

3^{ème} congrès de l'afgris

Risques organisationnels dans les établissements de soins

une donnée indispensable du management

Synthèse

La diminution des risques dans les établissements de soins nécessite des changements organisationnels

Le 3^{ème} congrès de l'association française des gestionnaires de risques sanitaires (afgris), qui s'est déroulé les 14 et 15 octobre 2004 à Saint-Denis (Seine Saint-Denis) en partenariat avec les journées internationales de la qualité hospitalière, a intégré de nombreuses expériences concrètes ainsi qu'une vaste ouverture internationale (Suisse, Québec, Grande-Bretagne). Il a rassemblé près de 200 participants (responsables hygiène et/ou qualité, directeur d'hôpitaux, cadres de soins...). Invités à discourir sur les « risques organisationnels dans les établissements de soins, une donnée indispensable du management », les experts ont démontré que la diminution des risques liés aux soins passait nécessairement par une approche systémique.

En effet le risque repose non pas sur un acteur de la chaîne (le dernier à intervenir étant souvent désigné comme bouc émissaire) mais est issu d'une série d'erreurs qui s'accumulent. Cela ne sert pas à grand-chose de viser le zéro défaut sur une des étapes s'il existe des défaillances importantes aux autres niveaux. L'occurrence d'un incident équivaut à la multiplication des probabilités de défaillance aux différentes étapes. Par exemple, 10 tâches fiables à 90% aboutissent à un risque global d'erreur de 35% ($0,9^{10}$). C'est le modèle du « fromage suisse » de James Reason, cité à maintes reprises par les intervenants : pour qu'un événement redouté arrive (par exemple le décès évitable d'un patient dans le monde hospitalier), il faut qu'il y ait eu à chaque niveau organisationnel des « trous » dans les barrières de protection. Il serait injuste et inefficace d'incriminer seulement le dernier niveau, c'est-à-dire en général les infirmières et les médecins.

En l'absence du président de l'afgris, Patrice Blondel (CH Saint-Denis), immobilisé pour un problème de santé, Emmanuel René (CHU Bichat-Claude Bernard), vice-président de l'afgris a introduit les débats.

Risques et organisation des soins

En France

Gilbert Chodorge, directeur du centre hospitalier de Saint-Denis, a brossé à grands traits la situation de la profession : « Aujourd'hui les plus hauts décideurs savent qu'il convient de mesurer la criticité des événements indésirables. Pour cela, on multiplie la gravité des dommages par la probabilité d'occurrence. Mais cela suppose que les hôpitaux rentrent dans une culture du signalement pour pouvoir justement obtenir la fréquence des événements indésirables ».

Progressivement, les établissements de santé sont amenés à mettre en place une coordination des vigilances et des dispositifs des accidents et incidents iatrogènes. Patrice François (CHU de Grenoble), qui a contribué à la rédaction du guide ANAES (à paraître prochainement), a détaillé les revues de mortalité et de morbidité. « L'analyse systématique et collégiale des cas de décès ou complications morbides permet d'améliorer la sécurité des soins en remontant aux causes. Cet outil fait partie des critères d'accréditation en Amérique du Nord mais n'est utilisé en France que par quelques équipes médicales, principalement en chirurgie, anesthésie ou réanimation ».

En illustration, André Lienhart (CHU Saint-Antoine) a apporté l'éclairage de l'enquête de l'Inserm sur la mortalité imputable à l'anesthésie. « En l'espace de 20 ans, les taux de décès liés à l'anesthésie sont passés de 1 pour 10000 à 1 pour 100000. Mais il existe encore des marges de progression vers plus de sûreté grâce à l'analyse non culpabilisante des erreurs ». Il s'agit d'éviter que le système pousse à l'erreur, ou mieux, mettre en place l'organisation capable de mettre l'accent sur les risques liés aux soins.

A l'étranger

L'amélioration de la sécurité en salle d'accouchements de l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG) a fait l'objet d'une véritable étude de cas avec projection d'un film. « L'objectif était d'améliorer la fiabilité et la sécurité des accouchements et des soins de post-natalité », rappellent Michel-Ange Morales et Marie-Hélène Billieux, médecins dans la plus grosse maternité suisse (3700 naissances par an). Comment y parvenir ? en approfondissant d'une part la « culture de sécurité » (repérage, souci et capacité à maîtriser les risques), d'autre part le dialogue inter-métiers (220 personnes réparties en 7 catégories professionnelles). Des séminaires par groupe d'une dizaine de personnes ont été programmés tout au long de l'année 2004. Le support choisi pour faire passer le message a été la réalisation d'un film à partir d'un scénario sur la prise en charge d'une patiente en pré-éclampsie et le recueil d'anecdotes des différents corps de métier. Laure Kloetzer (société Dédale) explique : « Le personnel a joué les scènes. Nous avons choisi de ne pas montrer que des fautes afin de rester crédibles ». La formation a insisté sur deux éléments : l'erreur qu'il convient de prévenir mais également de savoir récupérer et l'urgence dont la perception varie suivant les corps de métier. Par exemple, une nouvelle classification des césariennes a été mise en place selon leur durée d'urgence (de moins de 15 minutes à plus de 30 minutes).

