



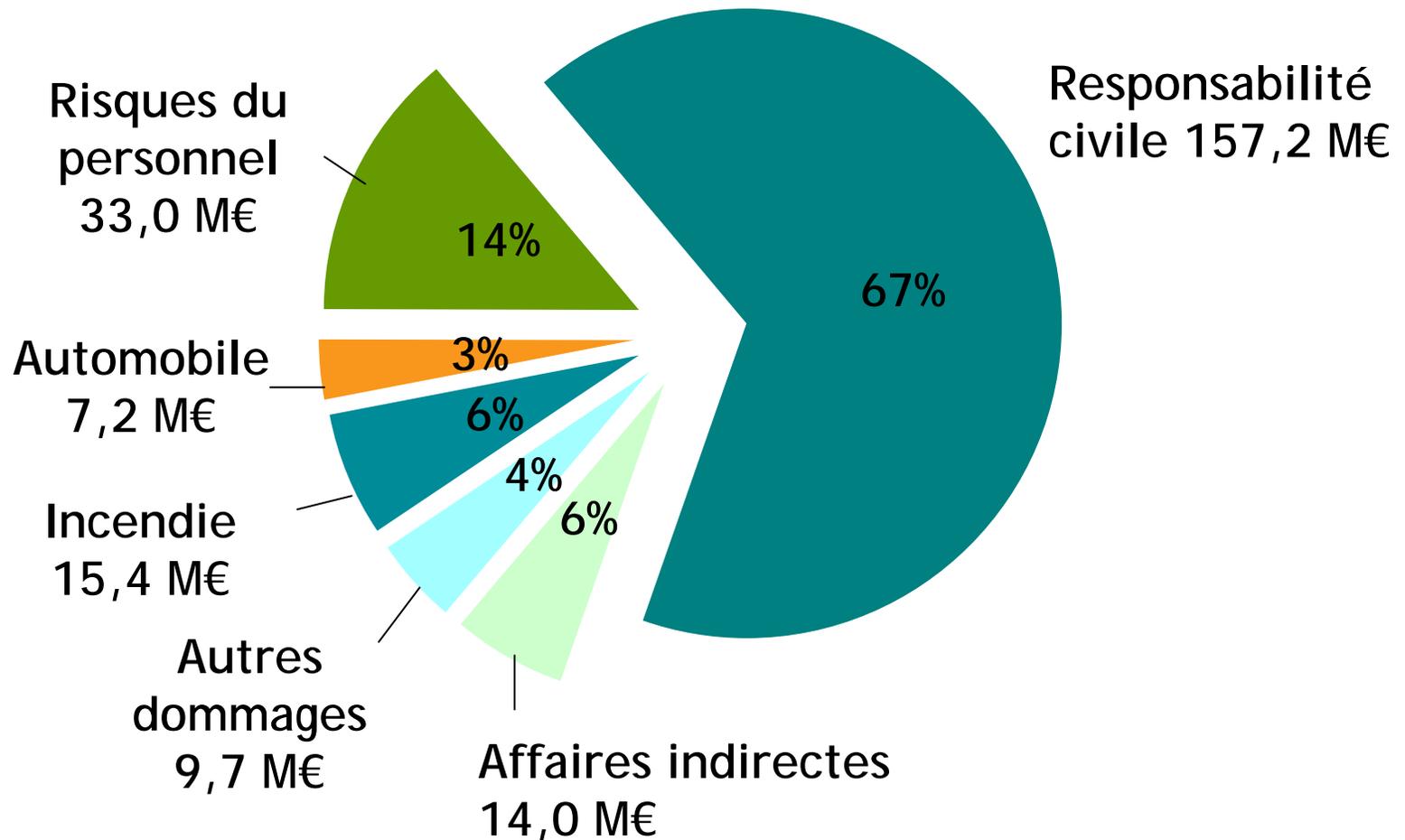
Gestion des risques à l'hôpital :
le point de vue de l'assureur
AFGRIS, 16 et 18 Octobre 2008



Présentation SHAM

- Créée en 1928
- Société d'assurance Mutuelle professionnelle
- Spécialisée dans l'assurance :
 - des établissements de santé et d'hébergement,
 - des professionnels de santé
- 240 collaborateurs

