative aux efforts qui auront été consentis sur le **champ de la contractualisation interne**. Cette observation vaut pour l'ensemble du volet qualité des contrats d'objectifs et de moyens.

⇒ A fin de diffusion progressive, il est cependant important que les établissements ayant pris quelque avance sur la démarche puissent être à l'origine **d'initiatives coordonnées** et créer les conditions d'un véritable essaimage ; à cet égard, l'exemple déjà cité de GERICHO en Haute-Normandie, mérite sans aucun doute d'être suivi.

Conclusion

Au risque de vous décevoir, vous constaterez que le rôle de l'ARH sur le champ de la gestion des risques se limite à celui d'aiguillon.

Dans le cadre de sa mission de contrôle et d'évaluation des moyens mis en œuvre, l'ARH doit s'assurer que l'établissement est engagé très concrètement sur une démarche qualité et de "gestion des risques" au travers de l'approbation du projet d'établissement puis du volet qualité du contrat d'objectifs et de moyens.

En effet, en **qualité d'autorité de régulation**, l'ARH ne saurait se substituer **aux établissements et s'ingérer dans leur management interne** : donner du sens à l'action, mobiliser les énergies, relèvent de la mission essentielle des responsables administratifs, médicaux et soignants de chaque établissement.

C'est effectivement au travers d'une mobilisation interne sur une meilleure gestion des risques au quotidien, que nous pourrions alléger collectivement la contrainte réglementaire et contrecarrer la logique descendante, par définition "dé-responsabilisante".