Afin de mieux identifier les erreurs et diffuser largement les bonnes pratiques correctives, le système hospitalier britannique (NHS) a choisi de centraliser les signalements au sein d'une National Patient Safety Agency (NPSA). « 10,8% des patients hospitalisés en court séjour dans un des 700 hôpitaux du NHS sont victimes d'un événement indésirable... ce qui aboutirait d'après les extrapolations à 33000 morts par an et à 8,5 journées d'hospitalisation supplémentaires en moyenne » a estimé Sally Adams, responsable de la mise en place du système de recueil des données à la NPSA. Le système de déclaration est basé sur une participation volontaire, un strict anonymat des données et des questionnaires envoyés par mails, y compris par les patients. Il fonctionne depuis 6 mois et a permis d'analyser un taux d'incident de 2,5%.

Au Québec, la loi oblige les hôpitaux à divulguer les accidents aux patients qui en subissent les conséquences. Une étude canadienne publiée en 2004 a montré que les événements indésirables concernaient 7,5% des patients adultes admis en médecine ou chirurgie et surtout que 37% étaient « grandement évitables ». Nathalie de Marcellis-Warin, responsable du projet de recherche Recuperare Santé à l'École Polytechnique de Montréal, dresse deux constats : « Premièrement, la plupart des événements indésirables liés à la prestation des soins proviennent d'une défaillance du système et non d'une personne clairement identifiée. Deuxièmement, l'importance des conséquences n'est pas seulement en lien direct avec les causes de l'erreur ou de la défaillance mais aussi avec les capacités de récupération du système technique et humain ». Le programme de recherche a développé pour le gouvernement un formulaire de déclaration ainsi qu'une aide à l'analyse approfondie, incluant la gestion de la situation à risque.

Mesurer le risque

De la théorie à la pratique

Alain Desroches, enseignant à l'École Centrale Paris, et expert chargé de mission Gestion des risques et retour d'expérience à l'Inspection générale et qualité du Centre national d'études spatiales (Cnes), a présenté l'intérêt d'une analyse de la criticité pour l'analyse préliminaire du risque. Cette évaluation à l'aide d'échelles non linéaires de vraisemblances (probabilités) des événements redoutés et de gravité des dommages permet de hiérarchiser les risques et définir leur acceptabilité. La criticité associée à l'évaluation des efforts pour maîtriser les risques fournit des éléments de décision pertinents pour la gestion des risques.

Issue du milieu industriel, cette méthodologie trouve également un terrain d'application dans le secteur de la santé. Des étudiantes du Mastère de Gestion des Risques à l'École Centrale de Paris ont appliqué l'analyse préliminaire des risques à la prothèse de hanche. Quand on parvient à mener à bien l'analyse (processus long et astreignant, qui nécessite une mise à plat de l'ensemble du processus de soin et la connaissance ou à défaut une estimation des probabilités d'occurrence), on apporte une lisibilité des priorités qui permet d'éclairer les choix des décideurs.

Ateliers

Comme les années précédentes, des ateliers ont été organisés le jeudi après-midi pour faciliter les échanges d'expériences entre les participants sur des problèmes concrets de mise en place. Cette année les thèmes étaient les suivants :

- ❑ **Événements indésirables. Lesquels retenir ? Comment les classer ?**
Atelier animé par Marinette Badran (CH de Fontainebleau) Annick Macrez (CHU Bichat-Claude Bernard), Jean-Luc Quenon (CCECOA Bordeaux)
- ❑ **Gestion des risques et responsabilité civile. Peut-on contractualiser la gestion des risques avec les assureurs ?**
Atelier animé par Hélène Oppetit (CH St Denis) et Christine Gueri (CHU Henri Mondor)
- ❑ **Coordonation régionale des réseaux de vigilance**
Atelier animé par Monique Lathelise (CHU de Limoges)
- ❑ **Analyse des processus et AMDE (Analyse des modes de défaillances et de leurs effets)**
Atelier animé par Patrick Roussel (ENSP Rennes) et Juliette Bertrand (Hôpital de Concarneau)

Management des risques

Risques et profils de poste

Annick Macrez (CHU Bichat-Claude Bernard) et Hervé Pauly (Hôpital de Saint-Cloud) se sont penchés sur les facteurs influençant l'émergence du risque dans la pratique des infirmières intérimaires. D'après un sondage réalisé auprès d'infirmières intérimaires, les difficultés rencontrées par cette catégorie du personnel sont :

- ❑ le manque de connaissance de l'organisation où elles sont affectées (la rédaction d'un petit guide avec au moins les numéros de téléphone en cas d'urgence ou la localisation du matériel s'avérerait fort utile)
- ❑ l'absence d'homogénéité des pratiques d'un établissement à l'autre (dossier patient ou actes de soins)
- ❑ le manque de reconnaissance par l'équipe (la moitié des intérimaires seulement trouvent que l'accueil est souvent agréable)

Plus inquiétant, dans 65% des cas, l'intérimaire doit se débrouiller seule. Et de conclure : « un poste occupé ne signifie pas sécurité des soins ».