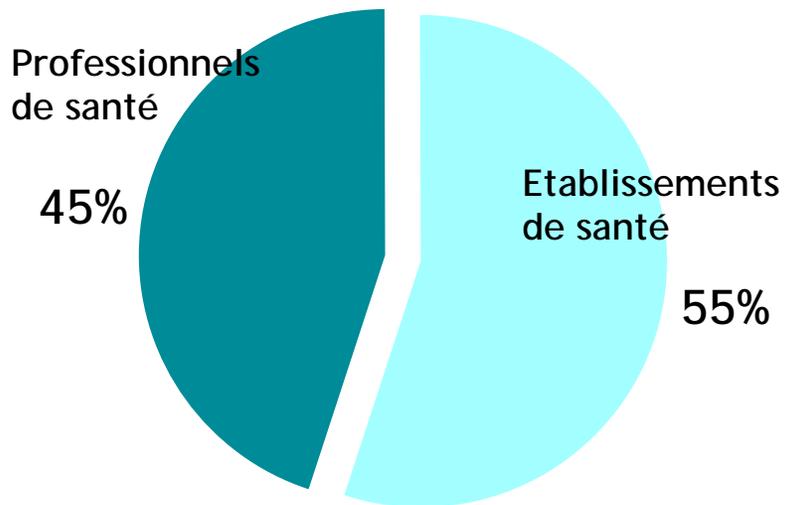
Chiffre d'affaires 2006 : 236,5 M€



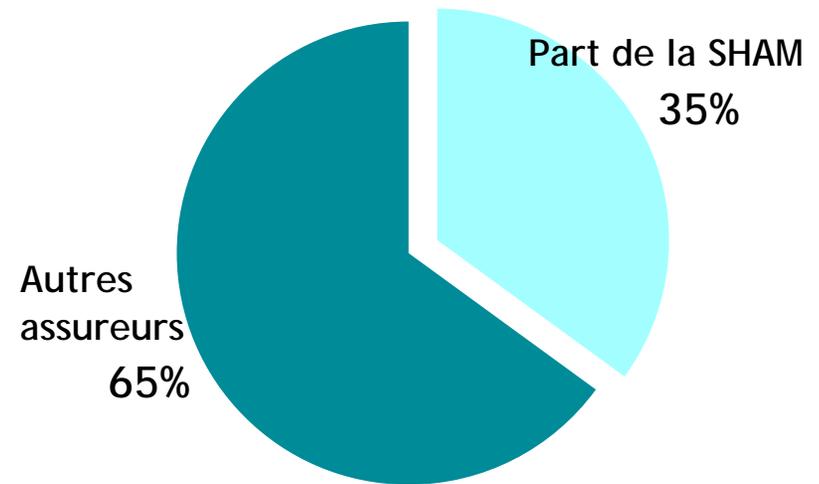
Le marché de la RC Médicale en 2006

Marché de la RCM en France : estimé entre 400 / 450 M€

Répartition du marché de la RCM



Répartition des parts de marché



Le Marché de la RCM : un secteur instable...

- Le risque RC n'est pas un risque de masse. C'est un risque instable, à développement long.
- Depuis 1997 : évolution de la jurisprudence sur les risques lourds : obligation de résultat en IN, reconnaissance de préjudice tel la perte de chance, obligation d'information, indemnisation du recours à une tierce personne en cas de handicap, ...
- Arrêt QUAREZ (1997), arrêt PERRUCHE (2000).
- Accroissement du coût de réassurance
- Loi du 4 mars 2002, dite Loi KOUCHNER.
- Evolution de l'offre en RCM.



Notre stratégie



Assurer l'acte médical

- Assurer tous les acteurs :
 - les établissements
 - les professionnels de santé :
 - les professionnels libéraux exerçant en établissements
 - les professionnels libéraux exerçant en cabinet de ville
 - les praticiens hospitaliers
 - Les salariés

Maîtriser le coût des sinistres pour maîtriser le montant des cotisations

Coût des sinistres = fréquence X coût moyen

Comment ?

- En amont : prévenir les risques
- En aval : optimiser la défense médico-légale

En amont : prévenir les risques

Les moyens :

- Les visites de risques
- Le panorama du risque médical

En aval : optimiser la défense médico-légale

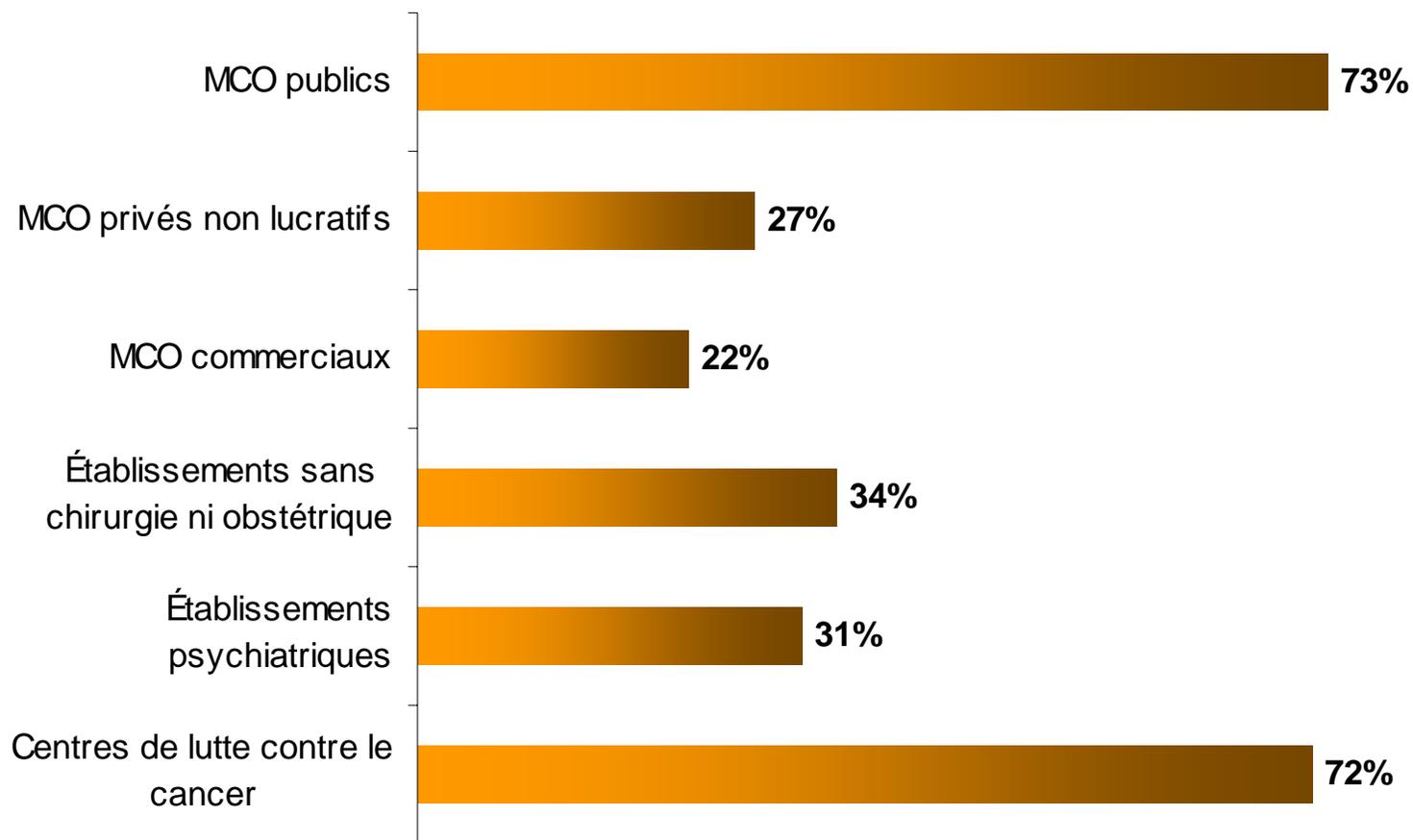
- Gestion médico-légale des dossiers
- Les compétences internes :
 - Médecins (6)
 - Juristes
- Les compétences externes :
 - Médecins-conseils
 - Avocats
- Implication des sociétaires dans la défense des dossiers :
 - Diapason