Une table ronde autour de Pascal Forcioli (CH Simone Veil, Eaubonne-Montmorency) et Patrice Roussel (ENSP Rennes) a permis de mieux cerner les profils d'un gestionnaire de risques. Faisant référence à la recommandation de la DHOS d'avril 2004 sur la mise en place d'un gestionnaire des risques dans les hôpitaux, Pierre Opolon (jusqu'à une période récente responsable du Coviris à l'AP de Paris) a souligné qu'il s'agissait souvent d'un professionnel de santé qui avait également une compétence spécifique, mais qu'en aucun cas, ce n'était le décideur. Christine Moll, nommée récemment au CHU d'Angers après avoir occupé le même poste à Saint-Nazaire a fait part de son expérience et de l'originalité de son positionnement hiérarchique (directement rattachée à la direction générale). Jean-François Quaranta (CHU Nice) a témoigné du rôle déterminant du gestionnaire

de risque pour faire évoluer les mentalités. Jean-François Thierry (CH Simone Veil) a souligné qu'aux Etats-Unis, 4/5 du budget « sécurité patient » était désormais consacré à des thèmes en rapport avec les nouvelles technologies de l'information.

Management de la sécurité

Pierre Vignes, directeur facteur humain à la SNCF, a englobé dans son analyse d'un événement les caractéristiques de la tâche, de l'organisation, des acteurs (habilité, connaissance, expérience) et des systèmes d'information et de communication. « La prise en compte des facteurs humains à la SNCF permet une meilleure efficacité de l'entreprise », a-t-il pu constater depuis 10 ans.

Chantal Bernheim (pharmacien, AP de Paris) a abordé le sujet délicat des risques médicamenteux évitables. Selon une étude du Réseau Epidémiologique Erreur Médicamenteuse (REEM), les facteurs humains seraient à l'origine de 56% des erreurs médicamenteuses (notamment en raison de pratiques défectueuses, défaut de connaissance, erreur de transcription ou de distribution...). Les supports de communication seraient impliqués dans 23,5% des erreurs et le médicament lui-même dans 20,5% des cas.

Les conséquences juridiques

Yves Matillon (Mission évaluation des compétences des professionnels de santé, hôpital Fondation-Saint Joseph, Paris) est venu présenter les leçons qu'on peut tirer de l'affaire de Bristol, « non pas pour jeter l'opprobre mais parce qu'elle est une bonne illustration d'une responsabilité collective ». La mort d'un enfant en chirurgie cardiaque à l'infirmerie royale de Bristol en 1995 a déclenché une enquête publique présentée au Parlement anglais. Il était écrit : « Les acteurs étaient dévoués aux malades. (...). Malheureusement certains manquaient de perspicacité et leur comportement était inapproprié. La plupart n'ont pas communiqué entre eux et n'ont pas travaillé ensemble dans l'intérêt des patients ». Yves Matillon a noté que plusieurs recommandations portent sur les compétences professionnelles et que cette affaire a contribué à la re-certification des médecins anglais en 2005.

L'affaire de l'hôpital Trousseau présentée par Christian Sicot (Le Sou médical) est tout aussi édifiante. Suite au décès de son enfant en février 1999, une mère a déposé une plainte pénale. Le jugement rendu en septembre 2003 a mis en cause le chef de service de pneumologie, la résidente, le chef de clinique de garde, l'infirmière de garde, les deux infirmières de veille, l'aide-soignante de veille et la directrice des soins infirmiers. Tous ont été condamnés sauf le chef de clinique de garde que personne n'avait averti et le cadre infirmier supérieur qui n'intervient pas dans la gestion médicale (alors que c'est la seule employée qui a été sanctionnée par l'AP-HP). La plupart l'ont été pour homicide involontaire y compris l'entité Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui a créé la surprise en reconnaissant la « situation d'organisation défectueuse ». Ce procès a ouvert la voie pour une nouvelle jurisprudence en raison notamment de l'application aux professionnels de santé du grief de mise en danger d'autrui et par l'attitude de l'AP-HP qui a déclaré « assumer ses erreurs ».

Les débats sur le management de la sécurité et les conséquences juridiques ont été modérés par Monique Cavalier, directrice au CHU de Montpellier et Jean-Louis Durand-Drouhin directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation du Limousin.

Le 4^{ème} congrès de l'afgris aura lieu les 20 et 21 octobre 2005 à Saint-Denis sur le thème : « Retour d'expérience : mise en place et management - la partie déterministe de la gestion des risques »

Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires
Hôpital Delafontaine - 2, rue du Docteur Delafontaine - 93200 Saint-Denis
Tél : 01 42 35 62 59 - Fax : 01 42 35 61 72
www.ccr.jussieu.fr/afgris

Relations presse : Agence Presse Pro
Tél : 06 08 67 85 65 - Fax : 01 43 26 04 16
agencepressepro@wanadoo.fr

Programme du 3^{ème} congrès de l'afgris :
<http://web.ccr.jussieu.fr/afgris/Programme%202004%20v.05.pdf>