Portefeuille assuré en RCM

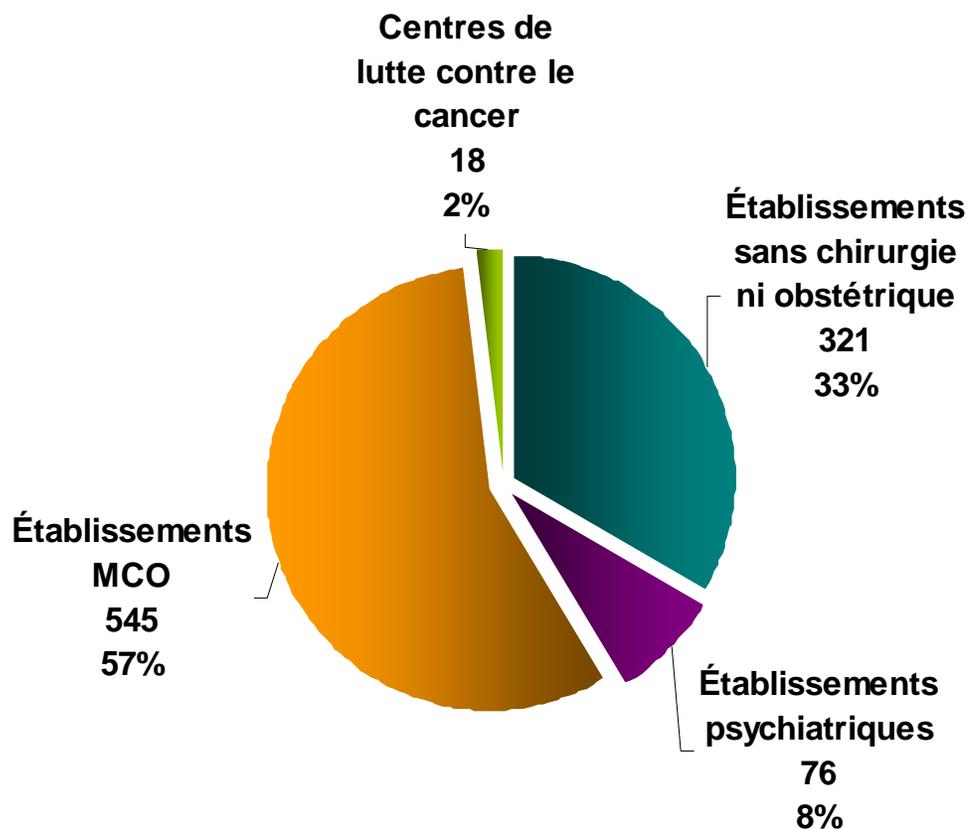


Parts de marché RCM en 2006 (en nombre d'établissements)



Typologie du portefeuille

Répartition en nombre : 960





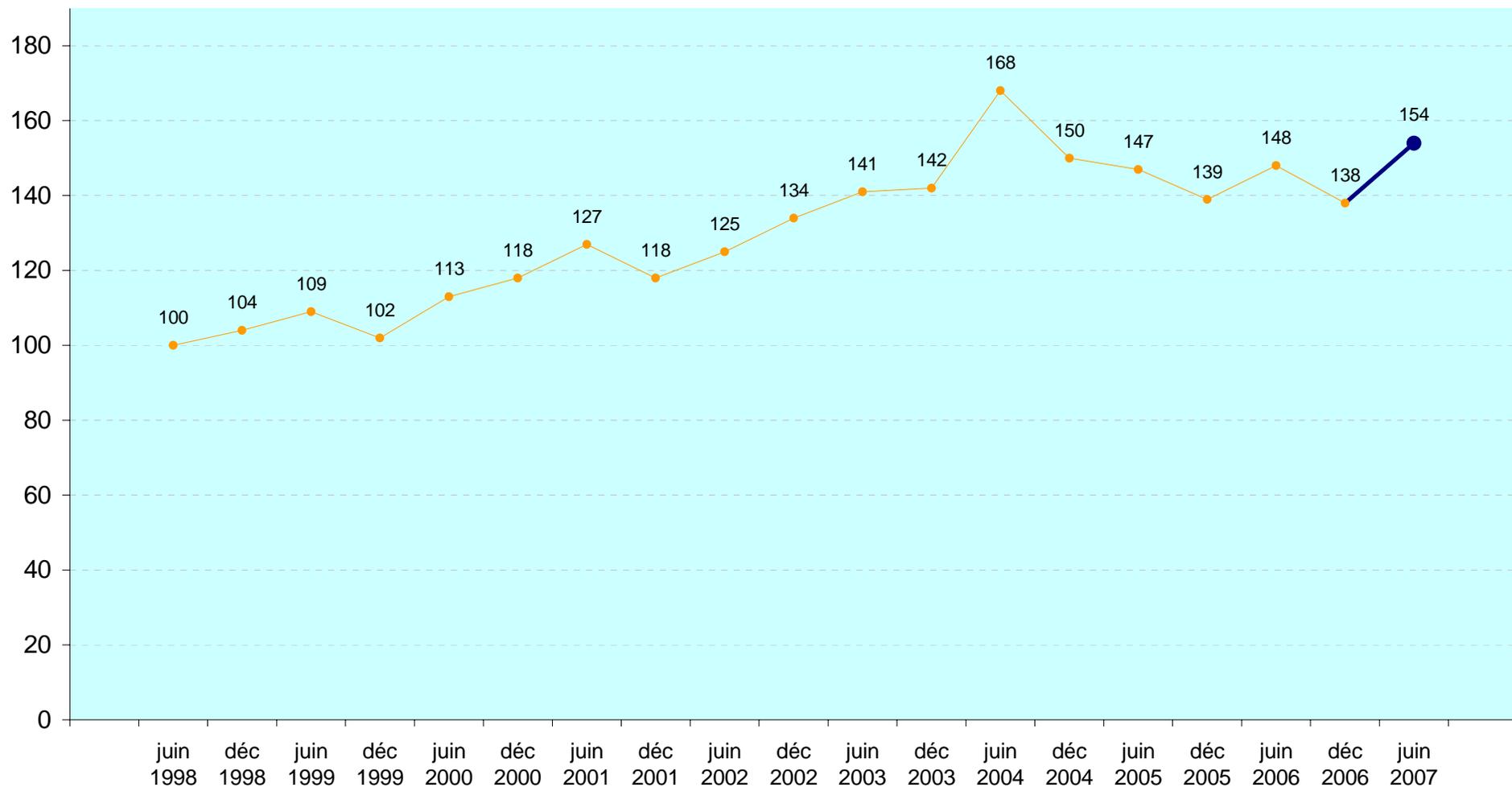
Les tendances de la Responsabilité Civile Médicale



Deux tendances

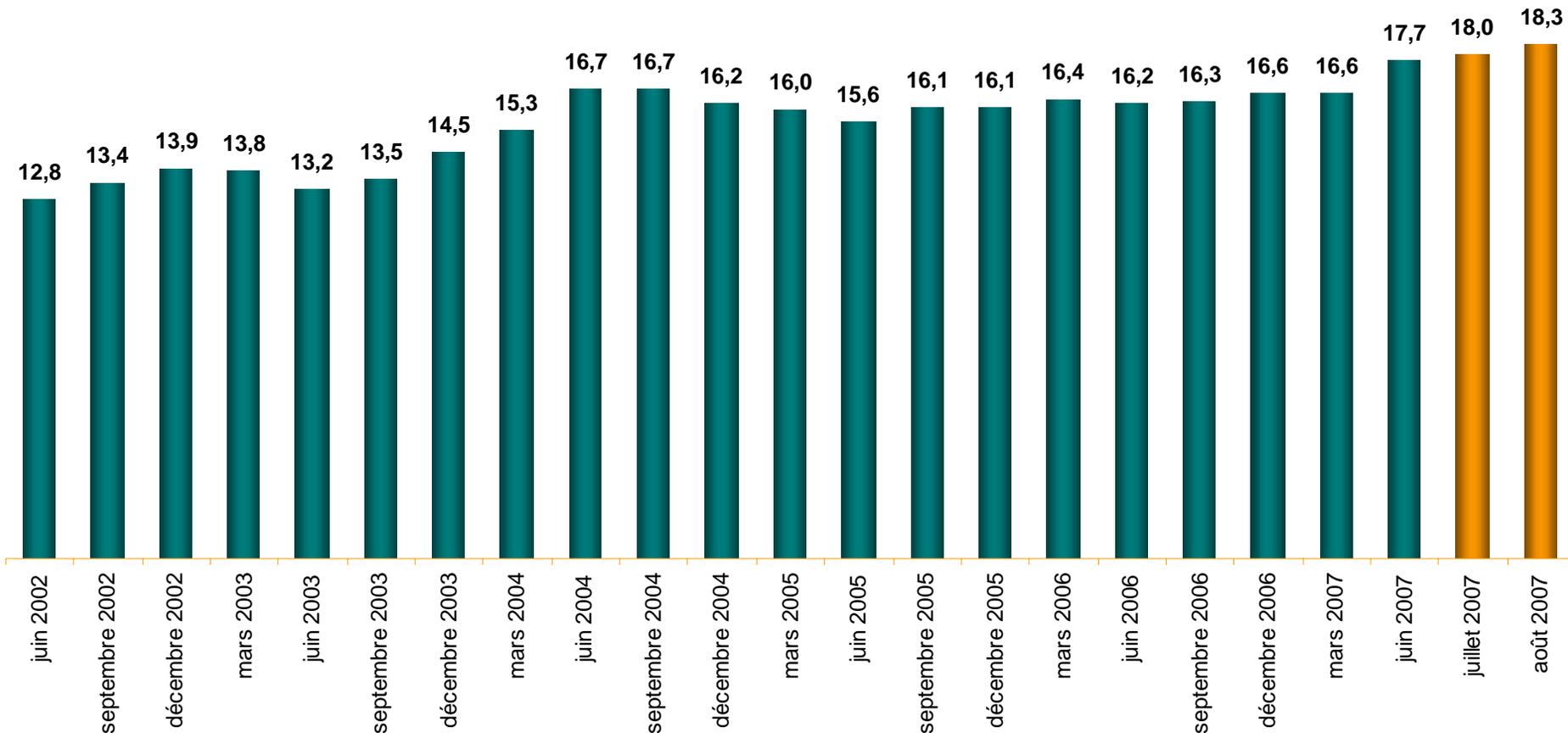
- Une hausse de la fréquence des réclamations
- Une forte augmentation du coût des sinistres corporels

Hausse en 2007 de l'indice de fréquence

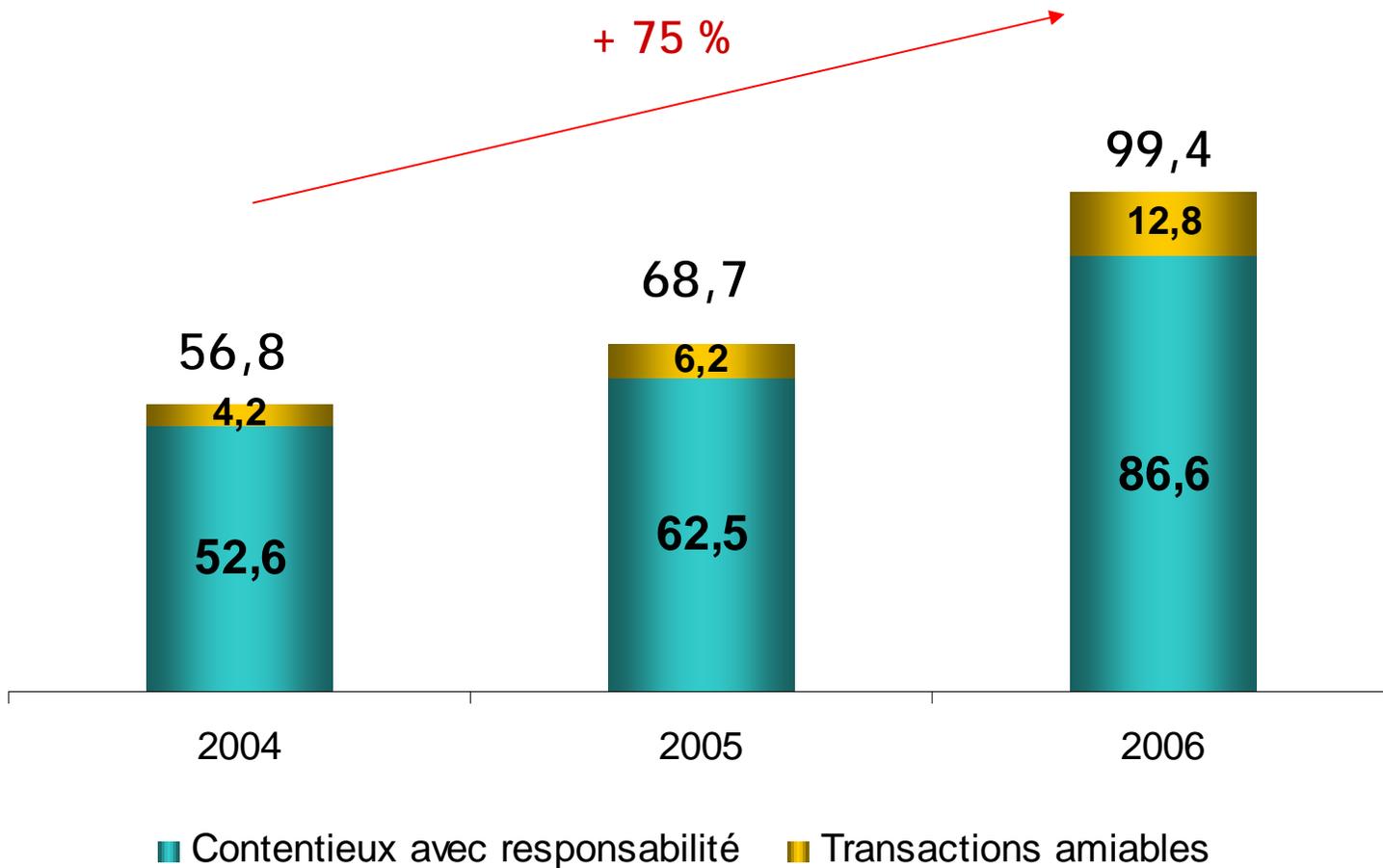


Hausse en 2007 du nombre de réclamations par lits

Évolution sur 12 mois glissants du nombre de réclamations relatives à des préjudices corporels (fréquence pour 1000 lits assurés)

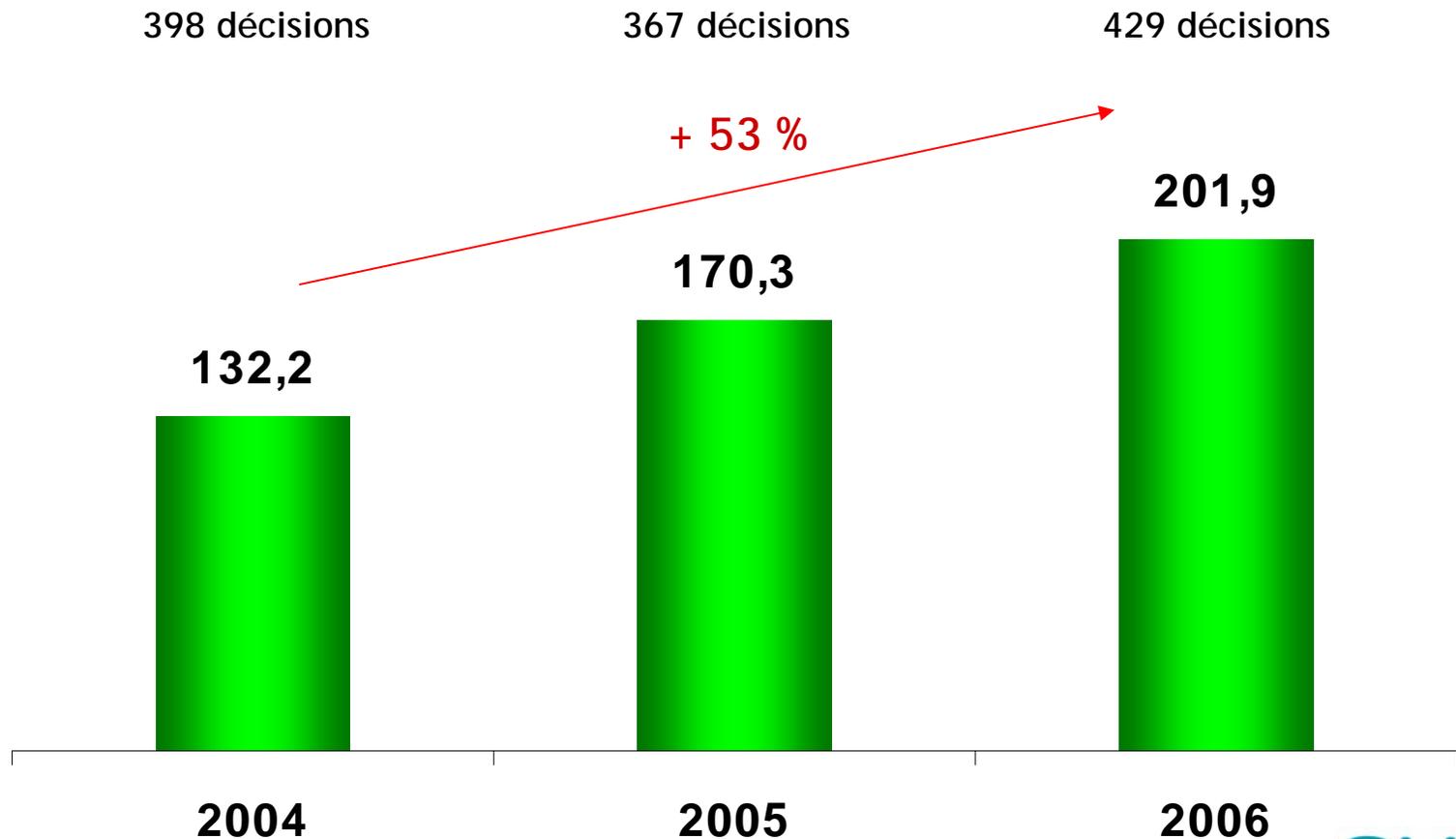


Augmentation du coût total des dossiers corporels et matériels clos



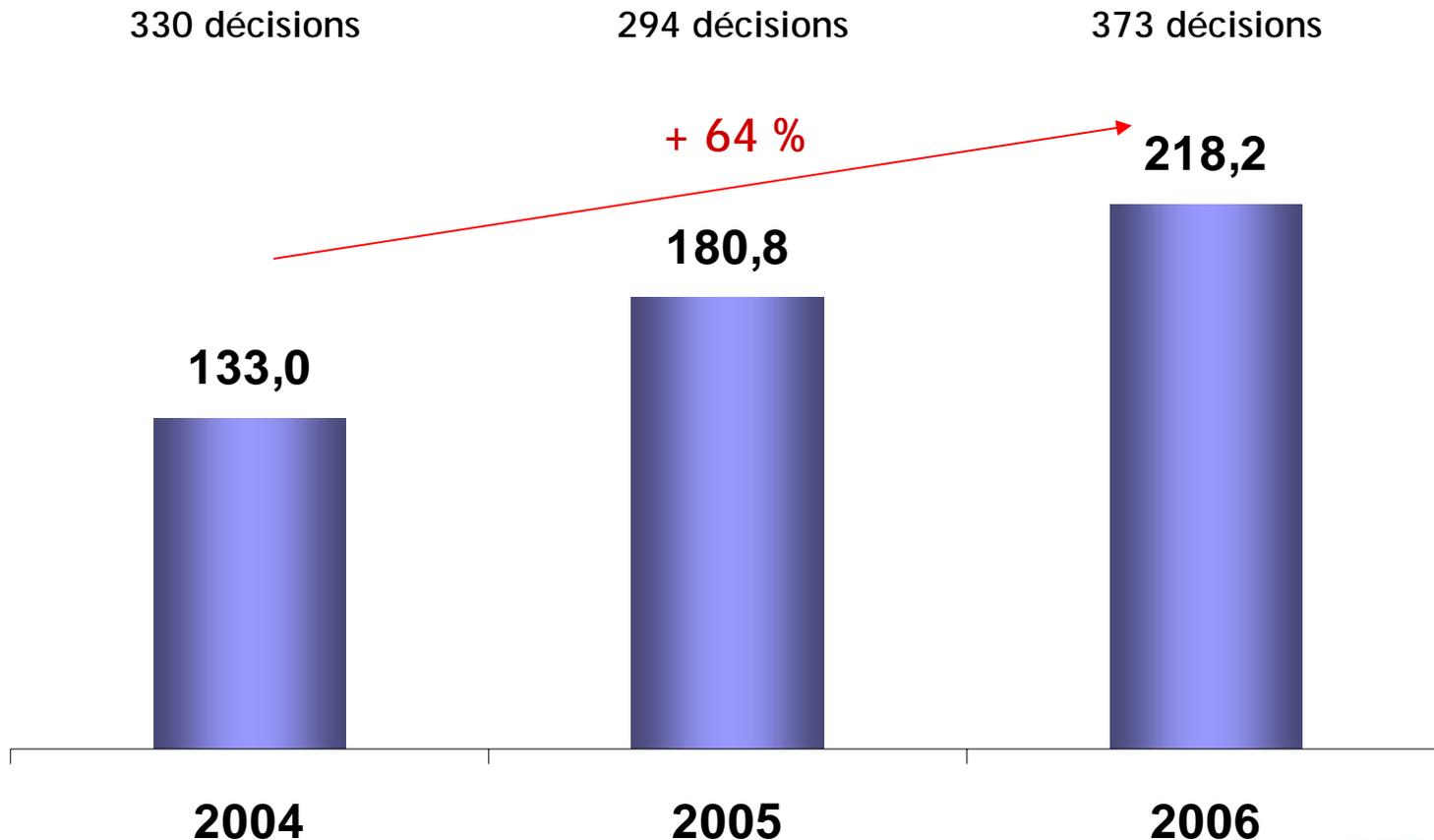
Coût des décisions (J + A) : augmentation du coût moyen

Coûts moyens (en K€) des condamnations des juridictions administratives et judiciaires au 31/ 12 de l'année de décision



Coût des décisions (A): augmentation du coût moyen due à l'inflation de la jurisprudence administrative

Coûts moyens (en K€) des condamnations des juridictions administratives au 31/ 12 de l'année de décision



Explication de l'inflation de la jurisprudence administrative

- Alignement des juridictions administratives sur les juridictions civiles :
 - Une créance des tiers payeurs totalement prise en compte dans les préjudices de droit commun
 - Une décomposition des postes de réparation du préjudice
 - Une augmentation du montant des indemnités allouées

Conséquences

Jusqu'à présent, stabilisation des tarifs grâce à la maîtrise de la fréquence :

- la baisse de la fréquence a compensé la hausse du coût des sinistres

Si la hausse de la fréquence et l'inflation de la jurisprudence se confirment : relèvement tarifaire pour les hôpitaux publics en 2009



Bilan des visites de risques

Les objectifs des visites de risques

A la souscription :

- Évaluer les risques des établissements
- Personnaliser le calcul de la cotisation
- Produire des recommandations

Pendant la vie du contrat :

- Vérifier si les recommandations ont été suivies d'actions correctives
- Produire de nouvelles recommandations

Une analyse construite à partir de la sinistralité

3 niveaux d'analyse :

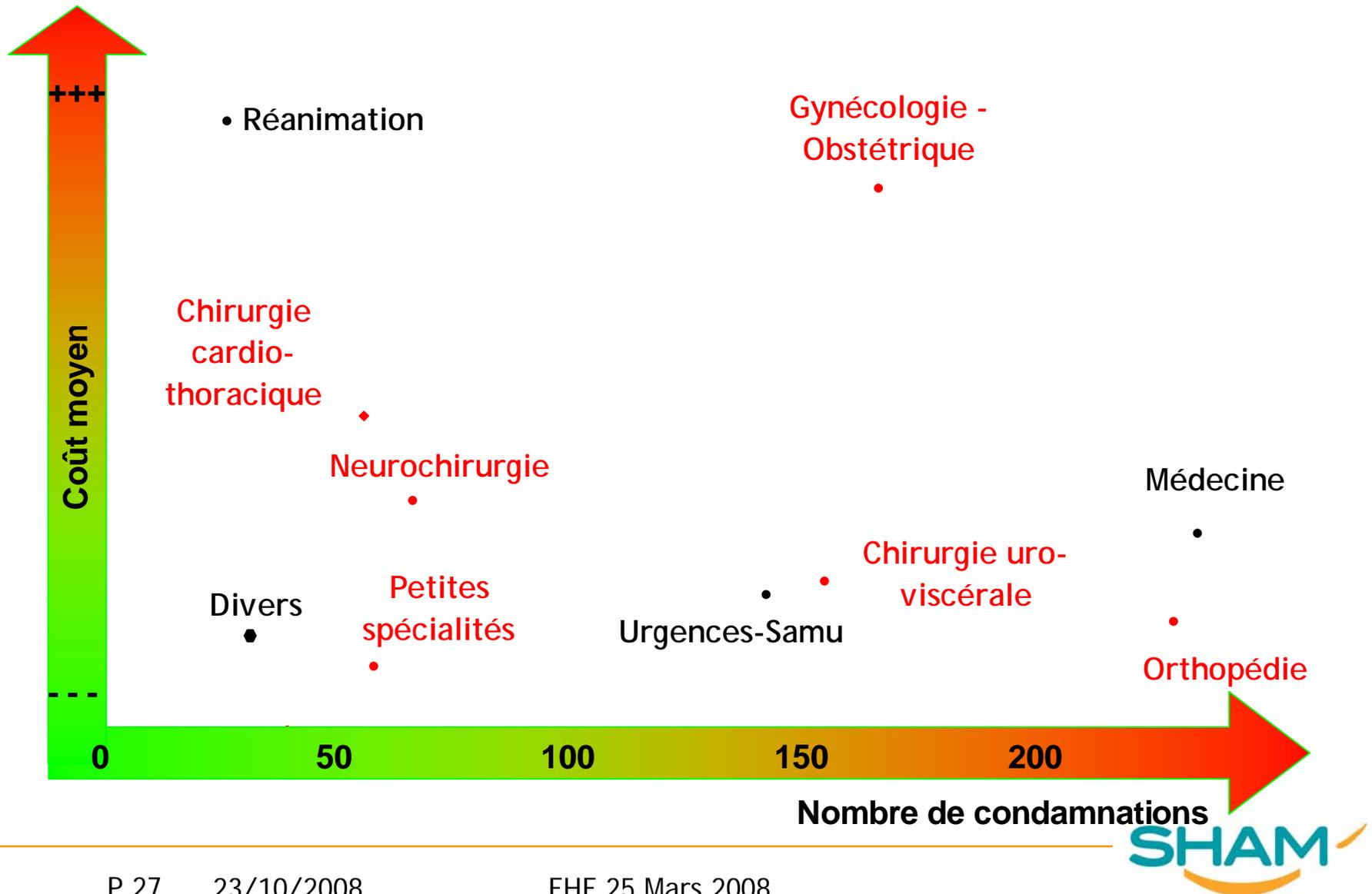
- La sinistralité globale
- La sinistralité propre à chaque spécialité
- La sinistralité propre à chaque établissement

Une analyse construite à partir de la sinistralité

La sinistralité globale permet d'établir :

- Les causes de sinistres communes à toutes les spécialités
- Les priorités parmi les spécialités

Analyse à partir de la sinistralité globale



Les constats

- les secteurs opératoires représentent 50 % des sinistres,
- les infections nosocomiales concernent 20% des sinistres,
- le défaut d'information des patients représente près de 10% des motifs des condamnations,
- les facteurs uniquement individuels représentent moins de 20 % des causes des sinistres,
- les sinistres étaient souvent « prévisibles »,
- la qualité du contenu du dossier médical est capitale.

Une analyse construite à partir de la sinistralité

La sinistralité propre à chaque spécialité :

- En obstétrique :
 - Organisation de la permanence médicale,
 - Aspects médico-légaux de la prise en charge des parturientes (ex : mesure systématique du pH au cordon, à la naissance).
- En chirurgie programmée :
 - Information donnée au patient et au recueil du consentement éclairé.

Une analyse construite à partir de la sinistralité

La sinistralité propre à chaque établissement :

- Avant chaque visite, les sinistres de l'établissement sont étudiés afin :
 - d'ajuster le planning de la visite
 - insister sur un ou plusieurs processus jugés « à risques ».

Les domaines d'analyse des visites de risques

- La démarche qualité et gestion des risques,
- La gestion des plaintes,
- La lutte contre les infections nosocomiales / l'hygiène,
- Le dossier patient,
- Le circuit du médicament et des DM,
- Le fonctionnement des blocs opératoires, de la maternité et du service des urgences.

Déroulement d'une visite de risques

Réunion d'ouverture :

- Entretien avec la Direction de l'établissement, le Président de la CME, le Président du CLIN,
- Sont abordés les processus transversaux et les principaux projets portés par l'établissement

Visite :

- D'un service de chirurgie
- Du bloc opératoire
- Du bloc obstétrical
- Du service des urgences

Déroulement d'une visite de risques

Réunion de clôture :

- Synthèse des premiers constats effectués :
 - Points forts
 - Points à améliorer

Dans les 10 jours :

- Discussion sur les propositions de recommandation

Dans les 30 jours :

- Envoi des recommandations

Bilan des visites de risques

L'acceptabilité, la faisabilité des visites sont désormais acquises

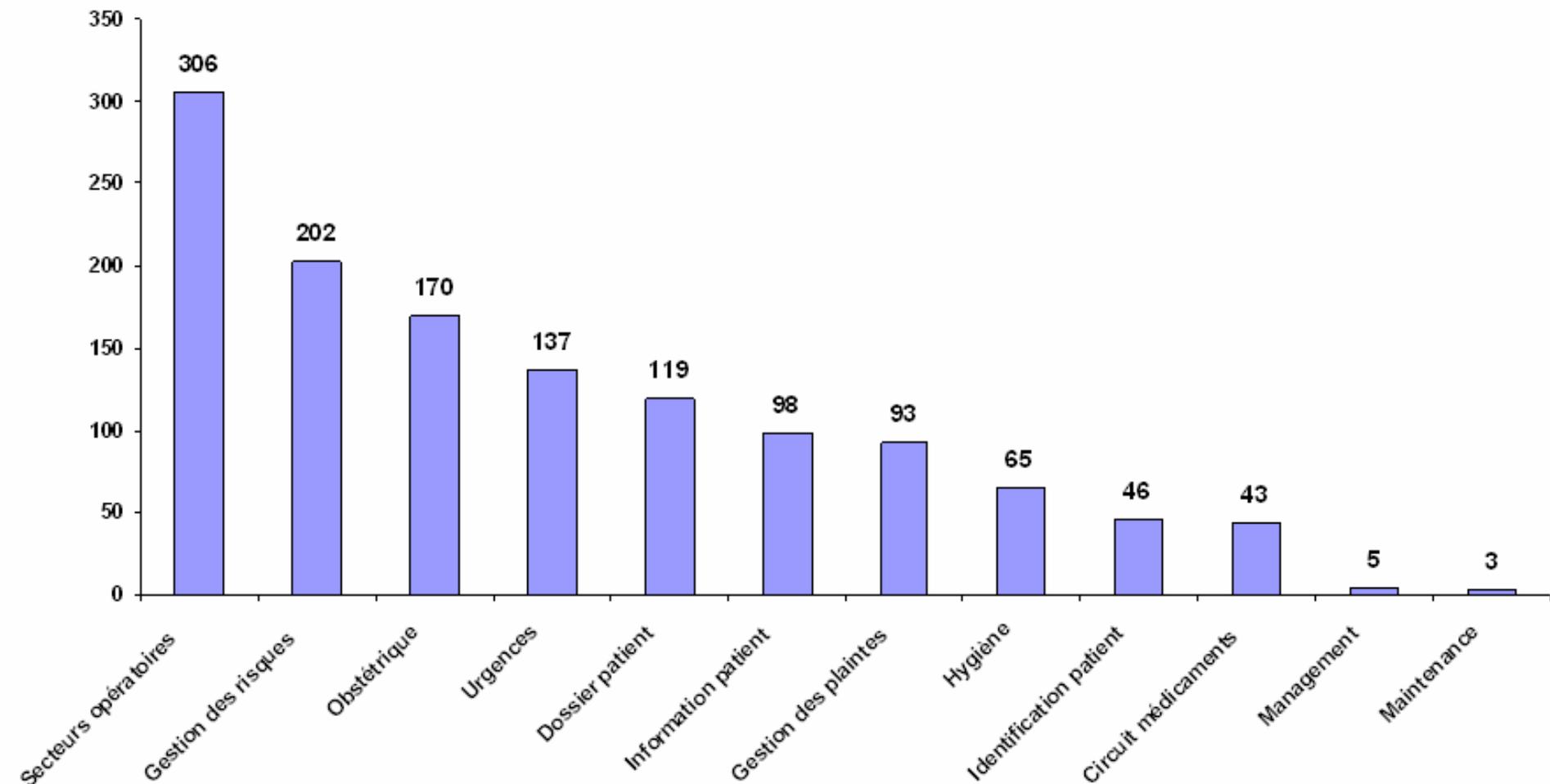
170 établissements (189 sites) ont été visités

- 106 publics dont 8 CHU
- 64 privés dont 7 PSPH

1 267 recommandations ont été produites

7 à 8 recommandations en moyenne par établissement

Répartition des 1287 recommandations émises en 2006



Les principales recommandations formulées ...

Gestion des risques :

- Mettre en place une gestion a posteriori des évènements indésirables
- Définir et suivre des événements sentinelles

Hygiène :

- Établir un suivi quantifié (tableau de bord) des infections nosocomiales, et en particulier des infections de sites opératoires ISO

Dossier patient :

- Tracer les données du suivi du patient durant son hospitalisation, dans le dossier médical, même en l'absence de prescription ou d'anomalie à l'examen clinique
- Définir les modalités de l'information à délivrer au patient, et ce en liaison avec les praticiens de l'établissement
- Organiser le recueil écrit du consentement éclairé

Circuit du médicament :

- Mettre en place un support unique de prescription administration limitant la retranscription des traitements par les infirmières

Les principales recommandations formulées ...

Services de chirurgie :

- Sécuriser l'identification de tous les patients hospitalisés en systématisant, par exemple, la mise en place d'un bracelet nominatif
- Limiter le recours au personnel intérimaire

Obstétrique :

- Systématiser l'inscription des heures d'appel et d'arrivée du médecin dans les dossiers d'obstétrique
- Respecter l'absence de toute activité chirurgicale programmée pendant la garde des praticiens
- Systématiser la mesure du pH au cordon du nouveau né, à la naissance

Services des urgences :

- Rédiger des procédures ou protocoles de prise en charge des pathologies les plus fréquentes
- Rédiger un règlement intérieur du service des urgences
- Systématiser la réalisation de comptes rendus par un radiologue pour les examens radiologiques
- Laisser la salle dite de déchoquage disponible pour les urgences vitales

Synthèse

Les visites de risques s'appuient sur trois principes :

- La valeur ajoutée « médico légale » de l'assureur,
- La bonne connaissance par l'équipe SHAM des établissements de santé visités,
- La forte implication des professionnels rencontrés.

L'avenir des visites de risques suppose :

- L'ajustement des référentiels de visite à partir des évolutions constatées de la sinistralité et de la jurisprudence
- L'évaluation de leur impact qui reste à imaginer